

Institut de formation en soins infirmiers
Nancy

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

**L'infirmière face à la présence des parents lors des soins
douloureux chez les enfants âgés de 5 à 7 ans.**



Travail de fin d'études

ABOUT Clotilde

Promotion 2014 / 2017

Année de soutenance : 2017

Page de remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier mon guidant de mémoire, pour ses conseils et le temps qu'il m'a dédié pour l'élaboration de mon mémoire.

Je remercie également ma référente de suivi pédagogique pour son aide, son soutien et son écoute pendant mes trois années de formation.

Je remercie les soignants qui m'ont accordé du temps pour les entretiens afin d'enrichir mon travail.

Je remercie également tous les professionnels de santé qui m'ont permis de me faire avancer et de prendre confiance en moi durant mes stages grâce à leur professionnalisme, leur encadrement, leur écoute, les connaissances et la confiance qu'ils m'ont accordée.

Puis je remercie pour finir, ma famille et mes amis qui ont été présents et qui m'ont soutenue pendant ces trois années d'études.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
1. CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE	5
1.1 <i>Situations d'appel</i>	5
1.2 <i>Questionnements</i>	6
2. CADRE DE REFERENCE.....	7
2.1 <i>Les soins infirmiers et l'information donnée aux enfants âgés de 5 à 7 ans</i>	7
2.1.1 Définitions.....	7
2.1.2 Cadre législatif.....	8
2.1.3 Les soins perçus par l'enfant.....	8
2.2 <i>La présence accordée aux parents lors des soins</i>	9
2.2.1 Historiquement	9
2.2.2 Cadre législatif.....	10
2.2.3 Triade enfant – parents – soignant	10
2.2.3.1 Définition	10
2.2.3.2 Les besoins de l'enfant	11
2.2.3.3 Les besoins des parents	11
2.2.3.4 Les réactions des parents	13
2.2.3.5 Les besoins des soignants.....	14
2.2.3.6 Les difficultés exprimées par les soignants concernant la présence des parents lors de soins	15
2.3 <i>L'enfant âgé de 5 à 7 ans</i>	16
2.3.1 L'enfant hospitalisé.....	16
2.3.2 Développement intellectuel, cognitif et langagier.....	16
2.3.3 Développement psychoaffectif et social	18
2.3.4 Développement moteur	19
2.3.5 Besoins fondamentaux.....	20
2.4 <i>La prise en charge de la douleur, la peur, l'anxiété et le refus par l'infirmière lors des soins</i>	21
2.4.1 Définitions.....	21
2.4.2 Cadre législatif.....	22
2.4.3 Prise en charge de la douleur, la peur, l'anxiété et le refus	24
2.4.3.1 Évaluation.....	24
2.4.3.2 Prise en charge médicamenteuse	24
2.4.3.3 Prise en charge non médicamenteuse	25
2.4.4 Perception et expression par l'enfant.....	27
3. PHASE EXPLORATRICE	27
3.1 <i>Choix de la méthode</i>	27
3.2 <i>Population</i>	27
3.3 <i>Analyse des entretiens</i>	27
3.3.1 Prise en charge de la douleur	27
3.3.2 Prise en charge de l'anxiété, de la peur et du refus.....	28
3.3.3 Présence des parents lors de soins qui engendre douleur ou anxiété ou refus ou peur.....	29
3.3.4 Conclusion des entretiens	30
4. PROBLEMATIQUE	30
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	33
TABLES DES ANNEXES	36

Table des sigles

EVA : Évaluation Visuelle Analogique

IDE : Infirmière diplômée d'État

IPE : Infirmière Puéricultrice diplômée d'État

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

OMS : Organisation Mondiale de Santé

Introduction

Au cours de ma formation en soins infirmiers, j'ai eu l'occasion d'effectuer un stage en service de consultations pédiatriques et un en réanimation pédiatrique qui m'ont permis de me conforter dans mon projet professionnel, de m'orienter vers la puériculture. C'est pour cela que je souhaite aujourd'hui y consacrer mon travail de fin d'études. J'ai eu l'opportunité de découvrir la relation soignant, enfant, parents ainsi que les moyens médicamenteux et non médicamenteux mis en place pour la prise en charge de la douleur chez l'enfant.

