



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'infirmière face à l'anxiété d'un enfant lors d'un soin douloureux



Directrice de mémoire : [LE BIHAN Christine](#)

DUPUIS--DELALANDE LISA
Formation infirmière
Promotion 2019-2022
Le 02 mai 2022



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

L'infirmière face à l'anxiété d'un enfant lors d'un soin douloureux

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier, est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 15 mars 2022

Identité et signature de l'étudiant : Dupuis -- Delalande Lisa

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Mme Christine Le Bihan, ma directrice de mémoire pour sa bienveillance et sa disponibilité.

Ses précieux conseils et ses encouragements m'ont permis d'aboutir à un travail qui me correspond et qui reflète la personne que je suis.

Je remercie également tous les formateurs de l'IFSI de Pontchaillou. J'ai une pensée particulière pour ma référente pédagogique, Mme Katia Even pour son soutien et son écoute considérable qui ont grandement contribué à mon épanouissement au sein de cette formation.

Merci à tous les infirmiers que j'ai eu la chance de rencontrer lors de mon cursus, qui ont participé à la construction de mon identité professionnelle.

Merci plus particulièrement aux infirmières puéricultrices qui ont partagé leurs expériences avec moi, qui ont répondu à mes questions et avec lesquelles j'ai eu la chance de travailler et d'apprendre lors de mon expérience aux urgences pédiatriques.

Je remercie sincèrement mes proches pour m'avoir encouragée et soutenue dans cette voie depuis le début et pour m'avoir remotivée dans les moments de doute. Un grand merci à toute ma famille et particulièrement à ma maman pour avoir cru en moi dès le début de cette aventure et pour n'avoir jamais cessé de croire en moi.

Enfin, je remercie aussi mes amies de ma promotion pour leur soutien et les échanges tout au long de notre formation en soins infirmiers.

Sommaire

Introduction.....	1
1. Des situations d'appels à la question de départ	2
1.1 Description des situations	2
1.2 Questionnement des situations.....	4
1.3. Question de départ	5
2. Cadre théorique	6
2.1. Le développement de l'enfant de 0 à 5 ans	6
2.1.1 Le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 5 ans.....	6
2.1.2 Les besoins fondamentaux de l'enfant âgé de 0 à 5 ans	7
2.1.3 Le processus de mémorisation de la douleur	9
2.2 L'enfant hospitalisé.....	11
2.2.1 La représentation des soins et des examens pour l'enfant	11
2.2.2 Les mécanismes de défenses de l'enfant	13
2.3. Le rôle infirmier dans la construction d'une relation de soin de qualité.....	14
2.3.1 La gestion des émotions du soignant face aux mécanismes de défenses de l'enfant	14
2.3.2 Les ressources du soignant pour obtenir l'adhésion au projet de soin	15
2.3.3 Les moyens psychocorporels utilisés pour atténuer la douleur et l'anxiété ...	16
3. Enquête et analyse.....	20
3.1 Choix et construction de l'outil d'enquête	20
3.2 Choix du lieu et de la population	20
3.3 Les limites de l'enquête.....	21
3.4 Analyse des données recueillies	21
3.4.1 Les besoins spécifiques des enfants de 0 à 5 ans.....	21
3.4.2 Les éléments favorisant la douleur et l'anxiété d'un enfant de 0 à 5 ans	22
3.4.3 Impact d'un soin douloureux pour l'enfant dans sa pris en charge et pour les hospitalisations ultérieures	22
3.4.4 La représentation des soins et/ou des examens pour les enfants.....	23
3.4.5 Réactions des enfants face à un soin/examen anxiogène ou douloureux	23

3.4.6	Influence de l'anxiété sur la perception de la douleur.....	24
3.4.7	Qualités et valeurs de l'IDE en pédiatrie	24
3.4.8	Gestion des émotions lors des situations de soins difficiles	25
3.4.9	Place accordée aux parents dans la prise en charge de leurs enfants	25
3.4.10	Les méthodes alternatives, non pharmacologiques utilisées chez les enfants et les nouveau-nés et leurs places dans les soins	26
4.	Discussion	27
4.1	L'accueil d'un enfant en pédiatrie.....	27
4.1.1.	Des infirmières compétentes pour repérer les besoins spécifiques de l'enfant	27
4.1.2	Prendre en compte l'anxiété d'un enfant dès son arrivée à l'hôpital	28
4.1.3	Prendre en considération les expériences antérieures de l'enfant lors de son parcours de soin.....	29
4.2	Prodiguer des soins à un enfant anxieux ou douloureux	30
4.2.1	Repérer les mécanismes de défenses de l'enfant anxieux	30
4.2.2	Les parents, les soignants et l'enfant : un trio gagnant ?	31
4.3	Créer une relation de soin de qualité avec l'enfant et le parent	31
4.3.1	Gérer ses émotions pour gérer les émotions de l'enfant	31
4.3.2	Soulager les enfants par des stratégies non médicamenteuses et faire preuve de créativité	32
	Conclusion	35
	Bibliographie	36
	Annexe I : Questionnaires entretiens	
	Annexe II : Entretien numéro 1 (Marie)	
	Annexe III : Entretien numéro 2 (Agnès)	
	Annexe IV : Tableau d'analyse des entretiens	
	Annexe V : Charte européenne de l'enfant hospitalisé	

Siglier

IAO : infirmière d'accueil et d'orientation

MEOPA : Mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote

SA : semaine d'aménorrhée

ECG : électrocardiogramme

Citations

« 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

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours »

Louis Pasteur

Introduction

Dans le cadre de la formation en soins infirmiers, nous sommes amenés à effectuer un travail d'initiation à la recherche, en lien avec les unités d'enseignements : 3.4 « Initiation à la démarche de recherches », 5.6 « Analyse de la qualité et traitements des données scientifiques et professionnelles » et 6.2 « Anglais ».

Tout au long de ma formation, grâce à mes stages et à mes expériences professionnelles et personnelles, j'ai découvert les spécificités des soins et de la prise en charge des enfants. J'ai ainsi constaté la difficulté pour un professionnel de santé tel qu'un infirmier, de réaliser des soins pourtant nécessaires chez ces petits êtres, et ce d'autant plus quand ils sont angoissés.

Mon projet professionnel étant de devenir infirmière puéricultrice, je serai amenée à être en contact permanent avec les enfants, qui, quel que soit leur âge, peuvent développer une appréhension des soins. En effet, le monde hospitalier est souvent un endroit inconnu avec des personnes tout aussi inconnues en blouse blanche. J'ai alors compris que c'est à nous, soignants, de faire en sorte que ce passage à l'hôpital se déroule de la meilleure façon possible. Ainsi, je pense qu'il est important d'adapter notre prise en charge à chaque enfant et de trouver des moyens pour rendre les soins plus agréables. Ce constat m'a amené à me questionner et à en faire mon sujet de travail de fin d'études.

Le cheminement de ma réflexion s'est construit à partir de deux situations de stage que j'ai vécues et qui m'ont interpellée. Ces questionnements m'ont permis d'aboutir à l'analyse et au développement de concepts tels que la mémoire, l'expérience douloureuse, l'anxiété ou encore le rôle infirmier dans la relation de soin en pédiatrie.

1. Des situations d'appels à la question de départ

1.1 Description des situations

La première situation décrite se déroule lors de ma troisième semaine de stage en service de pédiatrie. Je prends en soin Lucas, âgé de 5 ans, hospitalisé depuis 3 jours pour une suspicion d'une maladie de Kawasaki. Le diagnostic repose sur l'observation clinique. Il est difficile à poser car les symptômes peuvent être confondus avec de nombreuses maladies infantiles ou encore des réactions médicamenteuses. Lucas avait d'abord été hospitalisé pour une suspicion de parotidite mais l'échographie avait révélé un gonflement des ganglions au niveau du cou. La fièvre étant toujours présente, la pédiatre décide de réaliser une échographie cardiaque montrant une dilatation d'une artère coronaire gauche. Ce jour-là, la pédiatre nous transmet les résultats de l'échographie cardiaque et nous demande de réaliser un électrocardiogramme rapidement afin de mettre en place le traitement des immunoglobulines pour traiter le syndrome de Kawasaki. Chargée de prendre en soin Lucas et ayant réalisé plusieurs ECG de façon autonome, l'infirmière me laisse y aller seule. Je me munis de l'appareil et entre dans la chambre de Lucas. Ce dernier gémissait allongé dans son lit. Je m'approche et lui demande comment il se sent. La maman de Lucas, qui est à ses côtés, répond que la fièvre a baissé mais qu'il n'a rien mangé ce midi. J'essaie de communiquer avec Lucas en lui demandant s'il se sent douloureux ou s'il a « bobo » au ventre. Il me fait signe que non avec sa tête. J'essaie alors de savoir s'il a envie de manger quelque chose qui lui ferait plaisir. Il refuse de nouveau avec un signe de tête. Je me tourne ensuite vers la maman pour la prévenir que je vais lui faire un ECG afin de pouvoir analyser l'activité de son cœur. Elle me donne son accord. Je retourne alors près de Lucas qui est maintenant assis mais qui reste silencieux dans son lit. Je me mets à sa hauteur et lui montre l'appareil à ECG. Je lui dis que cet appareil va me permettre de voir comment bat son petit cœur avec ces gommettes que je vais coller sur son corps. Il regarde l'appareil, les fils et les électrodes. Puis, lorsque je saisis mes électrodes, il commence à pleurer et me dit « non je ne veux pas ». Il regarde alors sa maman en lui tendant les bras. Elle tente de le rassurer en lui disant que ce ne sera pas douloureux. Je m'approche à nouveau de lui et l'informe que cet examen ne sera ni long ni douloureux. La maman l'allonge à nouveau sur le lit. Lorsque je veux poser ma première électrode, Lucas m'en empêche en se retournant. Il parle à sa maman et lui déclare : « J'en ai marre ». Sa maman m'explique alors qu'il a subi plusieurs examens et soins dont une prise de sang qui s'est avérée compliquée et douloureuse. Je tente alors de gagner sa confiance en lui parlant de ses frères et sœurs, de l'école ou encore de sa maîtresse et de ses copains. En vain, rien ne fonctionne. Il refuse que je m'approche de lui avec les électrodes. Démunie, je m'assois à ses côtés.

Il tient fort son doudou « Carotte ». Je lui affirme d'une voix douce que je souhaite tout faire pour qu'il puisse rentrer à la maison. Il me semble moins agité et plus coopérant. Je lui demande si je peux lui emprunter « Carotte » le doudou. Il me le prête. Je décide de poser les électrodes sur ce dernier tout en jouant avec lui. Il me sourit. Je lui demande alors à nouveau son accord pour poser les électrodes sur son corps. Il me laisse alors les poser puis les relier aux fils. Je continue de lui parler et de le divertir avec les petits camions posés sur son lit. Il ne prête plus attention à mes gestes ce qui me permet de réaliser son électrocardiogramme. Je l'aide ensuite à se rhabiller puis avant de partir je lui propose une madeleine au chocolat qu'il accepte avec joie cette fois-ci. En sortant, j'étais fière d'avoir réussi à gagner la confiance de Lucas et d'avoir réalisé cet examen.

La seconde situation que je présenterai se déroule dans le service de pédiatrie et néonatalogie, lors de ma deuxième semaine de stage. Je prends en soin Liam âgé de 3 jours. Ce dernier est dans ce service compte tenu de sa prématurité. La prématurité concerne tous les enfants nés avant la 37ème semaine d'aménorrhée, soit quatre semaines avant la date d'accouchement théorique. Liam est né à 36 semaines +1 jour d'aménorrhée à la suite d'une rupture prématurée des membranes. Ce dernier pesait 2200 g, était hypotrophe, c'est-à-dire que seul 10% des enfants de son âge et de son sexe avaient une taille et un poids inférieurs ou égaux aux siens et que 90% avaient une taille et un poids supérieurs. Par conséquent, Liam était à risque d'effectuer des hypoglycémies et nécessitait donc une surveillance particulière. Aujourd'hui, Liam a 3 jours et nous devons lui réaliser le test de Guthrie. Il s'agit d'un test nécessitant un prélèvement sanguin qui est réalisé lors du troisième jour de vie pour détecter certaines maladies graves, d'origine génétique pour la plupart. Jusqu'ici, j'avais seulement eu l'occasion d'être observatrice car je n'avais jamais effectué de soins chez les nouveau-nés. Ce jour-là, l'infirmière m'annonce que nous devons le réaliser dans la matinée. D'habitude, nous effectuons ce prélèvement lors de la tétée car l'allaitement est une stratégie de réconfort. Or, Liam a un allaitement artificiel et a eu son biberon à 9h. Ainsi, même avant de le piquer, il pleure abondamment et est très agité. Je tente alors de le calmer en lui massant les pieds et en le prenant dans les bras. En vain, Liam continue de pleurer. Dépourvue, l'infirmière alors présente à mes côtés me conseille de le mettre en position kangourou sur sa maman. Celui-ci, sans doute rassuré continue de pleurer. L'infirmière demande ensuite à la maman qui est très coopérante de faire sucer son petit doigt à Liam sur lequel j'ai posé du saccharose. Stupéfaite, après quelques secondes, ce dernier s'apaise. Je peux alors me recentrer sur le soin, effectuer le prélèvement sanguin sans aucune difficulté car il est concentré par la succion du petit doigt de sa maman.

1.2 Questionnement des situations

Est-ce le souvenir laissé par la prise de sang douloureuse qui occasionne le refus de ce soin ? Comment le corps imprime-t-il cette douleur ?

Comment obtenir la coopération d'un enfant anxieux pour réaliser un soin et/ou un examen ?

En tant que soignant, quels sont les moyens et les ressources utilisés pour réduire l'anxiété d'un enfant ?

Comment recueillir le consentement d'un enfant et ainsi créer une alliance thérapeutique ?

Tous les soins ont-ils le même degré d'anxiété, d'acceptation du soin ?

Par quels moyens aurais-je pu faire accepter plus facilement l'examen à cet enfant ?

Quelle posture doit-on adopter face à un enfant refusant un soin ? Comment gérer émotionnellement ces situations ?

Dans quelle mesure la participation des parents dans la prise en soin de leur enfant peut-elle lui être bénéfique ?

Pourquoi le nouveau-né est-il agité avant même que je commence le soin ?

En quoi le fait de détourner son attention me permet de mener l'examen à bien ?

Quelles sont les méthodes utilisées pour apaiser et rassurer un nouveau-né lors d'un soin ?

Quels sont les effets du saccharose chez le nouveau-né ? Quels sont les bienfaits de la succion chez le nouveau-né ?

Comment faire face aux émotions du nouveau-né durant un soin potentiellement douloureux ?

1.3. Question de départ

Les situations de départ et les questionnements qui en ont découlé, m'ont amené à dégager la question de départ de ce travail :

En quoi l'utilisation de thérapies non médicamenteuses chez l'enfant douloureux ou anxieux est un moyen facilitant la prise en soins ?

A travers cette question de départ, je souhaite approfondir mes connaissances concernant l'émergence de l'anxiété de l'enfant et du nourrisson et ainsi constater l'importance du rôle infirmier. C'est pourquoi, en vue de mon futur positionnement professionnel, je désire connaître les différents moyens utilisés pour pallier l'anxiété et la douleur en pédiatrie.

2. Cadre théorique

2.1. Le développement de l'enfant de 0 à 5 ans

2.1.1 Le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 5 ans

L'enfant

J'ai fait le choix de cibler les enfants de la naissance à l'âge de cinq ans, en lien avec les situations qui m'ont interpellée. Ainsi, j'ai pu affiner mes recherches sur le développement spécifique à ces âges.

La Convention internationale relative aux droits de l'enfant définit ce dernier comme « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable » (1989)

Graindorge indique que l'enfant ne représente pas une entité constante. En effet, de « l'infant » (celui qui ne parle pas) à l'adolescent, il évolue progressivement et construit des liens progressifs avec sa famille et son environnement. Tout au long de la période de son enfance, qui débute de la naissance jusqu'à la puberté, l'enfant passe par plusieurs étapes de développement représentant l'organisation et la mise en place des fonctions cognitives, motrices et psycho-affectives. (2005, pp.6-7)

Son développement psychomoteur

Selon Mazet et Storelu (2003), le développement psychomoteur combine l'apparition et l'évolution de l'activité motrice de l'enfant et de ses capacités cognitives. En effet, « L'expérience passe d'abord par le corps et l'intelligence se construit dans l'action » (Henry Wallon dans psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, 2003)

Ces auteurs indiquent que la motricité du nourrisson évolue très rapidement. En effet, en quelques mois, il passe d'un état très peu coordonné à une capacité à saisir des objets et à se déplacer dans l'espace au moyen de la marche. Le développement de sa motricité commence par des réflexes archaïques qui disparaîtront en quelques semaines (réflexe des points cardinaux, succion, réflexe de grasping palmaire, réflexe de Moro et celui du redressement). D'une part, l'évolution du tonus musculaire de l'enfant va induire le développement de la préhension et de la locomotion. Le nourrisson devient alors capable de saisir un objet de lui-même à partir de ses cinq mois. D'autre part, la posture induite par son activité motrice peut permettre d'avoir des indications sur son confort. L'enfant acquiert la marche de façon autonome à partir de ses un an puis réussit à réaliser des

mouvements coordonnés à partir de ses trois ans. Grâce à la perception et aux sensations, ce dernier réalise des activités qui reflètent ses intentions et ses émotions (2003).

Selon Vallerand (2018), les cinq premières années de vie de l'enfant sont décisives pour le développement du cerveau. La maturation neurologique va permettre à l'enfant de se développer grâce à l'apprentissage par l'expérience. En effet, lors de sa naissance son cerveau est composé d'environ 100 milliards de neurones qui ont pour rôle de transmettre l'information nerveuse. Cependant, ces derniers ne sont pas encore reliés les uns aux autres. Ce sont les stimulations issues de l'environnement qui permettront cette connexion. Alors, lorsque l'enfant fait de nouvelles découvertes ou lorsqu'il est confronté à de nouvelles situations, des connexions se créent pendant que d'autres disparaissent. En effet, la puissance de ces réseaux est influencée par les nombreuses informations et émotions reçues par le cerveau.

2.1.2 Les besoins fondamentaux de l'enfant âgé de 0 à 5 ans

Le besoin peut être défini comme étant « l'exigence née d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique ». (Dictionnaire Larousse, 1960)

D'après Colson et al. : « Les besoins fondamentaux de l'enfant découlent de son développement somatique, psychologique, affectif, intellectuel et social. »

En effet, le nouveau-né malgré sa dotation de capacités notamment sensorielles dès la naissance met quelques années à s'assumer et à devenir autonome dans ses besoins élémentaires. C'est grâce à la maturation de son système nerveux et à l'influence de son entourage qu'il va se développer sur le plan moteur, affectif et psychique. Cette période est marquée par l'apparition de besoins spécifiques à l'enfant.

Ces derniers relatent que dans un premier temps, nous pouvons distinguer le besoin de la demande et du désir. En effet, chez l'enfant très jeune, la demande est souvent plus dominante que le besoin lui-même. Il s'agit d'un appel de l'enfant à l'adulte pour satisfaire son besoin. Elle peut être exprimée de manière non-verbale (cris, pleurs) ou verbalement par la parole. Le désir apparaît comme un manque, même si le besoin et la demande sont satisfaits. Il s'inscrit lui aussi dans le processus de développement mais il doit être écouté avec prudence pour ne pas détruire la construction de l'enfant. Lors de sa croissance, on peut remarquer des variations individuelles dans le rythme des apprentissages et des expressions des émotions. Cela peut impacter l'interaction de l'enfant avec son entourage. Par conséquent, il est primordial de prendre en compte la singularité de chaque enfant pour établir une personnalisation des besoins. Nous pouvons mettre en évidence plusieurs types de

besoins concernant l'enfant : les besoins liés au développement physique, les besoins psychosociaux, le besoin fondamental d'autrui et les besoins cognitifs et sensoriels.

En premier lieu, le développement physique est lié à un besoin nutritionnel adapté et équilibré. Puis la restauration du système nerveux fait du sommeil l'un des besoins les plus importants pour vivre. Il permet ainsi la construction cognitive et le développement physique. Le sommeil permet la mémorisation ainsi que l'intégration d'informations et d'expériences. Enfin, les besoins liés à la motricité sont dépendants de l'adulte durant les premières semaines. Les expériences motrices sont aussi indispensables mais ne peuvent être établies sans une sécurité physique et affective.

De même, les besoins psychosociaux doivent être pris en compte dès la naissance de l'enfant. En effet, ce dernier a besoin d'amour et de sécurité pour pouvoir établir des relations stables lui-même et construire son identité personnelle. L'enfant a ainsi besoin d'expérimenter afin d'apprendre comment apprendre et obtenir une satisfaction de lui-même. Le jeu devient alors primordial. Le langage lui confère aussi davantage de pouvoir sur son environnement et participe à la formation de sa conscience. Outre cela, ce dernier a besoin d'éloges et d'estime afin de lui permettre de persévérer et de franchir certains obstacles. Le besoin de responsabilité lui permet d'acquérir de l'autonomie et ainsi d'assurer la continuité de son développement.