C'est dans ce contexte que je vais par le biais de mon travail de fin d'études, me questionner sur l'influence de la présence des parents lors des soins douloureux chez les enfants âgés de 5 à 7 ans.

Pour ce travail, nous allons tout d'abord énoncer les situations d'appels, puis énoncer le cadre de référence, ensuite la méthode qui va être utilisée pour l'exploitation et finir en concluant le travail.

1. Construction de l'objet de recherche

1.1 Situations d'appel

Lors de mon stage au deuxième semestre qui s'est déroulé dans un service de consultations pédiatriques à l'hôpital d'enfants au Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Brabois, j'ai été interpellée par différentes situations concernant la gestion de la douleur lors de prélèvements sanguins chez l'enfant ainsi que la présence des parents lors de ce soin.

Première situation : L'infirmière et moi accueillons une jeune enfant, Maelyne âgée de 5 ans avec ses deux parents. Maelyne et sa famille entrent dans la salle de soins. Maelyne a bénéficié auparavant de la pose d'un patch EMLA® prescrit par le médecin qu'elle a rencontré en consultation. Une fois installée, l'infirmière lui explique le soin qu'elle va effectuer. C'est à ce moment que Maelyne se met à pleurer. L'infirmière demande donc à un des deux parents de s'installer près d'elle afin de lui tenir la main et qu'elle se calme. Mais cela ne fonctionne pas. De ce fait, les parents décident de sortir leur tablette portable afin de mettre en route un dessin animé pour que Maelyne puisse le regarder le temps du soin et ainsi se calmer, et cela fonctionne. L'infirmière continue alors l'exécution de son soin, elle pique l'enfant qui ne bouge pas et ne pleure pas. Maelyne est tellement concentrée sur le dessin animé qu'elle n'a même pas senti que l'infirmière venait de la piquer. L'infirmière lui dit que le soin est fini, mais Maelyne est tellement concentrée sur la tablette qu'elle ne réagit pas. Les parents décident donc d'arrêter la tablette afin de lui faire comprendre que le soin est terminé et qu'ils peuvent rentrer à la maison.

Deuxième situation : L'infirmière et moi prenons en charge Mattéo, 7 ans avec ses deux parents. Pour cet enfant le médecin qu'il a vu en consultation lui a prescrit un patch d'EMLA®. Mattéo arrive avec ses parents dans la salle de soins. Je m'occupe de lui pour ce soin. J'explique à Mattéo que je vais le piquer au bras. Il pourra ensuite choisir un pansement. Mattéo appréhende ce soin, il me dit qu'il connaît car il en a déjà eu et qu'il n'aime pas du tout cela car ça lui fait trop mal. Heureusement

ses parents sont là pour le rassurer. Ils lui rappellent que la fois dernière, il avait été grand, il n'avait pas bougé, pas pleuré, pas eu mal et que tout s'était bien passé. Ils lui rappellent les techniques utilisées au cours de la dernière prise de sang. Ils lui disent donc de ne surtout pas regarder l'aiguille et de se concentrer sur le plafond de la salle et de décrire tout ce qu'il voit. J'informe Mattéo que je vais effectuer le soin, il se met alors à regarder le plafond et à décrire tout ce qu'il y voit en discutant avec ses parents. Pendant ce temps j'effectue la prise de sang. Une fois terminé, je l'informe et comme promis je lui fais choisir le pansement qu'il désire. L'enfant me montre son étonnement en me disant « C'est déjà fini ? Je n'ai rien senti. »

Troisième situation : L'infirmière et moi prenons en charge Nolan âgé de 6 ans. La prescription d'un patch d'EMLA® a été donnée par le médecin vu en consultation auparavant. Il est accompagné de ses parents. Une fois Nolan installé, ses parents lui ont donné un livre. Je m'installe près de lui et à ce moment, la maman décide de sortir de la pièce. L'infirmière me laisse gérer seule la prise de sang et va voir la maman pour savoir ce qu'il se passe. Pendant ce temps, j'effectue mon soin avec succès pendant que Nolan lisait son livre à son papa. L'enfant n'a rien dit et n'a pas bougé. Je décide d'aller voir l'infirmière une fois la famille partie pour comprendre pourquoi la maman a décidé de quitter la pièce. Elle me dit que la maman était très stressée à l'idée de voir son fils se faire piquer et de l'entendre pleurer s'il avait mal. Elle a donc préféré sortir afin de ne pas stresser son enfant qui lui n'appréhendait pas du tout le soin.