L'enfant a besoin d'autrui. Effectivement à sa naissance, il est totalement dépendant. Jusqu'à l'âge de trois ans, en explorant son corps et en se familiarisant avec les objets, il cherche à s'affirmer et a besoin de se différencier d'autrui. Puis, cette prise de conscience de lui-même engendre une conscience corporelle et une conscience sociale. A partir de trois ans, il cherche de plus en plus à devenir autonome et a besoin d'admiration. Il cherche ainsi à faire valoir sa présence et sa supériorité.

Les besoins cognitifs et sensoriels sont assurés par les activités motrices et intellectuelles. Grâce à un environnement de qualité, de nombreuses possibilités peuvent s'offrir à l'enfant. Cependant, il faut que ce dernier soit volontaire et motivé à progresser. (2016, pp.369-379)

De plus, d'après la loi n°2007-293 du 6 mars 2007 réformant la protection de l'enfance : « l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant ».

2.1.3 Le processus de mémorisation de la douleur

L'expérience douloureuse

D'après Kuttner, l'enfant se développe tout au long de sa croissance. Cela concerne tout autant ses capacités motrices que cognitives. En effet, en grandissant et par l'exploration de leur environnement, les enfants font l'expérience de nombreuses chutes provoquées par des déséquilibres lors de l'apprentissage de la marche ou du vélo. Ils peuvent également être confrontés à des maladies ou à des douleurs. Cette période de développement de leur coordination et de leur motricité peut donc engendrer de la douleur et de la souffrance. L'expérience douloureuse est créée en partie par la mémoire, les émotions, les apprentissages mais également par les sensations physiques. (2011, pp. 6-7)

Selon l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à, une lésion réelle ou potentielle. » (2020)

Kuttner explique que le processus de la douleur débute par la nociception qui est la détection inconsciente d'une lésion tissulaire par l'intermédiaire des récepteurs sensoriels. Elle est à l'origine du message nerveux qui provoque la douleur. Par la suite, une cascade de transmissions va avoir lieu. Ces nombreuses interactions mettent en place le concept de modulation qui induit une modification de ces messages corporels au sein de notre système nociceptif. Les données sensorielles vont alors progresser tout au long des voies nerveuses jusqu'au cerveau. Puis, ce message va se lier à une pluralité d'informations (émotions, souvenirs, pensées, croyances, afférences sensorielles). Alors, le cerveau joue un rôle majeur en filtrant, activant, modulant et en intégrant l'ensemble de ces aspects pour aboutir à l'expérience douloureuse finale. C'est le cerveau lui-même qui décide de la manière dont la douleur est ressentie. Donc, en se rappelant de ses expériences antérieures, l'enfant réagit différemment.

L'auteur relate que jusqu'aux années 1980, les enfants ne recevaient pas d'antalgiques pour des interventions potentiellement douloureuses. Il était ainsi admis qu'ils ne ressentaient pas la douleur en raison de leur immaturité physiologique. Or, grâce aux nombreuses études, nous pouvons affirmer que la perception de la douleur est précoce et peut apparaître dès la 26ème semaine d'âge gestationnel. En effet, l'organisation neuroanatomique devient fonctionnelle dès la 26ème semaine de la vie fœtale et permet à l'influx nerveux de se propager. Ce qui signifie que le bébé prématuré peut également percevoir la douleur.

Les messages douloureux sont transmis par des fibres nerveuses peu ou pas myélinisées. Ils se propagent plus lentement chez les nouveau-nés que chez les enfants mais ils ont une plus petite distance à parcourir. En outre, leur système nerveux étant encore en développement, ils n'ont pas encore la possibilité de moduler ou d'exercer un contrôle de cette douleur du cerveau vers la moelle épinière. Les messages douloureux se maintiennent dans leur système nerveux provoquant une réponse physiologique plus conséquente.

Ce dernier explique que notre système douloureux étant très flexible, une même blessure n'entraîne pas toujours la même réponse au même stimulus douloureux. Effectivement, le contexte de la douleur et l'état émotionnel de l'enfant interagissent dans ce processus et peuvent ainsi modifier la libération physiologique de substances chimiques. La mémoire de la douleur est alors créée par des changements moléculaires qui se font dans le cerveau et la moelle épinière. Ces changements peuvent provoquer des traces mnésiques de cette douleur à long terme dans le système nerveux central. Ils moduleront ainsi la perception de l'événement douloureux suivant. (2011, pp.35-43)

La mémorisation de l'expérience douloureuse

Selon Jouhet, dès le plus jeune âge, l'enfant emmagasine une multitude d'informations, de gestes, des émotions et des personnes. (1993, pp. 125-134)

D'après Pédiatol, (société savante pour le traitement de la douleur de l'enfant), la mémoire est l'une des fonctions mentales fondamentales. En effet, elle a la capacité d'enregistrer, de conserver et de restituer des informations ou des situations passées. Elle peut se diviser en deux parties : la mémoire explicite et la mémoire implicite ou inconsciente.

La mémoire explicite regroupe la mémoire épisodique et sémantique qui constituent la mémoire autobiographique. Cette mémoire, consciente, est activée entre l'âge de 3 et 5 ans. Ainsi, un enfant pourra expliquer sa douleur et s'en rappeler ultérieurement.

La mémoire inconsciente rassemble la mémoire procédurale et la mémoire émotionnelle. La mémoire procédurale représente les habitudes et les comportements appris. Elle permet ainsi d'assimiler des compétences motrices et cognitives. La mémoire émotionnelle, quant à elle, est représentée par l'ensemble des situations où une personne ressent des sensations et des émotions. La mémoire inconsciente est active à tout âge et exclusive chez le tout-petit. Ainsi, chez ce dernier, une expérience antérieure pourra être rappelée et ainsi moduler une situation similaire.

Il existe ainsi différents stades de mémorisation chez l'enfant :

Ainsi, entre 0 et 1 an, le nourrisson dispose d'une conscience momentanée liée à la perception immédiate mais la mémoire procédurale s'active rapidement. De plus, vers l'âge de 8 mois, la mémoire sémantique permet d'assimiler objets, lieux et personnes. Alors, malgré l'absence de mémoire épisodique, une douleur importante peut occasionner une douleur plus intense lors d'une expérience similaire ultérieure chez le nouveau-né.

L'âge de 18 mois marque le stade du miroir permettant à l'enfant de se reconnaître. Cependant, il ne peut se souvenir de son passé avant l'âge de 2 ans.

Enfin, la mémoire autobiographique devient active entre 3 et 5 ans. Elle comprend sa propre expérience et ses connaissances personnelles acquises depuis son plus jeune âge. (2019)

Des études réalisées par Anne Taddio, pédiatre à Toronto, ont démontré que le comportement des nourrissons lors du test de Guthrie réalisé au troisième jour de vie différait. Effectivement, le nouveau-né d'une mère diabétique ayant subi plusieurs ponctions était plus agité avec des pleurs et des grimaces davantage présents que les nouveau-nés n'ayant jamais subis de prélèvement avant ce test. (2019)

2.2 L'enfant hospitalisé

2.2.1 La représentation des soins et des examens pour l'enfant

D'après Sparadrap (association fondée pour aider les enfants à avoir peur et moins mal lors des soins à l'hôpital), la majorité des enfants sont anxieux lorsqu'ils sont en contact avec le milieu hospitalier quelle que soit la raison. Ils ont peur de l'inconnu, d'être séparés de leur famille ou encore d'avoir mal et d'avoir des séquelles. Cette inquiétude peut être amplifiée par le souvenir d'expériences traumatisantes.

Chaque enfant est issu d'une famille spécifique et par conséquent, ce dernier a une histoire qui lui est propre. Il constitue un être unique et la vision qu'il a de la maladie et de l'hospitalisation lui est personnelle. Plusieurs facteurs peuvent entrer en jeu dans le vécu de sa condition d'hospitalisé : son âge, ses antécédents ou encore ses ressources personnelles et son contexte de vie.

D'une part, le monde hospitalier n'est pas fait pour les enfants. Effectivement, il ne retrouve pas ce qui est habituel à son cadre de vie et propice à son développement psychomoteur (couleurs, jouets, bruits, désordres). C'est un monde inconnu pour lui où il se sent perdu et où il ne connaît pas l'environnement et les personnes y travaillant. Il entend des mots qu'il ne connaît pas, qu'il n'a pas appris et découvre des gestes surprenants.

D'autre part, la peur d'être séparé de ses parents est omniprésente lors de l'enfance.

De plus, à partir de trois ans, l'enfant a une tendance à se réfugier dans son monde, dans l'imaginaire avec une invention et une fabulation. Il compense la souffrance de son hospitalisation par son imaginaire. Lorsque ce dernier se retrouve immobile et privé de la liberté de mouvements, il peut renoncer à la satisfaction du désir de se mouvoir par une satisfaction imaginaire. (2011)

Annequin rapporte qu'on peut également constater un fort sentiment de culpabilité avec un refoulement de ses émotions. L'enfant considère cette hospitalisation comme une punition qui peut être appuyée par les propos des parents. Ainsi, par leurs menaces, ils peuvent alors jouer un rôle déterminant dans l'apparition de cette crainte hospitalière : « Si tu bouges dans tous les sens, le médecin te fera une piqûre ». Or, ce message reste ancré dans sa tête et engendre des méfiances ultérieures, voire des phobies des soins. (2002, pp. 123-126)

Pédiatol renforce cette idée en contestant les croyances qui déclarent que l'enfant a une « petite mémoire ». Au contraire, l'enfant mémorise l'expérience désagréable de son hospitalisation ou de sa maladie. La douleur physique et psychique avec la souffrance, l'anxiété et la privation sont intégrés dans la mémoire affective de ce dernier. De plus, la phobie est fréquente chez les enfants et s'installe lors du développement normal de ce dernier. Effectivement, le développement cognitif de l'enfant, encore immature, ne lui permet pas de rationaliser certains événements. Didier Houzel définit la phobie comme étant « une crainte suscitée par la présence d'un objet, d'une situation ou d'une personne qui ne présente pas de danger réel, mais provoque une vive angoisse, une terreur paralysante, et reconnue le plus souvent comme anormale ».

Le soin est ainsi légitime d'être une source d'inquiétude : « la peur est probablement une des premières émotions que ressent le nourrisson sans ressources devant les événements extérieurs. Elle est liée à des ressentis de danger et d'impuissance à maîtriser celui-ci » souligne Annie Birraux, psychiatre et psychanalyste. (s.d.)

Minguet et Galland ajoutent que les médias et les adultes peuvent transmettre une image négative de l'hôpital aux enfants où l'on y vit des événements dramatiques et angoissants. L'hôpital peut être aussi associé à un endroit dans lequel un proche, un grand parent est décédé. Cette appréhension des soins peut être majorée si un enfant de la fratrie a déjà subi une hospitalisation.

Ces auteurs, membres de l'association Sparadrapp affirment que l'enfant peut être effrayé par l'atteinte de l'intégrité de son corps. Effectivement, il se construit des représentations par rapport aux actes de soin et aux traces qu'ils peuvent laisser. Ainsi, il craint qu'une blessure ne se referme pas ou laisse une

cicatrice énorme sur son corps. Il peut aussi avoir peur de ne plus marcher après une chirurgie des membres inférieurs ou d'être transpercé par les rayons lors d'un examen radiologique. (2011)

De plus, selon Kuttner, notre société confère des messages sur la douleur pouvant impacter le comportement de l'enfant hospitalisé. En effet, des spots publicitaires ou encore la télévision mettent en évidence l'idée qu'il faut combattre la douleur : « Est-ce que cette douleur est-en train de te tuer ? ». Généralement, ils profitent de la promotion d'un médicament pour en constituer une véritable arme. Or, lorsque l'on associe la douleur à l'ennemi, la peur et la panique peuvent rapidement apparaître. De même, d'autres idées sont répandues affirmant que la douleur est bénéfique et forge le caractère. Des expressions telles que « la douleur fera de toi un homme ! » induisent une répression de la douleur conduisant à une accentuation de la tension déjà présente. Prendre un médicament pour soulager la douleur devient synonyme de faiblesse et d'échec. Et, les remarques insensibles accompagnées d'un manque d'empathie lors d'un geste potentiellement douloureux peuvent amplifier son expérience douloureuse et provoquer une crainte des soins et des examens. (2011, pp.15-19)

2.2.2 Les mécanismes de défenses de l'enfant

Dans un premier lieu, Formarier explique que les réactions d'un enfant face à l'hospitalisation sont multiples. Elles peuvent être momentanées ou persistantes même après un retour à domicile : agressivité, passivité, tristesse, pleurs ou encore anorexie. Puis, elle relate également que le seuil de tolérance varie pour chaque enfant et pour le même enfant d'une hospitalisation à une autre. Certains peuvent être anéantis très rapidement même avec une présence parentale, tandis que d'autres ont l'envie de se « surpasser ». Effectivement, certains enfants peuvent être épuisés par la douleur et devenir très calmes en se repliant sur eux-mêmes. Cette souffrance en silence peut induire une dépréciation de son état douloureux. A contrario, ils peuvent être agités et en colère. Leurs manifestations peuvent s'exprimer de plusieurs façons et de manière paradoxale et peuvent ainsi dérouter. (1984)

D'après Psychologies, l'anxiété est définie comme une tension nerveuse chronique : « Comme la peur, l'anxiété est un état émotionnel de tension nerveuse. Nous l'éprouvons tous lorsque nous sommes dans l'attente d'un événement : opération médicale, résultat d'un examen etc. Elle devient pathologique lorsqu'elle réapparaît de façon chronique alors qu'aucune cause, dans le passé récent ou dans le présent de la personne, ne peut la justifier. Pour la contrôler, différentes solutions peuvent

être envisagées. Elles vont de la simple technique de relaxation à la prescription d'un anxiolytique par un médecin ». (s.d.)

En outre, Kuttner explique qu'un enfant ne s'habitue jamais à une injection, à une piqûre ou à un soin récurrent. Au contraire, en sachant à quoi s'attendre, il devient de plus en plus anxieux et développe des stratégies pour éviter ces gestes médicaux. Ainsi, il est capable de nier la douleur de peur de subir à nouveau ce soin. Un enfant ayant eu une expérience traumatisante avec une prise de sang douloureuse par exemple pourra développer une crainte, qui peut même envahir son esprit par l'anticipation les jours avant le soin. (2011, p.27)

2.3. Le rôle infirmier dans la construction d'une relation de soin de qualité

2.3.1 La gestion des émotions du soignant face aux mécanismes de défenses de l'enfant

L'infirmière en pédiatrie

Selon Lombart, la pratique des soins infirmiers en pédiatrie est basée sur les principes généraux des sciences infirmières. Néanmoins, travailler en pédiatrie exige certaines particularités qu'il faut prendre en compte avant d'imaginer y exercer.

Tout d'abord, le concept du « care » dans les soins infirmiers est évoqué selon différents modèles qui ont participé à l'élaboration de plusieurs approches théoriques professionnelles. Elles sont fondées sur l'intersubjectivité qui lie l'infirmier à la personne soignée et ont permis de modéliser et structurer les interventions infirmières. Ces approches tentent d'allier les soins permettant la continuité de la vie et les soins traitant la maladie tout en respectant la singularité de la personne soignée. En ce qui concerne l'enfant malade, cette conception du soin s'affirme d'autant plus. En effet, l'enfant nécessitant des soins a besoin qu'on se soucie de lui pour poursuivre son développement. Le soignant doit alors prendre en compte et satisfaire ses besoins, ce qui implique d'être en contact avec ce dernier. Les réactions de l'enfant face aux soins sont alors directement proportionnelles à l'intérêt et à la sollicitude qu'on lui accorde. (2015)

La gestion des émotions du soignant

D'après Mercadier (2017), en tant que soignant, il peut parfois être difficile de savoir si nos émotions ont lieu d'être et la place et l'importance à leur donner. On attend du personnel infirmier qu'il atténue

la souffrance des patients en leur accordant des soins avec une réelle bienveillance et sollicitude. Or, prendre en soin un enfant peut générer des émotions.

Psychologies (s.d.) définit l'émotion comme étant « un mouvement affectif soudain et intense, entraînant un débordement temporaire du contrôle réflexif sous l'effet d'une stimulation du milieu ». Elle peut donner lieu à une expérience subjective (joie, peur, tristesse, surprise, dégoût, colère) ou encore être à l'origine d'une expression commutative au niveau des mimiques et de la gestuelle. Ce sont les facteurs tels que la personnalité, les expériences antérieures et l'état physiologique de la personne qui peuvent bouleverser le seuil émotionnel.

Selon Régent, il est primordial d'éprouver des émotions et de construire des rapports éthiques et significatifs lors de situations de soins difficiles. Certains tentent de « se blinder » et de cacher leurs émotions. Or, « cette volonté de contrôle total est vouée à l'échec. Notre quotidien est parsemé d'émotions. Ces dernières mobilisent notre attention et permettent de donner du sens aux situations ». (2018)

En outre Thomson et al. expliquent que les infirmiers sont des individus dotés d'une conscience autonome et individuelle leur permettant de décider de leurs comportements et de leur manière d'être et d'agir. De plus, ces derniers travaillent dans un milieu où les gestes sont intentionnels et réfléchis, contribuant ainsi à l'expression volontaire et responsable de leurs émotions. Alors, pour gérer ses émotions, il faut avoir conscience de son propre état émotionnel. Cela permet ainsi d'éviter un impact considérable sur la relation soignant-soigné. (2009)

Il s'agit d'utiliser l'intelligence émotionnelle qui désigne « l'habileté à percevoir et exprimer les émotions, à les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions, ainsi qu'à réguler les émotions chez soi et chez les autres » (Mayer & Salovey, 1997)

2.3.2 Les ressources du soignant pour obtenir l'adhésion au projet de soin

L'implication infirmière dans la prise en charge de la douleur et de l'anxiété

Pédiatol (s.d.) indique que l'évolution de nos connaissances concernant la complexité de la douleur chez les enfants doit induire une amélioration de la prise en charge de la douleur et de l'anxiété face aux gestes médicaux. Lors de son immersion dans le monde hospitalier, il est rapidement perturbé par l'environnement inconnu avec ses bruits et ses odeurs étranges ainsi que par les personnes en

« blouse blanche ». Par conséquent, il est de la responsabilité de chaque soignant de tenter plusieurs approches afin de minimiser la douleur et l'anxiété de ce dernier.

Tout d'abord, la prise en soin d'un enfant nécessite une information médicale détaillée tant pour les parents que pour l'enfant. L'obtention du consentement éclairé est une obligation légale selon la loi pour le corps soignant. Lorsque l'enfant est mineur, seul le consentement du parent est exigé. Or, l'assentiment de l'enfant permet d'établir une relation de soin convenable.

Cependant, certains soignants appréhendent de perturber l'enfant en lui expliquant un soin. Mais lorsque la douleur d'un soin est minimisée afin d'épargner l'enfant, elle peut engendrer une exacerbation de la peur et des réactions physiologiques. Alors, l'information par l'interaction réalisée avec sensibilisation peut alors réduire l'anxiété. Pour cela, l'alliance avec un parent peut aider le soignant à déterminer la meilleure manière de lui transmettre le message.

Les parents, partenaires de soin

Galland et al. (2011) illustrent le fait que le niveau d'anxiété peut être minimisé par la présence des parents pendant les soins et l'hospitalisation. Ces derniers ont un rôle primordial. En effet, ils constituent des repères pour l'enfant dérouté par le monde hospitalier. De plus, ils offrent de l'aide aux soignants en reprenant souvent le discours avec leur enfant. Ce dernier enregistre davantage ces informations venant de ses parents plutôt que du médecin ou de l'infirmière. Les parents peuvent également être une source d'information sur son histoire personnelle ou ses expériences antérieures par rapport aux soins. De même, la présence parentale lors d'un soin est rassurante pour l'enfant et favorise la coopération de celui-ci.

Enfin, selon Sparadrap (s.d.), la charte de l'enfant hospitalisé (1988) définit le droit à la présence et l'accompagnement des parents durant l'hospitalisation.

2.3.3 Les moyens psychocorporels utilisés pour atténuer la douleur et l'anxiété

Les méthodes psychologiques

Dans un premier temps, Kuttner décrit les méthodes psychologiques utilisées pour soulager la douleur comme le langage, la distraction, l'imagerie ou encore les thérapies créatives permettant d'accéder à un état de bien-être.

Le langage :

Pour commencer, le langage et les mots employés ont un pouvoir conséquent dans la prise en soin d'un enfant. Effectivement, le fait de prendre le temps de communiquer avec ce dernier est essentiel dans la construction d'une relation thérapeutique. Ainsi, d'une part, le langage va de pair avec l'écoute active. Il est important de valider la douleur de l'enfant pour qu'il puisse décrire son inconfort et sentir qu'il est aidé. D'autre part, l'écoute de la description de son ressenti peut permettre de comprendre la manière dont il vit et conceptualise sa douleur. Commencer par se préoccuper de sa douleur avant de prendre en compte son histoire personnelle indique à l'enfant ainsi qu'à ses parents que son expérience et les conséquences de sa douleur sont des priorités. Puis, étant donné que les enfants malades se sentent rapidement vaincus, il faut utiliser des tournures de phrases exprimant de l'espoir et évitant les formulations négatives. La douleur est un signal neurochimique modulable. Utiliser l'expression « N'aies pas peur, cela ne fera pas très mal » n'est pas judicieux car l'enfant retiendra seulement les mots « peur » et « très mal ».

La distraction :

La distraction consiste à déplacer l'attention de l'enfant loin de la douleur, en ayant recours à des objets externes. Elle est utile pour les enfants âgés de plus de 10 mois. L'enfant choisira lui-même ce qu'il l'amuse. L'expérience douloureuse étant directement liée au traitement des signaux émotionnels par le cerveau, alors la distraction peut ainsi interférer et agir dans ce processus. La distraction est efficace particulièrement sur des gestes médicaux connus, courts et peu douloureux. On peut utiliser des bulles de savons, la focalisation sur d'autres objets dans la pièce ou encore les livres animés créateurs de surprise et d'humour.

Les expériences d'imagerie :

Kuttner dit que « L'acte d'imaginer est spontané et naturel chez les enfants » (2002. pp 150-151). Ils pensent et apprennent à identifier et à reconnaître des objets par les images grâce à leurs sens. L'imagerie peut alors être à l'origine de changements physiologiques. Maureen Murdock écrit dans son livre *Spinning Inwards* (1987) : « Les images que nous produisons intérieurement deviennent la réalité que nous créons ». En se noyant dans son imaginaire, la faculté à améliorer son confort et à diminuer sa douleur s'accroît. Pour cela, il est recommandé d'utiliser des images sources de plaisir pour l'enfant et d'éviter des expériences traumatisantes. Ainsi, si l'enfant n'aime pas l'eau, lui demander de s'imaginer comme un « poisson dans l'eau » peut au contraire générer de l'angoisse. On peut établir deux façons de construire une expérience d'imagerie. La première est basée sur la dissociation de sa douleur en allant dans son endroit préféré ou en réalisant son activité préférée,

pour échapper à la réalité de la douleur. Utiliser également l'histoire favorite de l'enfant peut être très utile car les enfants connaissent souvent ces histoires par cœur et anticipent ce qu'il va se passer. Plongés dans le conte, les sensations douloureuses peuvent paraître moins importantes. En outre, « L'histoire favorite, doit être adaptée aux besoins et au tempérament de chaque enfant » (2002, p. 157). La seconde est l'association de la douleur à une image spécifique. En demandant à l'enfant de quelle façon il voit sa douleur, on peut tenter de modifier par la suite son image, par exemple en lui demandant de peindre sa douleur.

Les thérapies créatives :

Selon Kuttner : « La musique et d'autres thérapies créatives sont essentiellement employées pour réduire la détresse causée par l'anticipation des gestes invasifs » (2002, p160). Ecouter ainsi une berceuse ou chanter sont des moyens fabuleux pour faciliter la détente, l'harmonie et le bien-être de l'enfant. Ces méthodes peuvent être utilisées à tout âge. De plus, la musique peut générer la participation de ce dernier en chantant avec lui ou encore grâce à des instruments de musique tels que des maracasses ou des tambourins.

« Le jeu fait naturellement partie de la vie de tous les enfants » (Kuttner, 2002, p 162). Il peut nous donner des éléments sur la façon dont il comprend le monde et la manière dont il accepte et intègre certaines expériences déroutantes. La thérapie par le jeu offre alors à l'enfant la possibilité d'exprimer ses ressentis et son vécu quant à des événements pénibles. On peut alors utiliser du matériel médical tel qu'un garrot en le posant sur une peluche pour lui permettre d'assimiler le geste. On peut également faire appel à l'imagination par l'utilisation de dessins graphiques souvent très révélateurs de leur monde intérieur. En outre, le fait d'être malade et d'être à l'hôpital ne doit pas lui enlever la possibilité de jouer, qui est primordial pour son développement et son bien-être. (pp.135-168)

Les méthodes physiques

Dans un second temps, Kuttner analyse les méthodes physiques utilisées pour soulager la douleur telles que les méthodes bio comportementales et les méthodes physiques. Ces méthodes offrent une réponse immédiate à la douleur des enfants. L'auteur relate que « le soin physique est le pivot d'une gestion globale de la douleur pour un vaste éventail de maladies aiguës et chroniques » (2002, p169)

Les méthodes bios comportementales :

Selon Kuttner, l'efficacité de la respiration est bien souvent sous-estimée. Nos émotions impactent directement notre respiration. Cette dernière influence également notre ressenti et notre comportement. De plus, nos constantes physiologiques comme la fréquence cardiaque se modifient

en fonction du rythme de notre respiration. C'est une connexion entre notre corps et notre cerveau. La douleur peut alors s'atténuer par une expiration profonde. En effet, elle permet de relâcher les tensions musculaires et la pression constituée dans le système nerveux sensoriel. Kuttner relate que « puisque douleur et anxiété sont intimement liées, maîtriser sa respiration quand on a mal peut aider à contrôler l'anxiété » (2002, p172).

Pour l'enfant de plus de 10 mois, on peut lui demander de souffler la douleur pour qu'elle parte et lui faire une démonstration. Souffler sur des bulles de savon, pour les enfants de plus d'un an, est un moyen amusant, efficace et simple pour réguler sa respiration. L'enfant prend souvent cela comme un défi et gagne ainsi un sentiment de fierté.

Les méthodes physiques utilisant l'eau, le froid et la chaleur :

La chaleur et le froid peuvent amener confort et détente. En effet, la glace agit comme un anesthésiant local, réduisant la transmission de messages douloureux. Elle permet d'apaiser la douleur aiguë et immédiate.

L'hydrothérapie peut être bénéfique dans les maladies douloureuses permettant ainsi de retrouver une mobilité. L'eau chaude accélère la circulation sanguine engendrant une relaxation musculaire. Appliquer une serviette fraîche peut aussi atténuer la fièvre ou le mal de tête.

La chaleur sous formes de bouillottes ou couvertures chaudes peut également aider à détendre les articulations et à améliorer la circulation sanguine. Elle confère alors une relaxation corporelle et évacue les toxines accumulées. Elle ne doit être utilisée qu'à partir de six mois et avec précaution. (pp. 169-201)

Les méthodes utilisées pour soulager la douleur des nouveau-nés

Annequin illustre le fait que les nouveau-nés sont des êtres demandant une bienveillance et des précautions particulières pour prévenir, contrôler et réduire la douleur. On sait qu'une douleur non contrôlée peut impacter et modifier le système nerveux en développement du nourrisson. Alors, des moyens simples et efficaces peuvent être mis en place. En effet, il a été prouvé que le contact corporel avec « le peau à peau » (méthode kangourou) ou l'emballage réduisent considérablement la détresse de ce dernier.

De même, téter le sein ou la tétine peut atténuer également sa détresse en régulant sa respiration. La succion non nutritive peut en effet calmer l'enfant. L'utilisation d'une solution de saccharose à 24 pour cent peut offrir un effet analgésique, surtout si elle est administrée deux minutes avant le soin. (2002, p 131)

3. Enquête et analyse

3.1 Choix et construction de l'outil d'enquête

Afin d'étayer mes recherches et de confronter mes apprentissages à la réalité du terrain, j'ai réalisé une enquête sous forme de questionnaire semi-directif. Ce type d'entretien étant un outil de recherche qualitatif était le plus adapté pour m'aider dans la réalisation de ce mémoire. Il permet à l'interlocuteur de répondre librement à des thèmes introduits par le guide d'entretien construit préalablement.

Puis, j'ai ensuite fait le choix de réaliser l'entretien en présentiel. La communication verbale étant un outil riche du fait de la puissance des émotions et des ressentis, elle permet de recueillir les informations objectivement en minimisant les interprétations.

Une fois l'outil d'enquête établi, j'ai construit mon guide d'entretien. La principale difficulté était de choisir des questions qui devaient être à la fois ouvertes et claires pour que l'interlocuteur puisse les comprendre et y répondre facilement. De plus, j'avais fait le choix de me limiter à une dizaine de questions afin de reprendre essentiellement les points importants de ma recherche et de ne pas me disperser, au risque de faire un hors-sujet.

3.2 Choix du lieu et de la population

Concernant le lieu où se sont déroulés mes entretiens, ce n'est pas le fruit du hasard, mais un choix réfléchi de ma part. Mon souhait étant de recueillir la vision des professionnels avec qui j'avais eu l'opportunité de travailler et de collaborer lors de mes vacances en tant qu'auxiliaire de puériculture d'accueil et d'orientation. J'ai donc réalisé mes deux entretiens aux urgences pédiatriques. Cela m'a permis de mieux comprendre la prise en charge des enfants à l'accueil des urgences mais également dans les secteurs de soins et dans la suite de la prise en charge des enfants après l'accueil, et ainsi d'avoir un regard plus critique sur les pratiques utilisées.

Concernant les interlocuteurs, j'ai interrogé des infirmières selon plusieurs critères. Le premier étant le diplôme. Effectivement, j'ai fait le choix d'interroger des infirmières puéricultrices qui avaient de l'expérience dans le domaine de la pédiatrie afin d'avoir des réponses détaillées. Puis, j'ai ensuite décidé de réaliser un premier entretien avec une infirmière de jour et un second entretien avec une infirmière de nuit. Les infirmières avec lesquelles je me suis entretenue sont des soignantes avec lesquelles j'ai eu l'occasion de travailler. Ce choix n'était pas non plus anodin car je voulais être à l'aise lors de mes entretiens. Chaque entretien a pu être effectué au sein d'un environnement calme. Avant de commencer chaque entretien, j'ai obtenu leur accord oral pour réaliser un enregistrement, tout en précisant que l'entretien serait anonymisé.

3.3 Les limites de l'enquête

Le premier entretien que j'ai réalisé (annexe 1) s'est bien déroulé excepté au niveau du créneau horaire. En effet, nous avons convenu de réaliser l'entretien sur un jour où nous travaillions toutes les deux, avant de prendre notre poste. Cependant, cette dernière a eu un empêchement. Alors, nous avons décidé que nous le réaliserions lorsque le service serait calme. Or, un afflux permanent de patients nous a empêchées de l'effectuer. En revanche, nous avons eu la possibilité de nous installer dans une pièce isolée, ce qui nous a permis de rester concentrées malgré la fatigue de la soirée.

J'ai donc réalisé le second entretien sur un de mes jours de repos et sur une journée où l'infirmière interrogée ne travaillait pas dans le secteur de soin.

En ce qui concerne la forme de mon entretien, ce dernier étant semi-directif, les questions étaient générales et ouvertes. La principale difficulté que j'ai rencontrée est d'avoir surpris mes interlocutrices par une première question très large sur la thématique. Cependant, toutes les deux ont réussi à répondre aux questions suivantes sans être perturbées et se sont montrées coopératives.

3.4 Analyse des données recueillies

Pour réaliser cette analyse, j'ai élaboré un tableau de synthèse qui reprend les idées essentielles abordées par chacune des infirmières interrogées. Afin de respecter l'anonymat de ces professionnelles, nous dirons que :

L'entretien numéro 1 : L'infirmière puéricultrice de jour = Marie (annexe 2)

L'entretien numéro 2 : L'infirmière puéricultrice de nuit= Agnès (annexe 3)

3.4.1 Les besoins spécifiques des enfants de 0 à 5 ans

Commencer l'entretien par cette thématique, large et générale me paraissait judicieux dans le sens où les enfants, quel que soit l'âge, ont des besoins qui doivent être satisfaits et pris en compte lors de leur prise en charge.

Les deux infirmières s'accordent à dire que les besoins diffèrent en fonction de l'âge. En effet, Marie précise que de 0 à 3 ans et particulièrement la première année de vie, les nourrissons sont totalement dépendants des parents. Ces derniers doivent alors assurer leurs besoins primaires qui sont nécessaires au développement harmonieux de l'enfant. Elles mettent en évidence le besoin nutritionnel, le besoin de propreté et le besoin affectif qui selon Marie est « le plus important ». Agnès ajoute le besoin de stimulation au niveau psychomoteur et les besoins d'apprentissages et de sommeil tandis que Marie précise que c'est plutôt entre l'âge de 2 et 5 ans que l'enfant doit être aidé dans ses acquisitions. Selon elle, ils ont besoin qu'on les encourage à grandir par l'échange et par la réalisation d'activités permettant leur développement psychomoteur.

3.4.2 Les éléments favorisant la douleur et l'anxiété d'un enfant de 0 à 5 ans

En m'interrogeant sur cela, mon but était de relever les facteurs favorisant l'apparition de l'anxiété et/ou de la douleur chez l'enfant. Ainsi, une meilleure connaissance de ces éléments me permettra plus facilement de les anticiper et d'orienter ma posture et mes soins.

Marie relate que le contexte prend une part importante dans la naissance de l'appréhension de l'enfant. Elle explique qu'un enfant qui n'a pas été mis en confiance et/ou qui n'a pas reçu les explications nécessaires sur le déroulé du soin angoisse plus facilement. De même, des parents paniqués induisent une ambiance stressante : « Les enfants, ce sont des éponges et ils vont absorber tout ça et cela va majorer leur inquiétude ». Agnès est en accord avec Marie et dit que si l'environnement familial d'un enfant est stable, l'enfant est généralement plus calme. Agnès classe les types de douleurs en deux catégories : les douleurs classiques et les douleurs induites. Pour ce qui est des douleurs « classiques », inhérentes à la petite enfance (coliques, douleurs accidentelles occasionnées par des chutes, douleurs sur des maladies), on peut difficilement les anticiper. En outre, elle constate également des douleurs psychologiques avec des plaintes psychosomatiques. En effet, l'enfant est un être qui peut avoir beaucoup de peurs, notamment « du noir, de l'eau, du sang ou encore des phobies scolaires » et c'est à nouveau l'environnement d'un enfant qui peut majorer cette peur. Les deux infirmières mettent en valeur des soins potentiellement plus douloureux pour les enfants (ponction lombaire, les pansements de brûlures, les sutures, le sondage urinaire, ponction veineuse) mais ces dernières précisent qu'à l'heure d'aujourd'hui, une bonne anticipation et la mise en place de plusieurs moyens existent et sont utilisés.

3.4.3 Impact d'un soin douloureux pour l'enfant dans sa prise en charge et pour les hospitalisations ultérieures

Ce sujet me paraissait essentiel pour pouvoir exploiter la suite de mon analyse quant aux différents moyens existants pour minimiser l'anxiété et la douleur d'un enfant. En effet, je cherchais à connaître leurs points de vue par rapport au retentissement que peut avoir un soin douloureux chez l'enfant et ainsi constater la puissance de la mémoire.

A cette question et à l'unanimité, la réponse était que si un soin ne se passe pas bien pour l'enfant alors ce dernier le garde en mémoire et cela quel que soit son âge. De plus, lorsque le soin doit se répéter, l'enfant met en place des systèmes de défenses provoquant une majoration de l'anxiété. Marie explique qu'avant de parler d'hospitalisations ultérieures, c'est avant tout dans le jour même qu'il faut agir en instaurant une relation de confiance avec l'enfant dès le départ. Il est, selon elle, nécessaire d'expliquer le soin du début à la fin en utilisant des images si nécessaires ou en ayant

recours aux parents pour ne pas le surprendre et éviter cet impact. Agnès raconte qu'elle a reçu en soin des enfants très anxieux ayant subi des prises de sang douloureuses en laboratoire de ville car aucun moyen de prévention n'avait été mis en place. Marie ajoute que lorsqu'un soin ne se passe pas bien, les enfants peuvent associer la « blouse blanche » avec une douleur et un mal-être. Cette dernière précise que l'impact d'un soin douloureux est également valable chez les plus petits ou même prématurés. Elle raconte son expérience d'une prise en charge d'une petite fille prématurée de 26 semaines qui a été marquée physiquement par les cicatrices mais également psychologiquement. Ainsi, tous les soins postérieurs nécessaires à son rétablissement se sont révélés très difficiles à gérer. Elle explique aussi que ce sont des enfants qui ne veulent plus qu'on leur prenne la main, ne serait-ce que pour la mise en place du bracelet d'identification ou la prise de la saturation. Marie est certaine que le corps garde une mémoire de cette agression, et ce quel que soit l'âge de l'enfant.

3.4.4 La représentation des soins et/ou des examens pour les enfants

En me questionnant sur ce critère, j'ai cherché à savoir si l'anxiété des enfants par rapport à un soin ou à un examen médical pouvait être due à une représentation qu'ils avaient en amont. Je voulais comprendre la manière dont ces représentations se construisaient.

Marie répond à cette question en expliquant que les représentations qu'ils se font de certains soins proviennent de la façon dont ils ont été présentés à l'enfant. Celle-ci prend l'exemple des livres pour enfant « Je vais chez le docteur » ou « Je vais chez le dentiste » qui expliquent de façon imagée la manière dont le soin ou l'examen se déroulent. Ils permettent à l'enfant de visualiser le matériel utilisé. Elle précise que « l'inconnu fait toujours peur, alors si le soin n'a pas été expliqué, cela peut majorer cette anxiété ». Agnès clarifie le fait que les représentations dépendent à nouveau de l'âge. En effet, lorsqu'ils sont petits, encore nourrissons, ils n'ont pas de représentations avant le soin en lui-même. Alors, qu'entre 3 et 5 ans, c'est davantage le discours de leurs parents qui va induire ce qu'ils vont penser, ressentir et agir sur les comportements et l'appréhension qu'ils peuvent avoir. Cette dernière relate certains propos des parents qui participent à ces représentations : « tu vas avoir une piqûre, ça fait mal » ou encore « si tu n'es pas gentil avec l'infirmière, elle va te faire une piqûre ». Agnès donne en plus son point de vue sur les enfants ayant des pathologies chroniques en explicitant que c'est différent pour ces derniers car « ils connaissent cela depuis leur premier jour de vie et en général ces enfants sont hyper cools car ils en ont tellement subi ».

3.4.5 Réactions des enfants face à un soin/examen anxiogène ou douloureux

Connaître les différentes réactions qui peuvent apparaître chez un enfant anxieux me paraît important dans le sens où elles peuvent nous donner des indications sur la personnalité de l'enfant et ainsi

faciliter la mise en place de moyens pour apaiser cette inquiétude ou cette douleur.

Les deux infirmières sont en accord lorsqu'elles disent que les réactions diffèrent en fonction de l'âge de l'enfant. Cependant, Agnès affirme que les pleurs sont le premier mécanisme de défense de l'enfant. Marie indique que les nourrissons de moins d'un an ont tendance à chercher le regard du parent, alors c'est à nous de solliciter ces derniers pour rassurer l'enfant et ce dès l'installation. Agnès précise qu'ils n'auront pas forcément de réactions avant, mais plutôt au moment du soin douloureux. Puis, entre 3 et 5 ans, lorsqu'ils sont en âge de parler et de comprendre, les infirmières reconnaissent que leur anxiété peut se manifester par une envie d'échapper au soin en voulant sortir de la pièce ou en refusant de s'installer. Agnès souligne qu'il peut y avoir un refus avec un « non » et une agitation physique. Elle ajoute que généralement cette anxiété apparaît avant le soin et au moment du soin en lui-même, il ne se passe rien car plusieurs moyens auront été mis en place pour y remédier.

3.4.6 Influence de l'anxiété sur la perception de la douleur

Cette thématique me semble être l'une des plus importantes de mes entretiens. En effet, à travers celle-ci, je voulais tenter d'avoir leur point de vue sur la perception de la douleur chez l'enfant et la manière dont l'appréhension pouvait mener le ressenti de cette douleur.

Marie et Agnès sont totalement d'accord sur l'influence certaine de l'anxiété sur la douleur et Agnès affirme même que l'anxiété peut majorer la douleur. Effectivement, lorsque l'enfant est hyper anxieux, celui-ci va être hypertendu et ses muscles seront hyper contractés. Marie ajoute que « l'anxiété avant un soin parasite l'échange et le soin globalement » et se manifeste par une accélération du rythme cardiaque, des mains moites ou encore une respiration accélérée.

3.4.7 Qualités et valeurs de l'IDE en pédiatrie

En m'interrogeant sur les valeurs et les qualités de l'infirmière en pédiatrie, je cherchais à savoir si la prise en soin d'un enfant nécessite un profil infirmier particulier. Je souhaitais également connaître les qualités requises pour réaliser des soins en pédiatrie et prendre en charge un enfant.