Nous avons pu constater au travers de ces différentes situations que certains parents préféraient rester et d'autres sortir lors des soins. Nous avons vu également les différentes méthodes utilisées pour gérer la douleur de l'enfant pendant des soins douloureux.

1.2 Questionnements

Suite à ces situations, plusieurs questions se posent.

Tout d'abord, des questions concernant l'enfant et le soin. Qui est cet enfant de 5 ans ? Et de 7 ans ? Qu'est-ce qui a déclenché les pleurs de l'enfant ? Quelle est la représentation de ce soin pour cet enfant ? Comment expliquer et faire adhérer un enfant au soin sans provoquer une peur, une anxiété ?

Ensuite, des questions concernant les moyens médicamenteux et non médicamenteux. Par quels autres moyens médicamenteux ou non médicamenteux peut-on soulager la douleur, la peur et l'anxiété ? Peut-on se passer de l'association médicamenteuse et non médicamenteuse chez l'enfant ?

Puis, des questions sur la présence des parents. Les parents étaient-ils stressés, angoissés et cela aurait-il joué un impact sur l'enfant ? Quelle est l'influence des parents lors des soins ? Par quels moyens peut-on inclure les parents dans la prise en charge de l'enfant ? La présence des parents est-elle toujours bénéfique pour l'enfant ? Faut-il laisser les parents rester lors des soins ? Sur quels facteurs l'infirmière se base-t-elle pour décider de la présence ou non des parents lors d'un soin ? Quel comportement l'infirmière doit adopter afin de réaliser ces soins dans de bonnes conditions en présence ou en l'absence des parents ?

Toutes ces questions ont permis d'élaborer la question de départ :

→ *En quoi la présence des parents lors d'un soin qui engendre douleur ou anxiété ou peur ou refus, chez les enfants de 5 à 7 ans, peut-elle avoir une influence sur le déroulement ou la qualité de ce soin ?*

Cette question de départ a été choisie, car au regard de toutes les questions posées, celle-ci regroupe plusieurs thématiques telles que l'enfant, la représentation des soins par l'enfant, la présence des parents lors des soins, la douleur et sa gestion qui vont être abordées dans le travail.

2. Cadre de référence

2.1 Les soins infirmiers et l'information donnée aux enfants âgés de 5 à 7 ans

2.1.1 Définitions

Les soins infirmiers consistent principalement à assister l'individu, malade ou bien portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien de la santé et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de forces, de volonté ou de savoir.

Les différentes théories des soins infirmiers :

- Florence Nightingale (Royaume Uni 1859) propose un modèle de pensée infirmière et défend les conditions de vie sanitaires : *«Ce que le nursing fait : c'est de placer le patient dans les meilleurs conditions pour que la nature agisse sur lui».*
- Hildegarde Peplau (USA 1952), propose un modèle basé sur le besoin d'un partenariat entre l'infirmière et la personne soignée
- Dorothea Orem (USA 1959) : *«Les soins infirmiers : un service humain visant à combler les limites de la personne et à renforcer ses capacités d'auto soins.»*
- Virginia Henderson (USA 1961) : pour cette théoricienne, les soins infirmiers consiste à *«L'indépendance de la personne dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux» « Les besoins fondamentaux de V.H»*
- Callista Roy (USA 1970) : *«Les soins infirmiers : une science qui vise à évaluer les comportements de la personne ; repérer et modifier les facteurs influençant l'adaptation du patient.¹»*

Selon l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), la qualité des soins est définie comme une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques qui leur assurera le meilleur résultat en termes de santé. Conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

En plus de ces définitions, les soins infirmiers et l'information donnée, s'inscrivent dans un cadre législatif.