Marie répond à cette question par une généralité en disant qu'en pédiatrie mais comme partout : « en tant que soignant, il faut ce côté bienveillant et attentif ». Agnès précise tout de même que « nous ne travaillons pas en pédiatrie par hasard ». Marie explique qu'il ne faut pas avoir d'appréhension à travailler au plus près de l'enfant. Agnès ajoute aussi qu'il faut être capable d'accepter d'induire de la douleur aux enfants malgré notre volonté et d'admettre entendre des pleurs. Puis, cette dernière relate qu'il faut aussi savoir travailler en présence des parents et être apte à travailler sous le regard et la pression de ces derniers. Cependant, Marie pense qu'il est important que ce soit des

puéricultrices qui exercent dans les services de pédiatrie car elles connaissent les étapes du développement de l'enfant et ses stades d'acquisitions.

3.4.8 Gestion des émotions lors des situations de soins difficiles

Cette question est primordiale car la gestion des émotions d'un enfant implique obligatoirement la gestion de ses propres émotions et particulièrement dans le monde hospitalier où certaines situations de soins peuvent s'avérer difficiles.

Pour répondre à cette question, Marie nous affirme que pour une multitude de raisons, des situations peuvent s'avérer compliquées. En effet, il est possible de ne pas réussir à piquer l'enfant ou le contact relationnel avec l'enfant ou les parents est difficile à établir. Dans ce cas, il faut savoir passer le relai aux collègues. Elle explique qu'en tant que soignant mais aussi en tant qu'être humain, nous avons tous des limites. Et, en pédiatrie, on travaille généralement en binôme : « on fonctionne beaucoup grâce aux regards et aux échanges, ce qui permet de travailler dans les meilleures conditions pour le bien-être de l'enfant ». Agnès, quant à elle, ajoute « qu'il faut savoir faire la part des choses et garder une distance ». Selon elle : « il faut encaisser la situation et rester professionnel au moment de la situation et du soin douloureux ». Cette infirmière relate qu'il existe un panel de précautions pour appréhender la douleur et en les utilisant, on améliore la situation pour l'enfant comme pour le soignant. Elle s'attache cependant à dire qu'il faut savoir se protéger malgré qu'il ne soit pas possible de laisser ses émotions de côté. D'après Agnès : « il faut trouver le juste milieu, ne pas être trop blindé mais ne pas ressentir trop d'émotions non plus. »

3.4.9 Place accordée aux parents dans la prise en charge de leurs enfants

En me questionnant sur ce sujet, j'espérais recueillir leurs avis sur la place du parent dans la prise en soin de l'enfant qui est inexistante dans les services dédiés aux adultes.

Les deux infirmières s'accordent à nouveau à dire que le parent a toute sa place durant la prise en charge de son enfant. Effectivement, Marie souligne que c'est le parent qui connaît l'enfant et que par conséquent c'est à nous de l'inviter et de l'intégrer aux soins. De plus, l'enfant se sent rassuré et en sécurité à son côté. De même, il est important de tenir informer le parent car c'est lui qui va ensuite échanger avec l'enfant et le rassurer. Elle les considère comme « de vrais partenaires de soins ». Elle souligne que cela fait partie de la charte de l'enfant hospitalisé. Cependant, Agnès explique que chaque situation est unique. En effet, cette association dépend non seulement de la volonté du parent à assister aux soins mais également du soignant chargé de l'enfant. Effectivement, certains soignants ont plus de difficultés à inclure les parents que d'autres. En outre, lorsqu'ils acceptent, ils peuvent participer en lui parlant ou en chantant avec lui. Puis, pour les nourrissons, lorsque la maman allaite, la prise de sang peut être réalisée au sein. Cependant et quel que soit l'âge, Agnès s'attache au fait

qu'on peut solliciter le parent mais tout en gardant en tête qu'il doit garder sa place de parent et qu'il n'est pas là pour maintenir son enfant.

3.4.10 Les méthodes alternatives, non pharmacologiques utilisées chez les enfants et les nouveau-nés et leurs places dans les soins

Cette thématique est la plus importante de mes entretiens. En effet, la découverte et l'efficacité des différents moyens non pharmacologiques utilisés dans les services de pédiatrie me permettront d'effectuer mes propres choix pour une prise en charge optimale.

Les professionnelles interrogées mettent en valeur la distraction et l'hypno-distraction. Marie relate que « c'est vraiment le quotidien ». Agnès ajoute qu'il faut utiliser tous les moyens pour détourner l'attention de l'enfant, avec des objets ou encore une chanson. La puéricultrice atteste qu'ils disposent de pleins de gadgets sur leurs blouses et dans leurs poches. Elle cite des crayons divertissants, des cartes imagées et même des jeux aux plafonds dans les salles d'examen. Elle explique aussi qu'aux alentours de 5 ans, la discussion peut suffire pour distraire l'enfant. Agnès, formée à l'hypnose thérapeutique, explique que cette méthode peut fonctionner à partir de 3 ans, si l'enfant discute bien et a un minimum d'imaginaire. Elle précise aussi que simplement de bercer un enfant selon sa respiration est également une forme d'hypnose facilement utilisable. Marie, quant à elle, nous dit qu'il est nécessaire de les embarquer dans une histoire et d'associer l'histoire au soin. Il s'agit de prendre en compte les centres d'intérêts de l'enfant. Elle utilise ainsi l'histoire d'une petite fille habillée en reine des neiges. Selon elle, c'est « une porte ouverte ». Ainsi le fait d'associer l'enfant au soin évite qu'il soit surpris. L'infirmière donne l'exemple d'une suture au menton. Lorsque le médecin nettoie la plaie, il s'agit de lui dire : « Dis donc, il fait vraiment froid près de la reine des neiges, ne sois pas étonnée, tu vas sentir des petits coups de frais sur ton menton ». Cela permet à l'enfant de garder un bon souvenir du soin. Marie, elle, utilise de nombreuses astuces telles que la compresse sous le garrot pour éviter de pincer la peau, un glaçon pour rafraîchir la zone ou encore de frotter énergiquement pour saturer les récepteurs de la zone. Elle conclut : « il faut savoir être créatif et faire preuve d'imagination ». Puis, chez les nourrissons de moins de trois mois, la succion au sein de la maman ou un apport de sucre avec une bonne installation leur paraît très efficace. Les puéricultrices des urgences pédiatriques s'accordent à dire qu'elles combinent les moyens alternatifs avec les moyens thérapeutiques. Selon Agnès, « on ne peut pas se permettre de faire l'un sans l'autre, on a tous ces outils à disposition alors il faut les utiliser pour le bien-être de l'enfant ». De même dans l'urgence immédiate ou lors d'une contre-indication, elles affirment que ces moyens sont essentiels pour assurer une prise en charge idéale. Marie nous dit : « Au jour d'aujourd'hui, on a des moyens et il faut les prendre en compte dans le but de faire au mieux pour l'enfant, sachant que ce dernier peut avoir d'autres contacts avec le système hospitalier et que ce que l'on va faire aujourd'hui aura des traces pour le soin de demain ».

4. Discussion

Les entretiens que j'ai réalisés viennent compléter et consolider mes lectures. J'ai ainsi pu relier plusieurs éléments essentiels, approfondir mes connaissances et construire ma propre réflexion en tant que future infirmière en pédiatrie.

Quand je serai grande, je serai l'infirmière des enfants...

4.1 L'accueil d'un enfant en pédiatrie

4.1.1. Des infirmières compétentes pour repérer les besoins spécifiques de l'enfant

Tout d'abord, Agnès explique qu'en tant qu'infirmière : « nous ne travaillons pas en pédiatrie par hasard ». Marie, quant à elle explique qu'il est nécessaire que les soins soient prodigués par des infirmières puéricultrices car ces dernières connaissent davantage le développement de l'enfant et ses stades d'acquisitions. Ces propos complètent ceux de Lombard (2015), qui relate que l'enfant nécessitant des soins a besoin qu'on se soucie de lui pour continuer son développement.

En effet, l'enfant a des besoins spécifiques. Colson et al. (2016) expliquent que les besoins fondamentaux de l'enfant naissent de son développement somatique, psychologique, affectif, intellectuel et social. De plus, totalement dépendant à sa naissance, l'influence de son entourage sur ses besoins est donc conséquente. Comme le dit Marie : « De 0 à 3 ans, du moins la première année, ce sont des bébés qui sont extrêmement dépendants des parents ».

Dans un premier temps, Colson et al. mettent en valeur le besoin nutritionnel et les besoins de sommeil qui, selon eux, permettent le développement physique de l'enfant. Ces derniers rapportent les besoins liés à la motricité. Les expériences motrices sont aussi indispensables à l'épanouissement de l'enfant pour assouvir ses besoins cognitifs et sensoriels. Elles permettent à l'enfant « d'apprendre comment apprendre », notamment grâce aux jeux. Cependant, ces expériences ne peuvent être établies sans une sécurité affective et physique. Pour cela, l'enfant a besoin d'autrui, d'amour et de sécurité. Effectivement, selon Marie, le besoin affectif est le plus important.

Ces auteurs ajoutent le besoin d'éloges et d'estime qui, selon eux, permet à l'enfant de persévérer et de franchir certains obstacles. Marie et Agnès sont en accord avec Colson et al. Elles mettent en évidence le besoin nutritionnel, le besoin de propreté, le besoin affectif et le besoin d'apprentissage avec la réalisation d'activités pour un éveil au niveau psychomoteur. Puis, Mazet et Stoleru (2003) indiquent que la motricité du nourrisson évolue très rapidement. Effectivement ce dernier passe d'un

état très peu coordonné à une capacité à saisir des objets puis à se déplacer au moyen de la marche en quelques mois. Vallerand (2018) ajoute que les cinq premières années de l'enfant sont décisives pour le développement de son cerveau. Les stimulations issues de l'environnement et les nouvelles découvertes induisent sa maturation neurologique et un développement psychomoteur convenable. Selon moi, l'enfant est un être unique et en constante évolution. Il a différents besoins qui doivent être écoutés et exécutés pour un développement harmonieux. Je pense que les parents ont un rôle primordial dans le développement de l'enfant. Ils doivent répondre aux besoins nutritionnels, de sommeil, de propreté dès la naissance. Et, comme Marie, j'estime que le besoin d'affection est le plus important. Si l'enfant se sent aimé et en sécurité dans son entourage, il va alors pouvoir expérimenter et se construire lui-même. Les adultes ont un devoir de répondre aux besoins de l'enfant à la maison, à la crèche, chez l'assistante maternelle, à l'école ou à l'hôpital. Je suis convaincue que pour optimiser la prise en soin d'un enfant, il est essentiel de prendre en compte ses besoins et d'adapter ses pratiques et sa communication.

4.1.2 Prendre en compte l'anxiété d'un enfant dès son arrivée à l'hôpital

Comme l'explique Sparadrap (s.d.), une association fondée pour aider les enfants à avoir moins peur et moins mal lors des soins à l'hôpital, la plupart des enfants sont anxieux lorsqu'ils sont en contact avec le milieu hospitalier. Ils ont peur de l'inconnu, d'avoir mal, d'avoir des séquelles ou encore d'être séparés de leurs parents. Marie relate que « L'inconnu fait toujours peur alors si le soin n'a pas été expliqué, cela peut majorer l'anxiété ». L'infirmière puéricultrice affirme que la représentation du soin provient de la façon dont il a été présenté à l'enfant. Selon moi, les informations et les explications notamment apportés par le biais de livres imagés (comme l'illustre Marie tel que « Je vais chez le docteur ») participent à minimiser l'anxiété. Je pense en effet que cette démarche permet de ne pas surprendre l'enfant. Je repense à Lucas (situation d'appel 1) qui refusait la pose d'électrodes pour la réalisation d'un ECG. En effet, il n'avait jamais vu cet appareil et en avait peur. Lorsque j'avais pris son doudou comme cobaye pour lui expliquer de manière divertissante cet examen, celui-ci était alors devenu coopérant. Agnès, quant à elle, explique que le discours et le ressenti des parents vont complètement influencer sur les comportements et l'appréhension des enfants accueillis. Elle ajoute que le discours du parent peut induire des représentations négatives de l'image hospitalière par des propos comme : « si tu n'es pas gentil avec l'infirmière, elle va te faire une piqûre ». Celle-ci appuie le discours d'Annequin (2002) qui relate que les parents, par leurs menaces, peuvent induire l'apparition d'une crainte hospitalière. Je suis convaincue que ces propos peuvent totalement déclencher une méfiance voire une anxiété profonde par rapport au corps médical. Ils peuvent entraver le bon déroulement du soin et ce même dès l'accueil de l'enfant dans le service. Effectivement, je pense que

les enfants écoutent davantage le discours des parents car ce sont les seuls êtres qu'ils connaissent et à qui, ils accordent une confiance aveugle. Enfin, Annie Birraux (s.d.) explique que le soin est légitime d'être source d'inquiétude : « La peur est probablement une des premières émotions que ressent le nourrisson sans ressources devant les événements extérieurs. Elle est liée à des ressentis de danger et d'impuissance à maîtriser celui-ci ». Donc, une prise en compte minutieuse de l'anxiété est donc indispensable pour assurer une prise en charge optimale.

4.1.3 Prendre en considération les expériences antérieures de l'enfant lors de son parcours de soin

Agnès annonce que « Si le soin se passe mal l'enfant le garde en mémoire et cela, peu importe l'âge et forcément il y aura une anxiété plus importante si le soin devait se reproduire »

Marie appuie son discours en expliquant que l'enfant le garde en mémoire et met en place des systèmes de défenses. Effectivement, comme le dit Jouhet (1993), l'enfant enregistre une multitude d'informations, de gestes, d'émotions et de personnes et ce dès son plus jeune âge.

Et, Pédiatol (s.d.) relate que nous avons deux types de mémoires : la mémoire explicite et la mémoire implicite ou inconsciente. Ce groupe d'experts affirme que le nourrisson a une conscience momentanée liée à la perception immédiate. Il possède aussi une mémoire procédurale inconsciente, s'activant rapidement vers 8 mois, permettant d'assimiler certaines informations. Ainsi, une douleur importante chez le nouveau-né peut engendrer une douleur plus intense lors d'une expérience future. Ce fait est affirmé par l'étude réalisée par Anne Taddio (2019) mettant en évidence des pleurs plus importants lors de prélèvements réitérés chez des nouveau-nés. Agnès approuve en relatant la prise en soin d'une petite fille prématurée de 26 semaines marquée par de nombreux soins reçus dès sa naissance. Elle est devenue une petite fille qui ne veut plus qu'on lui prenne le bras ni pour prendre une saturation ni pour lui poser un bracelet d'identification.

Grâce à mon expérience aux urgences pédiatriques, j'ai remarqué que certains nouveau-nés étaient plus agités lors de la prise de leurs constantes. En interrogeant les parents, ils m'ont informé d'un précédent passage aux urgences ou une prise en charge par le milieu médical. Alors, je suis maintenant certaine que les nourrissons, malgré l'absence de mémoire épisodique, se souviennent de ces expériences et des douleurs occasionnées.

La mémoire épisodique, consciente, est d'après Pédiatol activée entre 3 et 5 ans. Cette mémoire rassemble les représentations affectives, perceptives, sensorielles et cognitives et permet de se souvenir d'événements passés. Marie confirme en stipulant que l'enfant associe l'effet « blouse blanche » avec douleur si le soin s'était mal déroulé et que l'anxiété sera majorée lors d'un soin ultérieur. J'ai le souvenir d'un petit garçon âgé de 5 ans refusant tout contact avec les infirmières. Il se

débattait et criait dès qu'on tentait de l'approcher. Cet enfant avait été hospitalisé pendant plusieurs semaines lors de son enfance. Ainsi, seul le pédiatre avait réussi à l'ausculter car il ne portait pas de blouse blanche. Je me dis que l'enfant, peu importe l'âge, peut avoir de mauvais souvenirs avec des expériences traumatisantes au niveau des soins. Il faut donc être conscient que chaque enfant est une entité et doit être considéré comme tel. Il est ainsi primordial d'être vigilant avec l'enfant dès son premier contact avec le monde hospitalier et de lui prodiguer des soins adaptés et dans la mesure du possible non traumatisants.

4.2 Prodiguier des soins à un enfant anxieux ou douloureux

4.2.1 Repérer les mécanismes de défenses de l'enfant anxieux

Formarier (1984) explique que les réactions d'un enfant face à une hospitalisation sont multiples : agressivité, passivité, pleurs, anorexie. Elle met en valeur le fait que le seuil de tolérance varie d'un enfant à un autre mais aussi d'une hospitalisation à une autre pour le même enfant. Elle indique aussi que certains enfants peuvent se replier sur eux-mêmes et devenir très calmes tandis que d'autres peuvent être agités et en colère. Les infirmières puéricultrices interrogées affirment que certains enfants sont si angoissés qu'ils s'agitent et voudraient quitter la pièce pour échapper aux soins ou examens. Cependant, elles soulignent que les pleurs sont le premier mécanisme de défense de l'enfant. Marie, quant à elle, illustre également le cas des nourrissons de moins d'un an, qui eux, recherchent davantage le regard d'un des parents. Je pense qu'il ne faut pas généraliser car chaque enfant est unique, ce qui explique une manifestation différente d'un enfant à un autre. Il faut alors rester vigilant même lorsqu'un enfant n'exprime aucune crainte (pleurs, agitation) car celui-ci peut vouloir dissimuler sa douleur ou son anxiété pour diverses raisons. J'ai déjà pris en soin un enfant refusant de parler mais acceptant sa prise en charge. Dans la précipitation, je ne m'étais pas interrogée sur son comportement. Cependant, avec du recul, je me souviens que son papa, qui était avec lui, lors des soins, le poussait à « rester fort ». Ce comportement appuie les propos de Formarier (1984) qui indique que certains enfants peuvent avoir « envie de se surpasser » en présence des parents. D'autre part, Agnès annonce que les enfants ayant des pathologies chroniques sont généralement « hyper cools » car ils connaissent cela depuis leurs premiers jours de vie. Or, Kuttner (2011) conteste cette idée en stipulant qu'un enfant ne s'habitue jamais à une piqûre. Au contraire, ce dernier devient de plus en plus anxieux et développe des stratégies pour éviter certains gestes médicaux. Quant à moi, j'estime que chaque enfant est différent. En effet, j'ai constaté que les enfants qui viennent régulièrement faire les mêmes soins à l'hôpital et souvent au sein du même service sont fréquemment à l'aise, coopérants voire très aidants. Mais, d'autres sont épuisés par la répétitivité et peuvent mettre en place des mécanismes de protection. Alors, avant d'entreprendre un soin ou un examen avec

n'importe quel enfant habitué ou non, à un quelconque soin, il est nécessaire de prendre un temps avec ce dernier. Il faut recueillir son ressenti et repérer les mécanismes de défenses mis en place. J'estime également qu'il est judicieux d'interroger les parents qui peuvent nous éclairer sur le comportement de leur enfant.

4.2.2 Les parents, les soignants et l'enfant : un trio gagnant ?

La particularité de la pédiatrie est qu'en tant que soignant, nous ne prenons pas en charge l'enfant seul mais aussi ses parents. Il est donc important de les inclure tout au long de l'hospitalisation. Effectivement, comme le stipulent Galland et al. : Les parents sont de véritables repères pour les enfants. Leur présence est rassurante pour l'enfant et favorise la coopération de ce dernier. Les deux infirmières puéricultrices indiquent que les parents ont toute leur place tout au long de la prise en soin de leur enfant. Comme le dit Marie, ce sont les parents qui connaissent mieux leur enfant et par conséquent, c'est à nous de les intégrer aux soins. Elle les considère comme de « véritables partenaires de soins ». De plus, comme le disent ces auteurs, l'enfant enregistre davantage les informations venant des parents. Marie et Agnès affirment ces propos en expliquant la nécessité d'informer les parents car ce sont eux qui peuvent échanger avec l'enfant et le rassurer.

Je n'envisage pas de prendre en soin un enfant sans ses parents, sauf situations particulières. Selon moi, ce sont des alliés et des guides. Ils constituent une véritable source d'informations en particulier sur leurs expériences antérieures. Ainsi, si l'agitation du nourrisson est excessive, je conseille aux parents de le garder dans leurs bras pour me permettre de prendre ses constantes. Cependant, il est parfois nécessaire de faire appel à d'autres collègues si les parents sont désemparés ou sont impuissants vis-à-vis du comportement de leur enfant. Ils doivent rester des personnes de confiance pour l'enfant et non des « bourreaux ». D'autres, comme le dit Agnès, ne souhaitent pas être présents et nous devons respecter ce choix. Donc, je suis convaincue qu'en tant que soignant, nous devons les solliciter et les inclure aux soins avec leur accord.

4.3 Créer une relation de soin de qualité avec l'enfant et le parent

4.3.1 Gérer ses émotions pour gérer les émotions de l'enfant

La prise en soin d'un enfant nécessite de considérer l'enfant et ses émotions. D'après Mercadier (1994), on attend du personnel soignant la diminution de la souffrance des patients avec une réelle bienveillance et sollicitude. Il peut être difficile de déterminer la place à donner à nos émotions. Régent (2018) relate l'importance d'éprouver des émotions lors des situations de soins difficiles. Selon lui : « ces dernières mobilisent notre attention et permettent de donner du sens aux situations ».

Marie explique qu'en tant que soignant mais avant tout, en tant qu'être humain, nous avons tous des limites. Et, lorsqu'une situation s'avère compliquée, il est important de la reconnaître et dans ce cas-là, « il faut savoir passer le relais ». Cette attitude confirme les propos de Thomson et al. (2009) expliquant que la gestion de ses émotions induit une conscience de son propre état émotionnel. Agnès, quant à elle, relate la nécessité de garder une certaine distance et de se protéger malgré la présence inévitable de nos émotions.

Moi, je suis totalement en accord avec Marie car je pense, en effet, qu'il est impossible de « se blinder » et d'être insensibles face à des situations compliquées. Nous sommes des êtres humains et par conséquent nous ressentons tous des émotions. Ainsi, si nous nous sentons incapables de prendre en charge un enfant pour de multiples raisons, il faut donner le relais à une collègue. En tant qu'étudiante infirmière, pendant ces trois ans de formation, j'ai été confrontée à des situations de soins difficiles où mes émotions ont pris le dessus. En effet, nous sommes constamment en lien avec les patients, la maladie, la souffrance ou encore la mort et j'admets que c'est humainement éprouvant. J'ai parfois eu des difficultés à en parler et je tentais de dissimuler mes émotions. Avec du recul, je suis en accord avec Régent. Il ne faut pas tenter de contrôler totalement ses émotions car elles permettent de construire des relations authentiques avec les patients. De même, il est nécessaire d'échanger avec nos collègues et de passer le relais si la situation s'avère trop difficile.

4.3.2 Soulager les enfants par des stratégies non médicamenteuses et faire preuve de créativité

Pédiatol accorde une importance particulière à la prise en charge de la douleur chez les enfants. Ce groupe d'experts déclare que l'évolution de nos connaissances sur la complexité de la douleur doit induire une amélioration de la prise en charge de la douleur et une diminution de l'anxiété face aux gestes médicaux.

Pour commencer, en ce qui concerne les nouveau-nés, Annequin (2002) explique que ce sont des êtres qui nécessitent une réelle bienveillance et des précautions particulières. Selon lui, le peau à peau (ou méthode kangourou) ou encore l'emballage sont efficaces pour réduire la détresse du nourrisson. De même, la succion non nutritive d'une tétine associée à l'administration orale de saccharose présente un effet analgésique et laisse supposer que l'allaitement au sein, qui permet la succion et donne le goût sucré, pourrait également avoir naturellement un effet analgésique. Ces deux infirmières puéricultrices utilisent régulièrement cette dernière méthode. Elles mettent également en valeur l'importance d'une bonne installation pour améliorer le confort de l'enfant. J'ai pu constater l'efficacité de la succion combinée à une bonne installation. Je suis convaincue qu'il est nécessaire de prendre un temps d'installation pour assurer un confort optimal à l'enfant.

Kuttner (2002) met en évidence plusieurs méthodes pour obtenir l'adhésion de l'enfant et atténuer son anxiété. Tout d'abord, il existe des méthodes physiques offrant une réponse immédiate à la douleur de l'enfant. Selon lui, la douleur et l'anxiété étant assurément liées, le contrôle de sa respiration lors d'une expérience douloureuse peut aider à maîtriser son anxiété. Une expiration profonde peut permettre d'atténuer la douleur. Agnès affirme même que l'anxiété peut majorer la douleur. L'enfant va être hyper anxieux et être hypertendu. Marie exprime que l'anxiété provoque une accélération du rythme cardiaque et une respiration accélérée. Je suis persuadée que l'anxiété peut influencer et majorer la douleur. Il est donc primordial de prendre en considération l'appréhension de l'enfant.

Ensuite Kuttner met en évidence le pouvoir de la chaleur et du froid. Selon lui, la glace agit comme un réel anesthésiant local et permet d'apaiser la douleur aiguë. De même, la chaleur permet de détendre les articulations et confère ainsi une relaxation corporelle. Marie utilise la mise en place d'un glaçon sur une zone douloureuse ou sature les récepteurs en frottant énergiquement sur la zone avant une piqûre.

Ensuite l'auteur expose les méthodes psychologiques telles que la distraction consistant à déplacer l'attention de l'enfant loin de la douleur grâce à des objets externes. Agnès confirme ainsi la présence d'une multitude de gadgets permettant de détourner l'attention d'un enfant dans leur service de pédiatrie. Selon moi, les enfants sont très attachés à leur entourage et à leur environnement. Ainsi, il est indispensable d'utiliser ces objets divertissants et de toujours améliorer le confort et l'esthétique des lieux d'accueil.

En outre, Kuttner met en valeur l'imagination débordante des enfants. Il recommande de l'exploiter pour atténuer leur douleur et leur anxiété. L'auteur indique qu'il est nécessaire de construire des expériences d'imageries. On peut permettre aux enfants d'échapper à la réalité de la douleur en allant dans leur endroit préféré ou en utilisant leur histoire favorite. Marie l'utilise régulièrement. Elle relate la nécessité d'embarquer l'enfant dans une histoire et de l'associer au soin. Il faut saisir toutes les portes d'entrée et « il faut savoir être créatif et faire preuve d'imagination ». Pour avoir eu recours au récit d'une histoire lors d'un sondage urinaire avec un petit garçon, je suis certaine que l'imagination d'un enfant est un atout à saisir.

Puis, Kuttner met également en évidence l'importance des thérapies créatives. Selon lui, la musique peut être utilisée à tout âge et facilite la détente de l'enfant. On peut aussi utiliser des instruments de musique et donc une participation active de l'enfant. Le jeu étant essentiel et appartenant au quotidien des enfants, il facilitera une diminution de l'anxiété. Selon moi, la musique est source d'apaisement et peut conférer à l'enfant un sentiment de sécurité et un bien-être. Je l'utilise régulièrement pour calmer l'enfant lors de la prise des constantes.

Ensuite, l'auteur illustre le pouvoir des mots et du langage dans la prise en charge d'un enfant. Prendre le temps de communiquer avec l'enfant est selon lui essentiel dans la construction d'une relation de confiance. D'une part, l'information médicale par l'interaction et le jeu comme l'explique Marie est une étape importante. D'autre part, selon Kuttner le langage est indissociable de l'écoute. Il est donc, pour moi, essentiel de valider la douleur de l'enfant pour l'aider et le sécuriser et d'éviter les formulations négatives. En effet, la négation engendre forcément chez l'enfant ou l'adulte quelque chose de négatif qui ne fait qu'amplifier l'anxiété. Je pense qu'il est donc primordial de positiver, d'expliquer le déroulé du soin et d'engager un dialogue si possible. Le choix des mots est fondamental. En outre, Agnès, formée à l'hypnose thérapeutique, utilisable généralement à partir de trois ans indique que c'est une méthode intéressante. Selon elle, il est nécessaire que l'enfant discute et puisse imaginer. De même, elle explique que le fait de bercer l'enfant selon sa respiration constitue aussi une forme d'hypnose.

Conclusion

Ce travail de fin d'études prend fin. Il met un terme à trois années de formation infirmière, riches en apprentissage, en émotions mais marque également le début d'une nouvelle aventure. Je vais désormais laisser mon étiquette d'étudiante infirmière pour le statut d'infirmière diplômée d'Etat.

L'écriture de ce mémoire a nécessité de l'engagement et de l'investissement tout au long de l'année mais s'est avérée très enrichissante. Le choix d'orienter mon sujet de mémoire vers les soins en pédiatrie a été pour moi une évidence. A travers mes expériences vécues lors de ces trois années, j'ai constaté la difficulté à prendre en soin certains enfants. Nous ne pouvons pas réaliser de soins techniques sans prendre en compte l'enfant dans toute sa spécificité. Ce dernier nécessite une bienveillance particulière. Effectivement chaque enfant est unique et par conséquent, n'a pas les mêmes réactions lors d'un soin identique. Après de nombreuses réflexions, j'ai compris l'enjeu des représentations et des expériences antérieures au sein d'une relation de soin.

J'ai amélioré mes connaissances grâce à mes recherches théoriques et au partage des expériences des deux infirmières puéricultrices interrogées. J'ai pris conscience du rôle indéniable de l'infirmier auprès des enfants mais aussi de l'utilisation des thérapies non médicamenteuses dans leurs prises en charge.

Malgré les interrogations, l'angoisse, les doutes, les difficultés et parfois même de l'énerverment, la rédaction de ce travail de fin d'étude a été un réel plaisir. A ce jour, je me rends compte que la construction de ma posture professionnelle s'est faite tout au long de ces années de formation et notamment lors de la rédaction de ce mémoire qui m'a demandé des remises en question sur ma pratique. Il est vrai que notre métier nous amène à nous questionner en permanence car chaque prise en soin est différente et unique. Ainsi, ce mémoire n'a pas été seulement un travail d'initiation à la recherche mais également un travail de réflexion sur ma future pratique en tant qu'infirmière. Il m'a apporté également de nombreuses pistes lors de mes possibles prises en soin en pédiatrie.

En outre, en soulignant la puissance de l'hypnose thérapeutique sur la réalisation d'un soin sur un enfant anxieux, les puéricultrices interrogées ont fait émerger ma question de recherche qui est la suivante :

En quoi l'hypnose thérapeutique, permettant d'atténuer l'anxiété d'un enfant ayant des représentations négatives de l'image hospitalière peut-elle s'avérer bénéfique chez des enfants n'ayant eu aucun contact avec le monde hospitalier ?

- Minguet, B. & Galland, F. (2011). *Les inquiétudes de l'enfant avant un soin, un examen*. <https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/les-inquietudes-de-lenfant-avant-un-soin-un>
- Pédiatol.(s.d). *Phobie des soins : repères cliniques*. <https://pediadol.org/phobie-des-soins-reperes-cliniques/>
- Pédiatol.(2019).Implications et séquelles de la mémorisation d'évènements douloureux chez l'enfant.<https://pediadol.org/implications-et-sequelles-de-la-memorisation-devenements-douloureux-chez-lenfant/>
- Pédiatol. (s.d.).La douleur de l'enfant : *stratégies soignantes de prévention et de prise en charge*.<https://pediadol.org/la-douleur-de-lenfant-strategies-soignantes-de-prevention-et-de-prise-en-charge/>
- Psychologies.(s.d.) *Définition de l'anxiété*. <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Anxiete>
- Psychologies. (s.d). *Définition du mot émotion*. Consulté le 23 décembre, à l'adresse <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Emotion>
- Sparadrap. (s.d.). *Charte de l'enfant hospitalisé*. <https://www.sparadrap.org/enfants/dictionnaire/lhopital/charte-de-lenfant-hospitalise>
- Unicef. (1990). *Convention internationale des droits de l'enfant, article premier*. <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>
- Vallerand,N. (2018). *Le développement général du cerveau*. https://naitreetgrandir.com/fr/etape/1_3_ans/developpement/fiche.aspx?doc=developpement-general-cerveau

Revue :

- Régent, L. (2018). *Émotions des soignants en situation difficile*. Soins pédiatrie/puériculture, 304, 9-11

Film :

- Galland,F et al. [sparadrap]. (2019, septembre 2). *Soins douloureux en pédiatrie : avec ou sans les parents?* [vidéo]. <https://www.youtube.com/watch?v=JPLM-w8zn2M>

Image :

- *Les P'tits Doudous améliorent l'expérience des enfants hospitalisés*. (s. d.). [Photographie]. <https://www.idkids.fr/enfant/education-et-vivre-ensemble/decouvrir-les-autres/les-p-tits-doudous-ameliorent-l-experience-des-enfants-hospitalises/amp>

Annexe I : Questionnaires entretiens

1. Selon vous, quels sont les besoins spécifiques de l'enfant de 0 à 5 ans ?

2. Selon vous, quels sont les éléments favorisant la douleur et l'anxiété d'un enfant ?

->Identifier les soins douloureux (quels sont-ils ? Pouvez-vous me donner des exemples ? Sont-ils différents d'un enfant à un autre ?)

3. Quel est l'impact des soins douloureux pour l'enfant dans sa prise en charge et lors des hospitalisations ultérieures ?

->Quelles sont les conséquences pour l'enfant dans la suite de sa prise en charge ?

4. Quelles représentations ont les enfants des soins ou des examens dans le cadre hospitalier ?

->Que s'imaginent-ils lorsqu'ils subissent un soin tel qu'une prise de sang ? Ou un examen tel qu'une radiologie ?

->Avez-vous des exemples de représentations qu'ils se font lors d'un prélèvement veineux ?

->Quels messages peuvent-ils être véhiculés par l'entourage de l'enfant qui peut être source de méfiance/perte de confiance vers le monde hospitalier ?

5. Généralement, comment réagit un enfant face à un soin et/ou un examen douloureux ou anxiogène ?

->Comment se manifeste l'anxiété d'un enfant avant un soin ?

->Pensez-vous que l'anxiété influe sur la perception de la douleur ?

->Pouvez-vous me donner des exemples de réactions d'enfant ? Les réactions les plus connues par le soignant ?

6. Quelles sont selon vous, les qualités et les valeurs requises pour être infirmière en pédiatrie ?

7. De quelle manière gérez-vous vos émotions lors de situations de soins difficiles ?

-> Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de prendre en soin un enfant dont la situation de soin vous était trop insupportable ? Si oui, quelles ont été vos réactions/actions ?

-> Selon vous, est-ce que vous pensez qu'il est nécessaire d'éprouver des émotions lors de la prise en soin d'un enfant ou au contraire faut-il se « blinder » et laisser ses émotions de côté ?

8. Selon vous, quelle est la place accordée aux parents lors de la prise en soin de leur enfant ?

-> En quoi leur présence peut-elle être bénéfique ?

-> Comment les bienfaits de la présence des parents se manifestent chez l'enfant ?

9. Quelles sont les méthodes alternatives, non pharmacologiques, que vous utilisez pour atténuer la douleur et/ou l'anxiété des enfants ?

-> Y a-t-il des particularités chez les nouveau-nés ?

-> Quels sont leurs avantages ?

-> Quelles sont leurs limites ?

-> Quelles sont celles que vous utilisez le plus ? Et selon vous, quelles sont celles qui sont le plus efficaces ?

-> En première intention, utilisez-vous des méthodes pharmacologiques ou des méthodes non-pharmacologiques ? Pensez-vous que ces dernières peuvent s'avérer plus efficaces que des médicaments ?

-> Quel est le comportement de l'enfant lorsque vous utilisez la distraction ? Est-il réceptif ?

Avez-vous des remarques ou d'autres choses à ajouter ?

Annexe II : Entretien numéro 1 (Marie)

Selon vous, quels sont les besoins spécifiques de l'enfant de 0 à 5 ans ?

Alors, je pense que c'est surtout selon l'âge, selon la tranche d'âge, ils ont vraiment des besoins différents. De 0 à 3 ans, du moins la première année ce sont des bébés qui sont extrêmement dépendants du parent avec ce besoin que le parent assure les différentes choses pour lui donc les besoins alimentaires, les besoins de propreté, les soins d'éducatons et je les mets en derniers mais je pense que c'est le plus important les soins affectifs. Après j'ai envie de dire entre 2 et 5 ans, ça va être aussi les aider dans leurs acquisitions, les aider à grandir, les aider à se développer de façon harmonieuse, en assurant les différents suivis qui sont nécessaires, qui sont déjà prévus soit par le système de prévention donc tout ce qui est vaccination, soit par le système de suivi chez le médecin traitant ou encore le dentiste. Il s'agit de les aider à grandir pour qu'ils acquièrent un maximum de choses donc échanger avec l'enfant, faire des activités pour qu'au niveau psychomoteur ils puissent être éveillés en fait.

D'après vous, quels sont les éléments favorisant la douleur et l'anxiété d'un enfant de cet âge ?

Alors, les éléments favorisant la douleur...alors je pense que le contexte peut majorer l'anxiété, c'est à dire qu'un enfant qui ne va pas être mis en confiance, un enfant à qui on n'aura pas expliqué les choses ou encore une ambiance aussi stressante alors voilà j'imagine, je me mets dans l'image là quand je suis aux urgences avec un parent qui arrive déjà en retard, en panique avec pleins d'éléments qui vont faire que le stress va être majoré. Les enfants ce sont des éponges et l'enfant il va absorber tout ça et ça va forcément majorer un petit peu son inquiétude.

Par rapport aux soins douloureux, avez-vous des exemples ? Y en a t-ils plus douloureux que d'autres ? Sont-ils différents d'un enfant à un autre ?

Oui alors en soin douloureux, le plus fort je pense que c'est la ponction lombaire. Après pour avoir travaillé en réanimation, les gaz du sang artériels c'est un geste s'il n'y a pas d'anticipation au niveau antalgique qui est extrêmement douloureux. Il y a également le sondage urinaire, c'est vrai qu'aux urgences on est amenés à en faire pas mal et c'est vraiment un geste qu'il faut préparer et faire de façon accompagnée. La ponction veineuse je la mets plutôt dans les derniers parce qu'effectivement on travaille avec quand même plusieurs systèmes qui font que voilà la ponction veineuse

normalement doit être peu douloureuse ou en tout cas je ne vais pas dire qu'il n'y a rien car c'est quand même une intrusion dans le corps de l'enfant mais à partir du moment où c'est bien préparé ça ne doit pas être quelque chose de douloureux.

Selon vous, quel est l'impact d'un soin douloureux pour l'enfant dans sa prise en charge et lors de ses hospitalisations ultérieures ?

Alors je pense que c'est déjà dans le parcours le jour même, il doit y avoir un système de confiance qui doit s'instaurer et si déjà au départ l'enfant n'est pas mis en confiance et que le soin ne se passe pas bien il y a une mémoire de ça. L'enfant va déjà mettre en place des systèmes de défenses en se disant entre guillemets comme disent les enfants « on me l'a fait à l'envers, on ne m'a pas bien expliqué, on ne m'a pas dit que c'était comme ça » et les enfants ils ont besoins de ça alors je ne dis pas en effet à un moment le soin il est à faire mais d'expliquer, de développer pour qu'il puisse voir un petit peu le début et la fin. Les enfants sont beaucoup accrochés à ça, à un système d'image ou à un système de chronologie. Alors simplement de leur dire que ça va commencer comme ça et que ça va se terminer comme ça, même s'il y a des choses où on n'a pas forcément la main dessus mais leur expliquer un maximum reste quand même important. Et puis effectivement, sur les hospitalisations ultérieures ou en tout cas sur l'accès aux soins s'ils ont besoin de refaire une prise de sang en laboratoire, il y a l'association blouse blanche. Les parents nous le disent, lorsqu'ils voient des blouses blanches c'est une catastrophe et je pense à des tous petits. J'ai eu l'exemple le weekend dernier, des tout petits qui ont eu beaucoup beaucoup de soins c'est-à-dire des prématurés par exemple. J'ai en tête une petite fille prématurée de 26 semaines qui a eu énormément de prélèvements et on le voit, on le voit sur les mains où il y a des cicatrices. Ce sont des enfants, même pour faire autre chose, là en l'occurrence c'était pour prendre une saturation, ce sont des enfants qui ne veulent plus qu'on prenne leur main. Pour mettre un bracelet ou prendre la tension c'est insupportable pour eux, en fait tout est associé à ça. On se dit que oui le corps garde une mémoire de cette agression, et même tout petit.

Quelle représentation ont les enfants des soins ou des examens dans le cadre hospitalier ?

Je pense que la représentation doit vraiment être modelée de la façon dont ça leur a été présenté. Des enfants chez qui il y a pleins de petits livres qui existent sur la façon dont ça se passe quand je vais chez le docteur, quand je vais chez le dentiste, le matériel c'est à dire, je ne dis pas qu'il faut équiper tous les enfants avec des stéthoscopes ou des choses comme ça mais d'avoir vu un petit peu ce que l'on utilise et pourquoi on les utilise, ça démystifie en tout cas. Puis, l'inconnu fait toujours peur alors

si le soin n'a pas été expliqué, cela peut majorer cette anxiété. Je pense en fait qu'il y a 2 scénarios, alors soit l'effet surprise, l'enfant qui ne sait pas du tout, il fait confiance aux parents et puis il peut se faire surprendre et là ça va être compliqué de regagner sa confiance ou sinon c'est l'enfant qui arrive avec ses peurs, que l'on n'a pas rassuré et là il va falloir plus de temps encore car il y a déjà des barrières de mises et c'est davantage compliqué.