¹ DEFECHÉ, Théorie de soins V.H Concepts «autonomie» «dépendance», Cours 1^{ère} année, Nancy, IFSI Lionnois : 2014

2.1.2 Cadre législatif

Concernant l'information, plusieurs lois, chartes, circulaires existent.

La circulaire n°83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants (cf annexe I), précise que les parents doivent être informés tout au long du séjour d'après l'article 9. De plus l'article 6, nous précise que l'information doit être adaptée au niveau de compréhension de l'enfant.

La charte de l'enfant hospitalisé (cf annexe II) stipule dans l'article 4 que les enfants et les parents doivent être informés sur la maladie et les soins. Cette information doit être claire et précise, adaptée à l'âge de l'enfant afin de s'assurer d'une bonne compréhension et qu'il prenne avec ses parents les meilleures décisions possibles.

La charte de la personne hospitalisée (cf annexe III) stipule d'après l'article 3 que l'information donnée au patient doit être accessible et loyale. De plus l'article 10 nous dit que la personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficient d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Enfin l'article 4 nous informe qu'un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Pour la personne mineure, dès qu'elle est en mesure d'exprimer sa volonté, son consentement doit être recherché même si la décision reviendra au final aux détenteurs de l'autorité parentale.

Le Code de la Santé Publique (cf annexe IV) a publié plusieurs articles concernant les informations. Tout d'abord l'article R4312-13 : *«L'infirmier met en œuvre le droit de toute personne d'être informée sur son état de santé dans le respect de ses compétences professionnelles. Cette information est relative aux soins, moyens et techniques mis en œuvre, à propos desquels l'infirmier donne tous les conseils utiles (...) L'information donnée par l'infirmier est loyale, adaptée et intelligible. Il tient compte de la personnalité du patient et veille à la compréhension des informations communiquées.»*.

Concernant les soins infirmiers plusieurs articles existent.

Le Code de la Santé publique (cf annexe IV), a publié des articles concernant ces soins. Tout d'abord, l'article L1110-2 : *«La personne malade a le droit au respect de sa dignité.»*. Puis l'article R4312-11 : *«L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes (...)»*.

Une fois ces lois étudiées, on peut maintenant chercher à comprendre comment les enfants de 5 à 7 ans perçoivent les soins.

2.1.3 Les soins perçus par l'enfant

Les enfants, lorsqu'ils rentrent pour une hospitalisation ou un soin qui peut engendrer douleur, anxiété, peur ou refus, ont des inquiétudes qui sont liées à plusieurs facteurs :

- *«La peur d'être séparé de ses parents : la présence des parents ou d'une personne proche au chevet de l'enfant est un élément rassurant et nécessaire pour lui permettre de faire face à la situation.*
- *La peur de l'inconnu : l'enfant connaît mal l'environnement de l'hôpital (les différents professionnels, leurs rôles, l'architecture, «les machines»). On y parle un langage qu'il n'a pas appris, il y découvre des gestes qui peuvent le surprendre. De plus il rencontre des visages*

inconnus et se perd dans une organisation des soins dont, évidemment il ne peut saisir clairement le fil rouge.

- *La peur de l'atteinte à l'intégrité de son corps : l'enfant se construit parfois, des représentations tout à fait fausses quant aux conséquences des actes de soin et peut imaginer : que la blessure ne se referme jamais, que la cicatrice reste énorme, ne pas se réveiller après une anesthésie, ne plus pouvoir marcher après une fracture de la jambe ou manger après une amygdalectomie, être transpercé par les rayons X... Et plus l'enfant est jeune, plus sa crainte est grande, car elle est difficile à raisonner. Avec l'âge, l'enfant apprend à maîtriser son schéma corporel mais le soin et l'intervention sont des exceptions qu'il ne connaît pas bien encore.*
- *La peur d'avoir mal : même si la peur d'avoir mal n'est pas toujours exprimée, elle existe bel et bien chez chaque enfant. Elle sera d'ailleurs plus importante si l'enfant ne comprend pas la raison du soin et/ou si une expérience antérieure à l'hôpital ou lors d'un soin a laissé une trace négative dans son souvenir.²»*