Généralement, comment réagit un enfant face à un soin ou un examen douloureux ou anxiogène ?

Alors tout dépend de la tranche d'âge. Cela peut être très différent parce que les moins d'un an, les nourrissons vont être beaucoup dans le regard du parent. C'est aussi à nous en tant que soignant de solliciter le parent pour que tout soit fait pour rassurer l'enfant. Déjà le temps de l'installation, moi je pense que c'est un temps vraiment hyper important, ce sont quelques minutes mais c'est un temps de gagner pour après, de mettre l'enfant confortable. Mais j'ai envie de dire que devrait être la ligne de conduite et même jusqu'aux adultes. Prendre le temps d'installer les gens et de les mettre en confiance. Puis chez les tous petits ça va être prendre les choses qui sont importantes pour eux, une tétine, un doudou, une odeur ou peut être une position aussi si cela est possible. Puis, il faut aussi bien réfléchir aussi, moi je suis vraiment pour les soins soit au sein de la maman, soit dans les bras des parents ; Mais, il faut vraiment calculer aussi le côté bénéfice/risque, c'est à dire par exemple poser un cathéter dans les bras d'un parent ce n'est pas la même chose, c'est quand même un soin assez technique où il y a une fixation particulière. J'ai quelques exemples en têtes où on s'est dit « allez on fait dans les bras ». Et, en fait le parent sait sans savoir forcément ce qu'il l'attend et au moment de la fixation lâche le bras. Et on sait que chez les petits le capital veineux il est assez compliqué. Alors, moi je me dis je préfère prendre du temps à bien installer l'enfant avec le parent à côté mais de dire alors le temps de ce soin-là, je préfère que l'enfant soit installé sur le brancard ou sur le petit lit. Avant et après on fait le câlin mais sur ce geste là j'avoue que je suis plus intransigeante car je sais que le bénéfice pour l'enfant il va être meilleur et pour le soignant la meilleure installation assure tout de même une réussite plus rapide.

Au niveau des enfants un peu plus âgés, entre trois et cinq ans, comment cela se manifeste ?

Alors, entre 3 et 5 ans, il peut y avoir ce côté à vouloir échapper, à vouloir sortir de la pièce, à ne pas vouloir s'installer. C'est aussi à nous, alors quand je parlais du rapport de confiance, c'est dès le départ. Quand on prend les constantes, lorsqu'on installe l'enfant on se présente et l'enfant voit nos badges avec nos photos puis nous on a souvent des crayons pour la distraction, et aussi en disant : « voilà moi

pendant ce temps-là je vais m'occuper de ton bras, je vais faire ce soin là et toi peut être avec papa et maman tu peux faire chanter ta chanson préférée, je t'invite à faire ce petit jeu-là... ». Puis, alors nous on a des dalles colorées au plafond ou encore des cartes plastifiées, de différentes tailles sur un thème et vraiment il faut les embarquer dans une histoire et ainsi associer le soin à l'histoire. Je pense notamment aux sutures, lorsque l'enfant a des plaies au front ou au menton par exemple, on associe un antalgique qui est le MEOPA et on demande à l'enfant en fait de partir sur une histoire. Donc on l'accompagne et on l'aide là-dedans. Alors soit il réfléchit un peu en salle d'attente après il y'a des enfants les pistes elles sont assez rapides. C'est à dire par exemple une petite fille habillée en reine des neiges ou alors un petit garçon qui va être habillé de la tête au pied en « carz », on sait que là on a une porte d'entrée et que l'on peut partir là-dessus. Il s'agit de dire : « Alors est-ce que tu es d'accord on fait l'histoire de la reine des neiges et tu vas me raconter comment est le château » et au fur et à mesure de notre soin, on va essayer d'associer l'histoire. C'est à dire quand par exemple l'interne de chirurgie va nettoyer la plaie, on peut dire « Dis donc, il fait vraiment froid près de la reine des neiges, là on est vraiment dans un milieu glacé alors ne sois pas étonné, parfois tu vas sentir des petits coups de frais sur ton menton, sur ton front, ça peut picoter parce que là il y a des pics de glaces qui peuvent piquer un petit peu ». Et, le fait d'associer l'enfant aux soins, il a des sensations qui ne paraissent pas extérieures en fait, qui vont rentrer dans son histoire. Et, on le respecte là-dedans en disant là il va y avoir un petit moment où ça va piquer : « est ce que tu fais comme la reine des neiges, est ce que tu es courageuse ? » et vraiment dans cette idée là ça marche plutôt bien. Puis, côté médecine effectivement quand il y a un soin ça va être un petit peu le même système, c'est à dire l'associer dans une histoire ou un jeu ou quelque chose qui va faire que ce moment-là on ne peut pas passer à côté mais en tout cas on fait en sorte que ce soit un moment qui soit le plus facile possible. En tout cas que l'enfant garde le souvenir que oui ça l'a pincé un peu, il a senti un petit pic mais en fait il était bien dans son histoire et finalement c'était bien. Il y a quand même certains enfants, à la fin du soin, qui nous disent « pourquoi tu t'es arrêté ? Ce n'était pas assez long » et là nous on se sent rassurés.

Pensez-vous que l'anxiété influe sur la perception de la douleur ?

Ah oui complètement. Alors, je pense que déjà que forcément face à cette question-là, on réagit en tant qu'adulte. Effectivement, lorsque nous sommes inquiets ou angoissés, on a des perceptions encore plus majorées. Nous ne sommes pas dans un état de détente, on va avoir le cœur accéléré ou encore les mains moites et je pense que du coup ça nous bloque dans notre système psychique de pouvoir respirer tranquillement. Alors ça je pense, je parlais des adultes mais c'est très valable chez les enfants. Il y en a beaucoup qui ont une appréhension de la prise de sang. Dès que l'on dit prise de

sang, alors là c'est directement compliqué. On revient sur le début, c'est-à-dire bien s'installer, mettre la personne en confiance, lui expliquer et déjà là on aura réussi à déjouer pas mal de choses. En fait, il y a effectivement pleins d'enfants qui ont des vieux souvenirs « on était à 3 à me tenir, on m'a serré très fort le bras » ...et pour le coup bien repartir à zéro en réexpliquant par des images ou encore montrer le geste avec les outils sur le parent ou le doudou, parce qu'à partir du moment où nous avons une anxiété ou une angoisse ça parasite la suite, ça parasite dans l'échange et le soin globalement.

Quelles sont selon vous les qualités et les valeurs requises pour être infirmière en pédiatrie ?

(...) Bonne question ! J'ai envie de dire, en pédiatrie mais comme partout pour être soignant, il faut ce côté bienveillant, attentif. Alors effectivement en pédiatrie, il ne faut pas avoir d'appréhension de travailler avec l'enfant, oui ça demande peut être des ajustements et une expertise un peu plus fine. En effet, de connaître le développement de l'enfant et c'est pour ça que notamment je pense qu'il est important que ce sont des puéricultrices qui travaillent dans des services de pédiatrie car il y a quand même une formation spécifique sur le développement de l'enfant, ses stades d'acquisitions et sur la douleur. Donc voilà il y a cette envie-là puis cette connaissance-là, puis après je pense que c'est un métier que l'on fait par passion. Avoir toujours cette envie d'accompagner l'enfant et de faire au mieux pour lui, dans le soin et d'être au plus près de ses besoins.

De quelle manière gérez-vous vos émotions lors de situations de soins difficiles ?

Alors c'est vrai que nous, on travaille en binôme dans le secteur des urgences. C'est un soin que l'on fait à deux. Ce sont des choses qui se préparent puis on se connaît en général assez bien en tant que professionnel. Dès la première approche, que ce soit lors de la prise des constantes ou l'arrivée de l'enfant, on a les premiers indices. On peut se dire « alors là je sens que c'est un enfant qui appréhende, qui est inquiet ». C'est à ce moment-là que nous allons mettre des stratégies ensemble qui font que dans le binôme ça fonctionne bien et qui permet à l'enfant de ne pas sentir de parasites supplémentaires. C'est un détail mais par exemple chez les petits, je demande à l'auxiliaire de puériculture de mettre son bras pour pas que l'enfant voit l'aiguille arriver. Ils ont un patch EMLA donc normalement ils ne sentent pas la douleur mais je pense que de voir l'aiguille peut faire perdre ses moyens et créer une panique supplémentaire. Alors c'est tout simple, il s'agit d'avoir un crayon qui attire l'attention de l'enfant ou de mettre le bras de sorte que l'enfant ne voit pas. C'est également l'installation. En effet, si l'enfant est de suite mal installé, il va finir par être fatigué et ça paraît tout bête mais c'est très important. Nous, dans le binôme, on fonctionne beaucoup dans le regard, par

exemple quand on fait du MEOPA on regarde l'heure du début et on tente de respecter les 5 minutes préconisées puis on regarde si l'enfant est bien absorbé dans l'histoire, s'il est vraiment parti ailleurs. Alors, plutôt que de le prendre en surprise, il s'agit de faire alors un signe à la collègue en disant « tu penses qu'il est prêt ? » et ça c'est beaucoup dans le regard. Il y a vraiment pleins d'autres petits moyens : mettre une compresse sous le garrot pour ne pas pincer l'enfant par exemple. Moi j'accorde vraiment une importance à ce binôme. En pédiatrie, on travaille rarement seul et ça a vraiment du sens car on est là ensemble pour le bien-être de l'enfant et à partir du moment où on est en lien, grâce aux regards et surtout en ce moment avec nos masques (rire) on peut difficilement faire autrement.

Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de prendre en soin un enfant dont la situation vous était trop insupportable émotionnellement et si oui, quelles ont été vos réactions, vos actions ?

Alors non, je n'ai pas de souvenir de soin particulier comme ça ou alors c'est vraiment très vieux. Mais, je peux répondre quand même à cette question. Pour pleins de raisons, la situation peut s'avérer compliquée et il faut savoir passer le relai. On est quand même en équipe, il y a plusieurs collègues donc il faut savoir passer le relai. C'est valable parce que la situation en tant que telle est compliquée ou c'est valable parce que l'on a piqué l'enfant une fois et on sent que ça ne va pas fonctionner alors là on passe le relai, ou pour une raison X ou Y ça nous interpelle. Effectivement, ça peut être quelqu'un qu'on connaît ou encore des situations qui vont nous placer trop dans l'émotionnel, parce que ça peut nous rappeler nos enfants. Là j'ai un exemple où j'ai eu une période très compliquée sur la fin de l'année avec beaucoup de décès au niveau personnel et il y a des moments où on peut être plus sensibles, et on est moins à l'écoute. Je sentais que je pouvais alors craquer plus facilement. C'est le moment de se dire « je vais dire à ma collègue d'y aller ». Il s'agit de savoir aussi s'écouter, de se dire que nous avons tous des limites. Alors forcément pas tous les jours et pas tout le temps mais c'est important de se dire « bon alors là moi je sens que je ne vais pas être efficace et adaptée à l'enfant alors je préfère que tu y ailles » et je pense que c'est important dans notre métier de soignant.

Selon vous, quelle est la place accordée aux parents lors de la prise en soin de leur enfant ?

La place des parents pour moi, elle est primordiale. Dès le départ, dès l'accueil, le parent a toute sa place. C'est le parent qui connaît l'enfant, mieux que nous forcément et du coup ça va être à nous de vraiment l'intégrer à chaque moment. Donc, lui proposer de s'asseoir à côté de l'enfant, prendre l'enfant dans les bras et moi je sais que sans parler de soins intrusifs, par exemple lors de la prise des constantes il y a une astuce imparable : on met l'enfant dans les bras du parent et c'est gagné d'avance.

Moi je le comprends, en tant que maman, parce que j'ai eu des enfants aussi et effectivement lorsque nous les prenons dans les bras, il y a un côté sécurité, de réassurance qui est énorme. Puis voilà c'est le parent et le parent a toute sa place. Et, d'intégrer le parent fait partie aussi de la charte de l'enfant hospitalisé. Puis, après le parent devient ensuite partenaire dans les soins. Le parent, il sait qu'il vient pour son enfant et que c'est pour le bénéfice de son enfant et que certains soins ne sont pas forcément toujours facile mais qu'il va en avoir besoin. Donc d'avoir le parent avec soi, de faire tout pour que le parent se sente bien reste important. Il sera vraiment un partenaire aidant tout au long de sa prise en soin.

Comment les bienfaits de la présence des parents vont se manifester chez l'enfant ?

C'est un enfant qui va être plutôt rassuré, qui va être beaucoup dans le regard du parent. En effet, voir un parent qui est apaisé, l'enfant va être alors apaisé lui aussi et posé. Mais, parfois c'est discordant. C'est à dire que le parent peut être apaisé et l'enfant non. Cela peut être parce qu'il est inconfortable ou encore parce qu'il a de la fièvre ou encore parce qu'il ne se sent pas en sécurité malgré tout ce que peut faire le parent. Parfois, les parents font tout ce qu'ils peuvent et malgré ça ils n'arrivent pas à obtenir l'apaisement de leur enfant. On a aussi ce rôle-là nous. J'allais dire c'est un peu un triangle finalement. Ce rôle d'intervenir et de leur donner des petits moyens « prenez le temps de vous asseoir », « Installer vous sur le brancard », « prenez le dans les bras ». En effet, ça va être aussi à nous de les inviter parce qu'il y a certains parents qui n'osent pas, qui...j'allais dire qui ne devine pas. C'est jugeant mais c'est dans le sens où ils n'osent pas donc ils ne vont pas faire. Alors de leur dire, nous, alors ça c'est possible, ça vous pouvez le faire. Puis, c'est vrai que lorsqu'on arrive aux urgences, il y a quand même entre guillemets plein d'interdictions avec notamment « Ne leur donner pas à manger ». Donc c'est important que le parent soit rassuré et informé au maximum parce que pour le coup, ça va nous aider nous aussi et il va pouvoir peut-être dire à l'enfant « écoutes, elle nous a dit que tu pouvais lire un livre si tu veux », « Tiens, on peut peut-être faire un dessin ». Il faut donner toutes les pistes pour que ce soit plus simple.

Quelles sont les méthodes alternatives, non pharmacologiques, que vous utilisez pour atténuer la douleur et/ou l'anxiété des enfants ?

Alors, la distraction et l'hypno distraction, c'est vraiment le quotidien. Après nous avons pleins de petits moyens, par exemple moi je mets facilement une compresse sous le garrot parce que moi je trouve que le garrot en caoutchouc pince. Moi, ça m'est arrivé aussi de mettre un glaçon avec une

compresse pour rafraîchir la zone. Mais encore, de saturer aussi les récepteurs en fait par exemple là je pense au dextro, c'est un petit peu comme une épilation. En fait plus on sature la zone et moins elle est sensible. Donc je frotte très fort en disant « Attention, attention et PAF » et là quand on pique, l'enfant ne sent pas. Puis c'est dans le jeu en fait, en disant « attention, attention, je frotte, le petit moustique arrive et claque ». Ce sont des petits moyens mais de piquer comme ça sans prévenir on voit bien que c'est complètement différent. Il y a tellement d'astuces que l'on peut mettre en place, il faut savoir être créatif et ne pas manquer d'imagination ! Puis, chez le tout petit : le sein de la maman, la tétine, la succion qui marche extrêmement bien avec notamment le sucre. Mais rien que la succion combinée à l'installation, c'est très efficace !

**En première intention, utilisez-vous des méthodes pharmacologiques ou non pharmacologiques ?
Pensez-vous que ces dernières peuvent s'avérer plus efficaces ?**

Alors, j'avoue que nous on utilise beaucoup les deux, c'est beaucoup en association. Et aussi, parce qu'on est en service d'urgence et dès l'accueil on essaye d'anticiper un maximum. C'est-à-dire que si les enfants sont amenés à attendre 1h, 2h, 3h ou encore 4h, notre antalgie aura déjà marché. Mais, ça arrive que pour un enfant qui ne va pas bien du tout, effectivement on n'a pas le temps de mettre les patchs EMLA parce qu'on saura que le bénéfice/risque n'est pas équilibré. C'est à ce moment-là qu'interviennent en particulier ces méthodes non pharmacologiques avec la compresse sous le garrot, le frottement avant de piquer et ça je l'utilise également pour des enfants lorsque pour des raisons x ou y il faut rapidement une voie veineuse. Je désinfecte en appuyant fort fort fort et là il va y avoir en effet saturation des récepteurs de la douleur. Alors que de piquer sans rien faire, sans rien mettre en place on voit bien que c'est différent, l'enfant est davantage sensible. Lorsque l'on n'a pas le choix en fait, il faut trouver autre chose et ne pas se dire « bon bah tant pis je vais faire comme ça, sans rien ». Alors, il y a certains parents qui disent « moi je n'attends pas une heure, vous faites comme ça » et de leur dire « vous savez, au jour d'aujourd'hui, on a des moyens » et moi je leur dis « écoutez, je travaille depuis plus de 20 ans et je n'ai jamais travaillé comme ça donc je ne peux pas ». Honnêtement, ce serait quelque chose et on en parlait toute à l'heure, que je ne pourrais pas faire, de piquer à vif dans l'intérêt est de gagner du temps. On est dans une société tout de même où il faut aller vite, se dépêcher et ne pas perdre de temps et nous avons quand même cette demande-là. Autant il y a des parents « mon dieu il ne faut pas toucher à mon enfant » mais il y en a aussi d'autres « on ne va pas y passer 3 heures » et c'est quelque chose, en tant que soignant ce n'est pas toujours facile. Car on sait que cet enfant-là, il peut être amené à avoir d'autres soins et à avoir d'autres contacts avec le système hospitalier ou le système médical et ce que l'on va faire aujourd'hui laisserait des traces. Donc il faut

quand même faire les choses bien. Même si effectivement on n'utilise pas de patch ou de moyens médicamenteux, il faut toujours essayer d'être dans la proposition envers l'enfant ou les parents pour que cet enfant ait le meilleur souvenir possible.

Annexe III : Entretien numéro 2 (Agnès)

Selon vous quels sont les besoins spécifiques de l'enfant de 0 à 5 ans ?

Ah, oui, c'est une question assez vaste ! Il y a tellement de besoins (...) Je dirais les besoins affectifs, les besoins nutritionnels, les besoins de stimulation au niveau psychomoteur, d'apprentissage, ses besoins de sommeil ou encore toute son hygiène de vie avec notamment la propreté. Ce sont des besoins qui seront nécessaires en fait au développement de l'enfant. J'en oublie sûrement mais pour moi je pense que ce sont les principaux qui vont permettre à l'enfant de se développer et de grandir dans de bonnes conditions. Tous ces besoins vont lui permettre de se développer harmonieusement et on le sait et on le voit que s'il y a une carence sur un de ces domaines, alors son développement peut être impacté.

Oui, c'est vrai ! D'accord.

D'après vous, quels sont les éléments favorisant la douleur et l'anxiété d'un enfant de cet âge ?

Alors, il y a 2 types de douleurs pour moi. Il y a la douleur classique et la douleur qui va être induite aussi par nos soins notamment.

Ah ! Oui d'accord

Après, en ce qui concerne la douleur d'un enfant, on sait qu'il y a des douleurs « typiques » on va dire, du jeune enfant qui vont être les coliques ou encore les poussées dentaires, des choses un peu inhérentes à la petite enfance sur lesquelles, malheureusement il n'y a pas beaucoup de choses qu'on peut faire. Après, il va y avoir des douleurs accidentelles aussi, sur une chute par exemple où il peut y avoir des plaies, des fractures. On les connaît quand ils commencent à marcher, ils tombent à longueur de temps et ils peuvent se faire mal.

Puis, il peut y avoir des douleurs sur des maladies aussi, c'est à -dire s'ils font une gastroentérite, ils vont avoir mal au ventre et s'ils font une angine, ils vont avoir mal à la gorge ou encore une otite, ils vont avoir mal aux oreilles. Après, je dirais qu'il y a aussi des douleurs plus psychologiques. Il peut y en avoir aussi sur des enfants. En effet, on ne sait pas toujours tout en ce qui concerne ce qui se passe dans un contexte familial. Lorsque les parents ne sont pas bien psychologiquement, les enfants peuvent le ressentir aussi et puis on va se retrouver aussi avec des plaintes qui sont un peu psychosomatiques. Des enfants qui vont se plaindre de maux de tête ou maux de ventre alors qu'il n'y a aucune cause physique. On peut alors aussi parler de l'anxiété. L'anxiété, des sauts d'anxiétés chez les enfants il peut y en avoir plein ; peut-être des peurs car tous les enfants ont des peurs que ce soit

la peur du noir, de l'eau, du sang ou encore s'il y a à l'école, des phobies des phobies scolaires. Il peut y avoir beaucoup de choses qui peuvent aussi induire de l'anxiété. Tout l'environnement pour un enfant peut être anxieux et on revient à ce qu'on disait toute à l'heure, c'est qu'à partir du moment où il y a un environnement familial stable autour ça minore cette anxiété et cette peur et logiquement, l'enfant est plus calme et moins anxieux.

Ok. Si vous deviez identifier les soins douloureux les plus fréquents pour vous, avez- vous des exemples à me donner et sont-ils différents d'un enfant à un autre ?

Les soins douloureux, il y a en a pas mal. Même si je pense qu'on va l'aborder après c'est qu'on a à l'heure d'aujourd'hui plein de choses que nous pouvons mettre en place pour diminuer cette douleur-là. Mais en ce qui concerne les soins qui sont potentiellement douloureux, je pense à toutes les prises de sang, déjà prise de sang post perfusion, les sutures, les ponctions lombaires, certaines poses de plaques notamment lorsqu'il y a des réductions orthopédiques mais encore des pansements. Les pansements sur des brûlures peuvent s'avérer être douloureux ou encore les sondages urinaires qui sont pour moi davantage désagréables que douloureux. Je pense qu'on a fait le tour des principaux soins qui sont potentiellement plus douloureux que d'autres...

Ok. Alors, selon vous, quel est l'impact d'un soin douloureux pour l'enfant dans sa prise en charge et lors des hospitalisations ultérieures ?

Alors on le sait, si le soin se passe mal l'enfant le garde en mémoire et cela, peu importe l'âge et forcément il y aura une anxiété plus importante si le soin devait se reproduire. Et, honnêtement, moi en tout cas, j'y fais particulièrement attention et je pense que je ne suis pas la seule à faire en sorte que tout se passe bien justement pour un futur derrière. Alors, sans vouloir me porter des fleurs mais régulièrement j'ai vu des enfants qui ont eu des bilans sanguins en ville, dans des laboratoires où ça s'est mal passé. Pour le coup, lorsque nous les recevons, il y a une énorme anxiété. Et, nous, avec toutes les précautions qu'on prend, souvent ça se passe relativement mieux et après ils disent « ah bah oui finalement ça va ». Mais on sait que ça peut les marquer et que du coup ce sont des souvenirs qu'ils vont garder en mémoire et qui peuvent compromettre les soins d'après, bien sûre.

D'accord. Quelles représentations ont les enfants des soins ou des examens dans le cadre hospitalier ?

Alors, tout dépend déjà de l'âge. Quand ils sont trop petits, ils n'en ont aucune. Quand ils sont plus grands, entre 3 et 5 ans, je pense que c'est davantage le discours de leur parent qui va induire ce que les enfants pensent. Quand les parents disent : « tu vas avoir une piqûre, ça fait mal », quand on entend encore parfois dire « si tu n'es pas gentil avec l'infirmière, elle va te faire une piqûre ». Puis, je pense que le ressenti des parents chez les jeunes enfants va vraiment influencer leur comportement et leur ressenti ainsi que l'appréhension qu'ils peuvent en avoir, sauf chez les enfants avec des pathologies chroniques qui connaissent ça depuis leur premier jour de vie. En général, ces enfants-là ils sont hyper cools parce qu'ils en ont tellement subi mais pour moi le ressenti ça va plutôt venir de leur parent.

D'accord. Ok. D'accord. Alors, généralement, comment réagit un enfant face à un soin et /ou à un examen douloureux ou anxiogène ?

En première intention je pense aux pleurs. Je pense que c'est le premier mécanisme de défense d'un enfant, et ce, peu importe l'âge. S'il est en âge de parler, il y a des enfants qui vont refuser aussi le soin, qui peuvent nous dire non, qui vont s'énerver parce qu'ils ne veulent pas, qui vont l'exprimer avec parfois une agitation physique aussi pour s'éloigner, refuser mais tout dépend de l'âge. Un tout petit ne va pas forcément voir ce qui va arriver et ne va pas avoir de réactions avant le soin. La réaction elle va se faire au moment de la douleur et s'ils sont plus grands et en âge de comprendre ils peuvent avoir des réactions avant le soin. Souvent, c'est de l'anxiété et finalement au moment du soin en lui-même il ne se passe rien parce qu'étant donné que nous aurons mis en place plein de moyens pour que le soin ou l'examen se passe bien, ils vont nous dire étonnés « Oh bah non je n'ai rien ressenti ». L'âge est à prendre en compte.

Pensez-vous que l'anxiété influe sur la perception de la douleur ?

Ah ! Oui ça c'est sûr et certain. Alors, sur la perception en soi oui et j'irai même plus loin en disant que l'anxiété peut même majorer la douleur, c'est à dire qu'un enfant qui est hyper anxieux va être hypertendu et hyper contracté et nous on sait que lors d'une ponction veineuse, quand tous les muscles sont hyper contractés, la douleur est davantage présente. Mais je pense que voilà lorsque le soin se passe bien finalement ils en reviennent et ils n'ont pas eu si mal que ce qu'ils pensaient dans

un premier temps. Mais, bien sûre oui l'anxiété va majorer leur ressenti, souvent avant le soin et on peut pondérer après la façon dont le soin s'est passé.

D'accord, ok. Quelles sont selon vous les qualités et les valeurs requises pour être infirmière en pédiatrie ?

Alors, déjà, ça ne s'invente pas, on ne travaille pas en pédiatrie par hasard. On ne fait pas de soins aux enfants par hasard. Il y a des gens qui sont capables de le faire, il y a des gens qui ne sont pas capables de le faire. Et, on n'est pas là pour induire de la douleur même si malheureusement, ça arrive. Il y a des gens qui supportent ça et il y a des gens qui ne supportent pas. Et, l'autre spécificité pour moi qu'il y a vraiment en pédiatrie, c'est que nous ne travaillons pas qu'avec notre passion, on travaille vraiment avec les parents aussi. On est vraiment un trio et il y a des gens qui ont plus de mal à travailler avec des familles que d'autres.

Chez les adultes, les familles ne sont pas présentes pendant les soins. La première chose qu'on fait dans un service d'adultes lorsqu'il y a un soin est de faire sortir les gens. En pédiatrie on travaille toujours en présence des parents sauf certains soins exceptionnels mais dans la grosse majorité des cas on fait tout en présence des parents. Donc il faut être aussi apte et être capable de travailler sous le regard d'autrui. Il y a des gens pour qui ce n'est pas toujours évident.

Après effectivement il faut une empathie différente. On ne traite pas un enfant comme on traite un adulte. Il faut être capable de se mettre à sa hauteur, mais comme nous sommes, je pense dans notre quotidien avec n'importe quel enfant. Il y a des gens plus attirés par des enfants que d'autres. Il y a des gens qui vont aller vers des enfants et d'autres non. Je pense que ça se ressent aussi dans notre travail et si l'on veut travailler en pédiatrie ou pas. Mais, voilà, il faut être aussi capable d'accepter les pleurs d'un enfant. Il y a des personnes qui ne les supportent pas et puis vraiment ce travail en trio avec les parents, travailler sous l'œil des parents et il y a des gens pour qui c'est compliqué.

Parce qu'en effet ça peut rajouter un stress aux soignants et particulièrement lorsque l'on est débutant. Après, il y a aussi des parents qui sont plus stressants que d'autres. Il y en a qui sont très anxieux, très angoissés et qui peuvent te transmettre cette angoisse. Donc il faut être capable aussi de faire la part des choses. Après, voilà après je pense que l'empathie est une qualité pour toutes les infirmières. Et, je pense qu'on peut pousser aussi jusqu'aux soins techniques, c'est à dire que les soins aux enfants nécessitent une certaine technicité aussi surtout nous aux urgences car pour piquer une petite veine ce n'est pas la même chose que piquer une veine d'adultes. Mais, on n'est pas là par hasard, ça c'est sûr, il y a du choix derrière.

Alors, de quelle manière gérez-vous vos émotions lors de situations de soins difficiles ?

Après, pour moi, il faut savoir faire la part des choses. On a un côté professionnel et il faut garder une certaine distance. Je ne dis pas que les choses ne me touchent pas, que les pleurs d'un enfant ne vont pas me toucher mais déjà ce n'est pas le mien. Donc, on accepte les choses différemment que si ce sont nos enfants ou si ce ne sont pas les nôtres. Il n'y a pas de composante affective en fait. Je ne dis pas que je n'aime pas les enfants mais je n'ai pas de sentiments pour ces enfants-là. Ce ne sont pas les miens et du coup on accepte les choses différemment par rapport à ça et puis sur le coup, on reste professionnel et on encaisse la situation. Puis après il y a des moments où on ressent le besoin d'en parler parce que sur l'instant, ça n'a pas été facile. Mais je pense qu'il faut rester professionnel au moment de la situation, au moment du soin douloureux. En tentant d'apaiser l'enfant au maximum pour qu'il se sente mieux et s'il se sent mieux, on ira mieux nous également. Mais, oui il faut tout de même garder une certaine distance. Il faut se protéger. Je pense qu'au jour d'aujourd'hui, on essaye vraiment de limiter la douleur pendant les soins chez les enfants. Il y a vraiment un panel de précautions qu'on peut prendre, médicamenteuses ou non. Et, ça peut aussi être ça, si le soin est douloureux, nous on peut aussi aller trouver une autre solution pour apaiser la douleur, pour apaiser l'anxiété. Pourquoi ne pas différer le soin si ce n'est pas le bon moment et s'il n'y a pas d'urgence de le réaliser dans la minute. Sinon, face aux pleurs et face au refus, il faut garder une certaine distance.

Ok. Alors, selon vous, pensez-vous qu'il est nécessaire d'éprouver des émotions ou alors au contraire faut-il se blinder et laisser nos émotions de côté ?

Pour moi, il faut trouver un juste milieu entre les deux. Je ne pense pas que c'est possible de laisser les émotions de côté. Le jour où on est complètement blindé, je pense qu'il faut se poser des questions. Il faut quand même que les choses nous interpellent. Justement, si l'on voit qu'il y a un problème, ça revient à ce que je disais avant, ça nous touche et pour le coup on va essayer de trouver d'autres solutions pour améliorer la situation. Mais on ne peut pas tout prendre et tout ressentir non plus parce qu'à un moment où ça va devenir trop lourd, trop insupportable pour nous et à un moment nous on ne va plus tenir. Je pense qu'il faut trouver un juste milieu entre les deux et ne pas être soit tout l'un ou soit tout l'autre.

D'accord. D'après vous, quelle est la place accordée aux parents lors de la prise en soin de leur enfant ?

Alors, pour moi, ça va être personnel dépendant dans le sens où il y a des personnes où ça peut être facile d'inclure les parents tandis que pour d'autres, ça peut s'avérer plus compliqué. Déjà au niveau personnel soignant puis ça dépend également des parents. Parce qu'en effet, il y a des parents qui refusent d'assister aux soins. Il y a des parents phobiques des piqûres, qui ne peuvent pas assister ou encore qui ne supportent pas de voir leur enfant pleurer. Si les parents refusent d'assister aux soins on ne peut pas les inclure. Je pense qu'il faut s'adapter à chaque situation. Mais le rôle d'un parent est important bien sûr. Lorsqu'il accepte d'être présent pendant le soin, nous on va lui proposer de chanter la chanson qu'il lui chante d'habitude à la maison par exemple ou encore de discuter avec lui, en fonction de l'âge. Si c'est un tout petit, on peut faire les prises de sang au sein. Si nous avons une maman qui allaite, là en effet nous avons vraiment besoin du parent. Mais voilà, il y a le personnel qui a l'habitude et il y en a qui l'ont moins mais il y a également des parents qui veulent bien et d'autres qui ne veulent pas.

Et, il faut aussi que le parent garde sa place de parent. C'est quelque chose auquel je fais attention. C'est -à -dire qu'il y a des parents qui veulent trop faire, qui veulent bien faire mais trop faire. Par exemple, pour moi, le parent il n'est pas là pour complètement maintenir son enfant. Il faut qu'il garde sa place de parent. Effectivement, nous allons avoir besoins de son aide, par exemple si l'on fait un soin sous MEOPA (entonox). Au bout d'un moment on peut solliciter le parent en lui demandant de tenir le masque. Mais si c'est un enfant qui continue complètement à s'agiter, je ne donnerais pas ce rôle-là au parent, parce qu'il faut tenir le masque tout en maintenant la tête de l'enfant. Je trouve que c'est violent pour le parent. Pour ces raisons, il faut qu'il garde sa place de parent. Mais si l'enfant est calme, et que le parent veut bien et que pendant ce temps-là il discute ou il chante, bien sûr qu'il a sa place pendant le soin. Mais, tout dépend de ce que le parent veut faire aussi et du personnel car chaque soignant ne fait pas de la même manière de toute façon.

Ok. Alors, quelles sont les méthodes alternatives, non pharmacologiques que vous utilisez pour atténuer la douleur et ou l'anxiété des enfants ?

Alors, il va y avoir un terme un peu générique que je vais utiliser qui est l'hypno-distraktion qui est quelque chose que nous utilisons beaucoup ici. Puis, ça va être tout ce qui va nous permettre de détourner l'attention de l'enfant, que ce soit une chanson ou encore, nous, on a pleins de gadgets sur nos blouses ou encore des crayons divertissants que l'on a toutes dans nos poches. Il y a aussi les jeux

que l'on a au plafond maintenant dans les salles d'examen ou encore des cartes que l'on a dans nos poches avec des petites choses à chercher. Puis, ça peut aussi être seulement la discussion, en fonction de l'âge. Aux alentours de cinq ans, parfois la discussion peut suffire. Moi, j'en ai une autre car je suis formée à l'hypnose thérapeutique donc du coup moi je peux y avoir recours en plus de toutes ces méthodes. C'est-à-dire de la vraie hypnose ericksonienne analgésique qui fonctionne aussi relativement bien, en fonction de l'âge. Puis, on le disait toute à l'heure mais la succion, la succion d'un bébé au sein, ou encore grâce au sucre, je ne sais pas si tu le considères dans le médicamenteux ou non, mais soit au sucre ou au sein pour les nourrissons de moins de trois mois, c'est vraiment très efficace.

D'accord. Concernant l'hypnose, à partir de quel âge les enfants sont-ils concernés ?

Alors, il faut que l'enfant ait un minimum d'imaginaire. Les personnes qui m'ont formées disent qu'on peut pratiquer l'hypnose peu importe l'âge. Le médecin nous disait que la façon dont on berce un bébé, en se basant au fur et à mesure sur sa respiration sans s'en rendre compte est une forme d'hypnose. Mais, à partir de 5 ans et également en fonction de la maturité de l'enfant, c'est utilisable chez tous les enfants et un peu avant 5 ans si ce sont des enfants qui discutent bien et qui ont un peu d'imaginaire. On a certaines techniques que l'on peut utiliser chez des enfants âgés de 3 ou 4 ans s'ils discutent bien et s'ils ont un développement psychomoteur suffisant.

En première intention, utilisez-vous des méthodes pharmacologiques ou des méthodes non pharmacologiques et pensez-vous que ces dernières peuvent s'avérer plus efficaces ?

Alors je pense, et particulièrement ici, qu'on utilise les deux. Tu l'as bien vu à l'IAO, dès que l'on pense qu'il va y avoir un bilan sanguin, la première chose que l'on fait c'est mettre le patch EMLA à ces enfants. Si l'on n'a pas les patchs EMLA, on va utiliser l'entonox (meopa). Mais lorsque l'on met l'entonox, on va chanter alors pour moi, l'un ne va pas dans l'autre. Je ne pense pas que l'on peut se permettre de faire l'un sans l'autre. On a tous ces outils à notre disposition, il faut les utiliser pour le bien-être de l'enfant. Mais, si vraiment on n'a pas le temps, on est dans l'urgence immédiate ou encore si nous avons une contre-indication à les utiliser, nous n'allons pas utiliser les méthodes thérapeutiques. Dans ce cas-là, on va avoir recours directement aux méthodes non médicamenteuses, mais le but c'est quand même d'utiliser les deux simultanément pour que le soin se passe de la meilleure façon possible et que l'enfant n'en garde pas un mauvais souvenir pour les fois d'après, les soins futurs. On essaie du moins et je pense que la douleur de l'enfant, au jour d'aujourd'hui, est bien prise en compte. En tout cas, nous ici, on essaie de bien la prendre en compte et notamment la douleur induite mais même pour toutes les autres douleurs car dès l'accueil, nous allons donner des

antalgiques si l'enfant n'en a pas eu avant de venir et qu'il est douloureux. On essaie de vraiment être vigilants à la douleur et je pense qu'il faut utiliser tout le panel de ce que nous avons à disposition, autour de nous, pour le bien-être des enfants.

Annexe IV : Tableau d'analyse des entretiens

Synthèse des entretiens	IDE 1 : Marie	IDE 2 : Agnès
Besoins spécifiques des enfants de 0 à 5 ans	<p>Différents selon l'âge de l'enfant</p> <p>De 0 à 3 ans et particulièrement la première année : bébé dépendants du parent qui doit assurer ses besoins primaires : alimentaires, de propreté, les soins d'éducatons et surtout le besoin affectif</p> <p>Entre 2 et 5 ans : le besoins qu'ils soient aidé dans leurs acquisitions, à grandir et à se développer</p> <p>En général, ils ont besoins qu'on les aide à grandir par l'échange et par les activités pour qu'ils puissent être éveillés au niveau psychomoteur</p>	<p>Il y a tellement de besoins pour l'enfant.</p> <p>Les plus importants et ceux qui sont nécessaires à un développement harmonieux de l'enfant sont les besoins affectifs, les besoins nutritionnels, les besoins de stimulation au niveau psychomoteur, les besoins d'apprentissage, les besoins de sommeil et les besoins de propreté au niveau de son hygiène de vie</p>
Éléments favorisant la douleur et l'anxiété d'un enfant de cet âge / identification des soins douloureux	<p>Le contexte peut majorer l'anxiété, c'est à dire qu'un enfant qui n'est pas mis en confiance et un enfant à qui on n'aura pas expliqué les choses et le déroulé du soin ainsi qu'une ambiance stressante avec des parents en panique peut favoriser la peur et l'anxiété de l'enfant</p> <p>Les enfants, ce sont des éponges et ils absorbent l'anxiété qu'ils peuvent voir chez leurs parents</p> <p>Il y a des soins qui peuvent être plus douloureux que d'autres notamment la ponction lombaire, les gazs du sang, le sondage urinaire ou encore la ponction veineuse. Cette dernière doit normalement ne pas l'être ou en tout cas peu douloureuse du fait d'une bonne préparation et des moyens mis en place en amont.</p>	<p>Il y a deux types de douleurs : les douleurs classiques et les douleurs induites</p> <p>Pour ce qui sont des douleurs «classiques» et inhérentes du jeune enfant comme les coliques ou encore les poussées dentaires, il n'y aura pas beaucoup de choses à faire ainsi que pour les douleurs accidentelles comme les chutes qui sont fréquentes lorsqu'ils commencent à marcher.</p> <p>Il y a également les douleurs sur maladies telles que les gastro entérites ou les angines puis on peut constater qu'il peut y avoir des douleurs plus psychologiques avec un mal être avec des plaintes psychosomatique</p> <p>L'anxiété d'un enfant est fréquente. L'enfant peut avoir beaucoup de peurs : peur du noir, de l'eau, du sang et encore des phobies scolaires et l'environnement d'un enfant peut être anxieux et majoré cette peur</p> <p>Lorsque l'environnement familial d'un enfant est stable, cela minore</p>

		<p>son anxiété et l'enfant est généralement plus calme.</p> <p>Il peut y avoir des soins potentiellement plus douloureux que d'autres telles que les prises de sang, les sutures, les pansements de brûlures ou encore la ponction lombaire mais à l'heure d'aujourd'hui il existe pleins de moyens pour anticiper et diminuer cette douleur</p>
<p>Impact d'un soin douloureux pour l'enfant dans sa prise en charge et pour les hospitalisations ultérieures</p>	<p>C'est déjà dans le parcours le jour même. Une relation de confiance doit s'instaurer dès le départ car si ce n'est pas le cas, l'enfant le garde en mémoire et mettra en place des systèmes de défenses en se disant «on me l'a fait à l'envers, on ne m'a pas expliqué que c'était comme ça»</p> <p>Alors à un moment le soin il est à faire et en tant que soignant il y a des choses où l'on n'a pas la main dessus mais il est nécessaire de l'expliquer, de le développer grâce à un système d'image ou un à un système de chronologie en leur expliquant que le soin va commencer comme ça et se terminer comme ça pour ne pas les surprendre.</p> <p>On peut également avoir recours aux parents ou au doudou en montrant le geste avec les outils sur eux</p> <p>Pour ce qui est des hospitalisations ultérieures et sur l'accès aux soins, s'ils ont besoin de refaire une prise de sang en laboratoire par exemple, il y a l'association blouse blanche et c'est de suite une catastrophe.</p> <p>Même tout petit, des prématurés par exemple et là j'ai en tête une petite fille prématurée de 26 semaines, on voit l'impact par les cicatrices sur la main mais</p>	<p>On sait que si le soin se passe mal, l'enfant le garde en souvenir et cela quel que soit son âge. L'anxiété sera davantage majorée si le soin devait se reproduire. Il est important de le prendre en compte et de faire attention à cela pour un futur soin derrière.</p> <p>J'ai eu des enfants où les prises de sang dans les laboratoires de villes se sont mal passées et lorsqu'ils arrivent ici, il y a une énorme anxiété tandis que nous, nous tentons de mettre en place des précautions pour que le soin se passe mieux.</p> <p>On sait que les enfants peuvent être marqués par des soins douloureux, qu'ils vont garder en mémoire et qui vont compromettre les soins d'après.</p>