2.2 La présence accordée aux parents lors des soins

2.2.1 Historiquement

C'est après mai 1968 que la présence des parents lors des soins commence à s'imposer petit à petit. La reconnaissance de leur place est tout de même lente. Tout d'abord, les soignants font tout pour éviter que l'enfant soit séparé de ses parents en aménageant des horaires de visites. De plus, les enfants qui étaient attachés à leur lit, finissent par être détachés et ainsi permettre aux parents de pouvoir s'en occuper (câlins, marcher avec lui...). Tout cela est appelé la «*libération du mouvement et de l'espace, le plaisir partagé entre parents, professionnels et enfants*³». L'enfant a le droit à partir de ce moment à son autonomie, à tous les stades de son développement et à la poursuite de sa scolarité grâce à la création des premières classes.

Dans les années 1970, l'ouverture de chambre mère-enfant émerge pour favoriser la présence de la maman durant l'hospitalisation de son enfant. Cependant dû à ce premier secteur ouvert, il est nécessaire de se rendre compte de l'impact que cela peut avoir : «*Près de 75% des parents ne sont pas conscients du supplément de travail que leur présence impose aux médecins et surtout soignants*³». De même la présence des mères implique aux soignants de consacrer du temps pour leur donner toutes les informations nécessaires et aussi que les soins infirmiers auprès de l'enfant sont plus longs du fait de devoir donner des justifications.

L'hospitalisation de l'enfant avec sa mère, devient au début des années 1980 révélatrice c'est-à-dire que la reconnaissance des parents allait s'imposer petit à petit et déboucher sur la rédaction d'une circulaire : celle du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants.

Après avoir étudié l'historique, on va maintenant étudier le cadre législatif qui permet de confirmer la présence des parents lors des soins qu'elle soit bénéfique ou néfaste.

² <http://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Psychologie-de-l-enfant/Les-inquietudes-des-enfants-lors-d-un-soin-d-un-examen-medical>

³ Ministère de la santé, organisé par l'association Sparadrap, le mardi 5 octobre 2004, Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires, URL : <http://www.sparadrap.org/content/download/3523/32612/version/2/file/actes+colloques+web+D19.pdf>

2.2.2 Cadre législatif

La présence des parents lors des soins s'inscrit dans un cadre législatif que tous professionnels de santé se doivent de respecter.

La circulaire n°83-24 du 1 août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants (cf annexe I), favorise la présence des parents lors des soins. On peut notamment citer l'article 5 qui stipule qu'il est important pour l'enfant que ses parents soient présents notamment lors des moments angoissants. Mais aussi on peut évoquer l'article 4 qui permet à l'enfant d'avoir son parent auprès de lui durant toute l'hospitalisation et ainsi pouvoir diminuer son niveau d'anxiété, d'angoisse. Pour cela il suffit d'aménager la chambre pour que le parent puisse rester auprès de lui jour et nuit, ou de proposer une chambre à proximité.

A la suite de cette circulaire, la Charte de l'enfant hospitalisé a été créée en 1988 (cf annexe II). Elle aussi favorise la présence des parents. Selon l'article 2, l'enfant a le droit d'avoir ses parents auprès de lui, jour et nuit, et ce peu importe son âge. Et d'après l'article 3, le personnel soignant essaiera au maximum d'encourager les parents à rester auprès de leur enfant durant les soins et de les impliquer. On incite donc les parents à être impliqués dans le processus de soins.

La circulaire n° DH/EO3/98/688 de 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie nous informe que « *la mère, le père ou tout autre personne qui s'occupe habituellement de l'enfant doit pouvoir accéder au service de pédiatrie quelle que soit l'heure et rester auprès de son enfant aussi longtemps que ce dernier le souhaite, y compris la nuit.*⁴»

2.2.3 Triade enfant – parents – soignant

2.2.3.1 Définition

De nos jours, accueillir un enfant dans un milieu hospitalier implique d'accueillir ses parents avec lui. «*Dans ce contexte, la traditionnelle relation soignant/soigné devient une relation triangulaire, une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation les uns avec les autres*⁴».