	<p>également par la difficulté de leur réaliser des soins par la suite. Ce sont des enfants qui ne veulent plus qu'on leur prenne la main, que ce soit pour mettre le bracelet, prendre la saturation ou la tension, c'est insupportable pour eux, tout est associé à la douleur.</p> <p>Alors, on se dit que le corps garde une mémoire de cette agression et même en bas âge.</p>	
<p>représentations des soins/examens pour les enfants</p>	<p>La représentation des enfants provient de la façon dont ça leur a été présenté. Effectivement, des enfants chez qui il existe des livres sur la manière dont ça se passe chez le docteur, chez le dentiste avec le matériel utilisé, d'avoir vu le matériel et savoir pourquoi il est utilisé, ça démystifie leurs représentations.</p> <p>D'autre part, l'inconnu fait toujours peur alors si le soin n'a pas été expliqué, cela peut majorer cette anxiété.</p> <p>Il y a selon moi deux types de scénarios : soit l'effet surprise, il ne sait pas du tout et dans ce cas-là il peut se faire surprendre et le soin peut être compliqué ou on a l'enfant qui arrive déjà avec ses peurs, l'enfant qui n'a pas été rassuré et étant donné que des barrières ont déjà été mises en places, c'est davantage plus compliqué de réaliser le soin.</p>	<p>Tout dépend de leurs âges. Lorsqu'ils sont trop petits, ils n'ont pas de représentations mais lorsqu'ils sont plus grands, entre 3 et 5 ans, c'est davantage le discours et le ressenti de leurs parents qui vont induire ce que vont penser les enfants et qui va agir également sur leurs comportements et l'appréhension qu'ils vont avoir des soins.</p> <p>Les discours des parents tels que «tu vas avoir une piqûre, ça fait mal» ou encore «si tu n'es pas gentil avec l'infirmière, elle va te faire une piqûre» vont construire des représentations de l'image hospitalière.</p> <p>C'est différent pour les enfants ayant des pathologies chroniques car ils connaissent cela depuis leur premier jour de vie et en général ces enfants sont hyper cools car ils en ont tellement subis.</p>
<p>Réactions des enfants face à un soin/examen douloureux ou anxiogène</p>	<p>Tout dépend de l'âge.</p> <p>Pour les enfants de moins de 1 an, ces nourrissons vont beaucoup chercher le regard du parent et c'est à nous en tant que soignant de solliciter les parents pour rassurer l'enfant et cela dès l'installation qui est un temps très important pour la suite de sa prise en soin. Si l'enfant est confortable</p>	<p>Généralement et quel que soit l'âge, le premier mécanisme de défense mis en place par l'enfant est les pleurs.</p> <p>Cela dépend de l'âge.</p> <p>Lorsqu'ils sont tout petits, ils ne vont pas forcément voir ce qui va arriver et n'auront pas de réactions avant le soin mais plutôt</p>

	<p>et rassuré, le soin se passera mieux.</p> <p>pour les enfants entre 3 et 5 ans, ils peuvent avoir envie d'échapper au soin. Ils ont tendance à vouloir sortir de la pièce et à ne pas vouloir s'installer</p> <p>D'autre part, certains enfants peuvent être anxieux à cause de vieux souvenirs : «ils étaient 3 à me tenir, on m'a serré très fort le bras»</p>	<p>au moment du soin, au moment de la douleur.</p> <p>Lorsqu'ils sont plus grands, en âge de parler et de comprendre, ils peuvent avoir des réactions avant le soin, généralement de l'anxiété qui peut se manifester par des enfants qui vont refuser, qui peuvent dire «non» ou encore s'énerver parce qu'ils ne veulent pas et qui peuvent l'exprimer par une agitation physique pour tenter de s'éloigner. Cette anxiété se passe généralement avant le soin et au moment du soin en lui-même, il ne se passe rien car pleins de moyens auront été mis en place pour que le soin ou l'examen se passe bien et seront ensuite étonnés «oh bah je n'ai rien senti»</p>
<p>Influence de l'anxiété sur la perception de la douleur</p>	<p>L'anxiété influe complètement sur la perception de la douleur.</p> <p>Effectivement, lorsque les enfants sont inquiets ou angoissés, leurs perceptions de la douleur sont majorées. Ils ne sont pas détendus et cela peut se voir par le cœur accéléré, les mains moites ou encore par une respiration accélérée.</p> <p>L'anxiété avant un soin parasite l'échange et le soin globalement.</p>	<p>L'anxiété influe de façon certaine sur la douleur et peut même majorer la douleur</p> <p>Un enfant qui est hyper anxieux va être hypertendu et hyper contracté. Si l'on prend l'exemple de la ponction veineuse, si l'enfant est anxieux, ses muscles vont être hyper contractés et ce sera plus douloureux.</p> <p>L'anxiété peut majorer le ressenti de leur douleur, souvent avant le soin et après on peut pondérer la façon dont le soin s'est déroulé.</p>
<p>Qualités et valeurs de l'IDE en pédiatrie</p>	<p>En pédiatrie et comme partout, en tant que soignant, il faut ce côté bienveillant et attentif.</p> <p>En outre, en pédiatrie, il ne faut pas avoir d'appréhension à travailler avec l'enfant et cela demande peut-être une expertise un peu plus fine et des certains ajustements.</p> <p>D'autre part, il faut une certaine connaissance notamment sur le</p>	<p>On ne travaille pas en pédiatrie par hasard. On ne fait pas de soins aux enfants par hasard. Il y a des gens qui sont capables de le faire et d'autres non.</p> <p>Il faut être capable d'induire de la douleur malgré notre volonté aux enfants ou encore d'accepter les pleurs d'un enfant.</p> <p>Puis, on ne travaille pas qu'avec notre passion, on travaille en trio,</p>

	<p>développement de l'enfant, ses stades d'acquisition ou encore sur la douleur et c'est pour cela, selon moi, qu'il est important que ce soit des puéricultrices qui travaillent dans des services de pédiatrie.</p> <p>Puis, c'est un métier que l'on fait par passion avec cette envie d'accompagner l'enfant et de faire au mieux pour lui et répondre à ses besoins.</p>	<p>avec les parents. Contrairement au service d'adulte où on fait généralement sortir les familles pendant les soins, en pédiatrie on travaille toujours en présence des parents sauf certains cas exceptionnels.</p> <p>Donc, il faut être apte à travailler sous le regard d'autrui et la pression et l'anxiété des parents peuvent parfois être perturbante.</p> <p>Il faut aussi une empathie différente car on ne traite pas un enfant comme on traite un adulte. Il faut se mettre à sa hauteur.</p>
<p>Gestion des émotions lors de situations de soins difficiles</p>	<p>Pour une multitude de raisons, des situations peuvent s'avérer compliquées et alors il faut savoir passer le relai. On travaille en équipe et nous avons plusieurs collègues qui nous permettent de pouvoir passer le relais.</p> <p>Cela est valable lorsqu'on a piqué l'enfant une fois et on sent que l'on ne va pas y arriver alors pour éviter des répercussions pour l'enfant, on passe le relai. Mais encore, cela peut être parce que des situations nous placent trop dans l'émotionnel parce que ça nous rappelle nos enfants, ou parce qu'on connaît l'enfant.</p> <p>Il faut savoir s'écouter car nous avons tous nos limites.</p> <p>Il y a des périodes où on peut être plus sensibles et moins à l'écoute et il faut savoir se dire «je sens que je ne vais pas être efficace et adaptée à l'enfant alors je préfère passer le relai».</p> <p>En outre, on travaille toujours en binôme en pédiatrie et en général on se connaît assez bien en tant que professionnel et grâce aux</p>	<p>Il faut savoir faire la part des choses.</p> <p>On doit savoir garder une distance.</p> <p>En effet, étant donné que ce ne sont pas nos enfants, il n'y a pas la composante affective et cela ne nous touche pas de la même manière.</p> <p>Il faut encaisser la situation et rester professionnel au moment de la situation et du soin douloureux et puis après on peut ressentir le besoin d'en parler.</p> <p>Il faut tenter d'apaiser au maximum l'enfant pour qu'il se sente mieux, ce qui limitera l'apparition de nos émotions à nous.</p> <p>Aujourd'hui il existe un panel de précautions, médicamenteuses ou non pour apaiser la douleur et l'anxiété, il faut alors les utiliser pour ainsi améliorer la situation.</p> <p>Il faut savoir se protéger mais je ne pense pas qu'il soit possible de laisser les émotions de côté. C'est essentiel dans le sens où il faut</p>

	<p>regards et aux échanges, on est vraiment en lien, ce qui permet de travailler dans les meilleures conditions pour le bien-être de l'enfant.</p>	<p>que les choses nous interpellent, si l'on voit qu'il y a un problème, cela nous touche et pour le coup on essaie de trouver des solutions pour améliorer la situation.</p> <p>En outre, on ne peut pas tout prendre et tout ressentir dans le sens où cela va devenir trop insupportable pour nous.</p> <p>Il faut trouver un juste milieu, ne pas être blindé mais ne pas trop ressentir d'émotions non plus.</p>
<p>Place accordée aux parents dans la prise en charge de leurs enfants</p>	<p>La place du parent est primordiale.</p> <p>Dès l'accueil, le parent a toute sa place.</p> <p>C'est le parent qui connaît le mieux l'enfant et c'est à nous en tant que soignant de l'intégrer à chaque moment de la prise en charge de l'enfant en lui proposant de s'asseoir avec lui, de le prendre dans les bras.</p> <p>En effet, les enfants se sentent en sécurité et rassurés lorsqu'ils sont avec eux. Par exemple, rien que pour la prise des constantes, on met l'enfant dans les bras du parent et c'est gagné d'avance.</p> <p>De plus, la charte de l'enfant hospitalisé encourage la présence du parent.</p> <p>Les parents sont des vrais partenaires de soins tout au long du parcours de soins.</p> <p>De plus, l'enfant est beaucoup dans le regard du parent et voir un parent apaisé va permettre qu'il soit lui aussi apaisé et posé.</p> <p>On a aussi le rôle d'intervenir et d'inviter les parents car certains n'osent pas et de leurs donner pleins de petits moyens puis il est</p>	<p>La place du parent peut varier d'une situation à une autre en fonction du personnel soignant et du parent.</p> <p>En effet, il y a des personnes où c'est plus facile d'inclure les parents que d'autres.</p> <p>Puis, il faut que le parent accepte d'assister aux soins. En effet, certains refusent parce qu'ils sont phobiques des piqûres ou parce qu'ils ne supportent pas de voir leurs enfants pleurer.</p> <p>Mais bien sûr, le parent a une place très importante lors de la prise en soin de leur enfant.</p> <p>Lorsqu'il accepte d'être présent, il peut participer en chantant la chanson qu'ils ont l'habitude de chanter à la maison ou encore de discuter avec lui en fonction de l'âge.</p> <p>Puis, si c'est un nourrisson, on peut faire les prises de sang au sein si la maman allaie et là nous avons vraiment besoin de la maman.</p> <p>En outre, il faut vraiment que le parent garde sa place de parent, c'est-à-dire qu'il n'est pas là pour maintenir son enfant.</p>

	<p>important que le parent soit rassuré et informé au maximum car ensuite cela va nous aider nous aussi car il va ensuite pouvoir dire à l'enfant «écoutes, l'infirmière nous a proposé de lire un livre».</p>	<p>On peut le solliciter et avoir besoin des parents mais il faut faire attention à certaines situations qui peuvent s'avérer violentes.</p>
<p>Les méthodes alternatives, non pharmacologiques utilisées chez les enfants et les nouveau-nés et leurs places dans les soins</p>	<p>Les méthodes que nous utilisons le plus ici sont la distraction et l'hypno distraction, c'est vraiment le quotidien.</p> <p>Il faut constamment les embarquer dans une histoire et associer le soin à l'histoire.</p> <p>Il faut prendre en compte les centres d'intérêts des enfants par exemple lorsque l'on voit une petite fille habillée de la tête au pied en reine des neiges, c'est une porte d'entrée à saisir. On peut lui proposer de faire l'histoire de la reine des neiges pendant que le médecin réalise une suture. Lorsqu'il va nettoyer la plaie, on peut lui dire «dis donc, il fait vraiment froid près de la reine des neiges, ne sois pas étonné, tu vas sentir des petits coups de frais sur ton menton».</p> <p>Le fait d'associer l'enfant aux soins évite que l'enfant soit surpris et permet de faire en sorte qu'il en garde le meilleur souvenir possible.</p> <p>Il existe aussi de nombreux petits moyens pour atténuer la douleur tels que mettre une compresse sous le garrot pour éviter de pincer la peau ou encore mettre un glaçon avec une compresse pour rafraîchir la zone.</p> <p>On peut aussi saturer les récepteurs en frottant très fort la peau «un petit peu comme une épilation». Plus on sature la zone et moins elle est sensible. On peut dire à l'enfant «attention, attention, le petit moustique arrive et paf».</p>	<p>L'hypno-distraction est une méthode très efficace ainsi que tous les petits moyens nous permettant de détourner l'attention de l'enfant, que ce soit une chanson ou des objets.</p> <p>Nous avons plein de petits gadgets sur nos blouses ou dans nos poches avec des crayons divertissants et des cartes imagées. Il y a aussi des jeux aux plafonds dans les salles d'examens.</p> <p>Aux alentours de cinq ans ou avant en fonction de la maturité de l'enfant, la discussion peut suffire.</p> <p>De plus, on peut avoir recours pour le personnel formé à l'hypnose thérapeutique qui fonctionne relativement bien en fonction de l'âge. Il est dit que l'hypnose est utilisable à tout âge, c'est-à-dire que même la façon dont on berce un bébé en se basant au fur et à mesure sur sa respiration est une forme d'hypnose. On peut l'utiliser chez les enfants à partir de 3-4 ans si ces derniers discutent bien et ont un minimum d'imaginaire.</p> <p>Puis, la succion d'un bébé au sein ou encore grâce au sucre chez les nourrissons de moins de trois mois est un moyen très efficace pour atténuer la douleur et l'anxiété.</p> <p>Cependant, nous aux urgences on utilise beaucoup les deux, c'est-à-dire que lorsque l'on a recours aux patchs EMLA qui sont</p>

De plus, étant donné qu'on travaille toujours en binôme avec l'auxiliaire de puériculture, on peut lui demander de l'aide, par exemple elle peut mettre son bras pour pas que l'enfant voit l'aiguille arriver, ce qui peut lui faire perdre ses moyens et créer une panique supplémentaire.

Il existe tellement d'astuces, il faut savoir être créatif et faire preuve d'imagination.

Chez le tout petit, le sein de la maman, l'installation, la tétine, la succion marche extrêmement bien, notamment avec le sucre.

On utilise beaucoup les moyens alternatifs et les moyens thérapeutiques en association.

Particulièrement aux urgences ou les enfants sont souvent amenés à attendre plusieurs heures. On essaie d'anticiper et d'atténuer la douleur dès l'accueil avec des patch anesthésiants par exemple.

Mais, lorsqu'un enfant ne va pas bien du tout et qu'on n'a pas le temps, on peut avoir recours seulement aux moyens alternatifs.

Lorsque l'on n'a pas le choix, il ne faut pas se dire «tant pis, je vais faire comme ça, sans rien». Au jour d'aujourd'hui, on a des moyens et il faut les prendre en compte dans le but de faire au mieux pour l'enfant, sachant que ce dernier peut avoir d'autres soins et d'autres contacts avec le système hospitalier et que ce que l'on va faire aujourd'hui aura des traces pour le soin de demain. Il faut essayer d'être toujours dans

anesthésiants ou encore au gaz anesthésiant, le MEOPA, on va chanter ou discuter en même temps.

On ne peut pas se permettre de faire l'un sans l'autre. On a tous ces outils à disposition alors il faut les utiliser pour le bien-être de l'enfant.

Or, dans l'urgence immédiate ou s'il y a une contre-indication, on peut ne pas utiliser de méthodes médicamenteuses mais le but est tout de même de les utiliser simultanément pour que l'enfant n'en garde pas un mauvais souvenir pour les soins futurs.

	la proposition avec l'enfant pour qu'il en garde le meilleur souvenir possible.	
--	---	--

Code couleur de l'analyse du discours des deux infirmières puéricultrices

Vert : Propos similaire

Jaune : Propos différents

Annexe V : Charte européenne de l'enfant hospitalisé

Charte européenne de l'enfant hospitalisé

« Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants. » (UNESCO)

Un enfant à l'hôpital, c'est l'affaire de tous.

Cette charte résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.



1 - 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.



2 - 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.

3 - On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela entraîne un supplément financier ou une perte de salaire.

On informera les parents sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.



4 - 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 essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.



5 - Les enfants et les parents ont le droit d'être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les soins.

On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable.



6 - Les enfants ne doivent pas être admis dans des 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.

7 - 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.



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

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



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



NOM : DUPUIS--DELALANDE

PRENOM : Lisa

TITRE DU MEMOIRE : L'infirmière face à l'anxiété d'un enfant lors d'un soin douloureux

Présentation synthétique du travail en **Anglais** : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales

Throughout my training and especially thanks to my internship in paediatrics and my professional experience in paediatric emergencies, I had the opportunity to discover the particularities of child care.

The latter are often worried when they are in contact with the hospital world. They are afraid of the unknown, afraid of being hurt or having after-effects, especially when they have recalls of difficult experiences. It is for this reason that I decided to do my final thesis on the nursing role in the management of anxiety facing the potential painful care in children aged 0 to 5 years.

Thus, the aim of this research thesis is to understand how the use of non-medicinal therapies for children in pain or with anxiety can facilitate care.

To answer this question, I first conducted theoretical research. Then, I conducted semi-structured interviews with childcare nurses in order to confront my learning with the reality of the field before conducting a deeper analysis.

First of all, I took interest in the psychomotor development of the child. I then studied the children's representations and their defence mechanisms. Finally, I emphasised the importance of nurses' roles and non-medicinal therapies to reduce children's anxiety.

This thesis allowed me to realise the importance of representations and previous experiences. Thus I understood the importance of the nursing role in pain prevention and anxiety in children through non-medicinal therapies, which I would not hesitate to use as a paediatric nurse.

Présentation synthétique du travail en **Français** : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales :

Tout au long de ma formation et notamment grâce à mon stage en pédiatrie et mon expérience professionnelle aux urgences pédiatriques, j'ai eu l'occasion de découvrir les particularités des soins aux enfants.

Ces derniers sont souvent inquiets lorsqu'ils sont en contact avec le monde hospitalier. Ils ont peur de l'inconnu, peur d'avoir mal ou d'avoir des séquelles, et ce d'autant plus lorsqu'ils ont le souvenir d'expériences difficiles. C'est pour cette raison que j'ai décidé de réaliser mon travail de fin d'études sur le rôle infirmier dans la gestion de l'anxiété face à un soin potentiellement douloureux chez l'enfant âgé de 0 à 5 ans.

Ainsi, le but de ce travail de recherche est de comprendre en quoi l'utilisation de thérapies non médicamenteuses chez l'enfant douloureux ou anxieux est un moyen facilitant la prise en soins.

Pour répondre à cette question, j'ai tout d'abord effectué des recherches théoriques. Puis j'ai ensuite réalisé des entretiens semi-directifs avec des infirmières puéricultrices afin de confronter mes apprentissages à la réalité du terrain avant de réaliser une analyse approfondie.

Dans un premier temps, je me suis intéressée au développement psychomoteur de l'enfant. Ensuite, j'ai étudié les représentations des enfants et ses mécanismes de défenses. Enfin, j'ai mis en valeur l'importance du rôle infirmier et des thérapies non médicamenteuses pour atténuer l'anxiété des enfants.

Ce mémoire m'a permis de réaliser l'enjeu des représentations et des expériences antérieures. Ainsi j'ai compris toute l'importance du rôle infirmier dans la prévention de la douleur et de l'anxiété de l'enfant grâce aux thérapies non médicamenteuses, que je n'hésiterais pas à utiliser en tant qu'infirmière en pédiatrie.

MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en **Anglais**.

Children, anxiety, pain, nursing role, non-medicinal therapies

MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en **Français**.

enfants, anxiété, douleur, rôle infirmier, thérapies non médicamenteuses

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2019-2022