Selon une enquête nationale⁵ sur la place des parents à l'hôpital, les résultats ont révélé que les parents se sentent dans 89% des cas encouragés à rester auprès de leur enfant la journée, notamment l'après-midi. Néanmoins, ils se sentent découragés ou ont l'impression que la nuit ils n'ont pas le droit de rester dans 18% de cas. Enfin, ils ont une confiance envers l'équipe soignante lorsqu'ils ne sont pas présents dans 85% des cas. De plus dans 30% des cas, les parents n'ont pas pu assister et être présents lors de certains soins ou examens. Quant à la vision que les parents se font sur leur place accordée auprès de leur enfant, dans 95% des cas, elle est très positive.

Afin de parvenir à un accueil de qualité, il est important pour les soignants de comprendre le sens et l'intérêt de cette triade. Pour cela, ils ont besoin de connaître les besoins de l'enfant.

⁴ THIBAULT-WANQUET, Pascale, *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital*, Paris, Masson, 2008, p.43 ; p.51

⁵ Ministère de la santé, organisé par l'association Sparadrap, le mardi 5 octobre 2004, Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires, URL : <http://www.sparadrap.org/content/download/3523/32612/version/2/file/actes+colloques+web+D19.pdf>

2.2.3.2 Les besoins de l'enfant

Les besoins de l'enfant varient en fonction de son âge, de son développement psychomoteur et psychoaffectif. Il est donc important de connaître les besoins de l'enfant l'hospitalisé pour une bonne prise en charge.

D'après THIBAUT-WANQUET Pascale (cadre supérieure du Centre national de ressources de lutte contre la douleur), les besoins de l'enfant sont :

La création d'un lien d'attachement entre l'enfant et ses parents : pour se développer, l'enfant a besoin de recevoir des soins de la part de l'adulte qui lui permettent de se développer sur le plan physique et psychique et de gagner en autonomie.

La construction du lien du côté de l'enfant : *«Les observations ont permis de découvrir que, pour se développer normalement, le nouveau-né a besoin dès les premiers jours d'établir avec l'adulte une relation stable, faite de confiance et de sécurité⁶.»*. Il a besoin d'établir des liens avec ses parents mais ce lien s'effectue en particulier avec sa mère : *«L'installation du lien entre la mère et son nouveau-né s'effectue dans les jours et les semaines qui suivent la naissance, de façon naturelle et progressive dans la majorité des cas⁶.»*. Ce lien va permettre à l'enfant de se construire ultérieurement sur le plan psychique, de créer des relations sociales plus tard.

L'installation du lien du côté de la mère : l'enfant a besoin de sa mère. Si sa mère disparaît à un stade trop précoce du développement de l'enfant, pour celui-ci cela signifie qu'elle disparaît, qu'elle n'est plus retrouvée et est ressentie comme morte, et il perd tous ses repères, tous les souvenirs, toutes les traces d'elle et ce qui pour lui peut être une menace de mort psychique.

Winnicott précise : *«Lorsque l'on le laisse trop longtemps sans contact humain familial (pendant des heures ou des minutes), voici comment on peut décrire ce qu'il vit : s'en aller en morceau ; faire une chute sans fin ; mourir, mourir, mourir ; perdre tout espoir de voir le contact se rétablir⁶.»*

Maintenant que les besoins des enfants ont été développés, le soignant peut donc en prendre compte pour comprendre ce dont a besoin l'enfant au sein de la triade. Mais en plus de ses besoins, le soignant doit aussi savoir et comprendre les besoins des parents dans cette triade.

2.2.3.3 Les besoins des parents

Les parents ont besoin d'être considérés en tant qu'adultes responsables de leur enfant. Il est nécessaire pour le soignant de connaître les besoins et les attentes des parents pour une prise en charge adaptée et personnalisée.

Les besoins et les attentes des parents à l'hôpital sont donc les suivants d'après THIBAUT-WANQUET Pascale :

Le besoin d'information sur l'état de santé de leur enfant, les traitements qu'il reçoit, le déroulement de l'hospitalisation, les soins prodigués, le fonctionnement du service, les conditions d'accès à leur enfant, l'identification du personnel qui va s'occuper de leur enfant. Cela nécessite de la part des soignants de donner des informations claires et d'utiliser un langage adapté afin que ceux-ci les comprennent et que cela permette d'établir une relation de confiance entre les soignants et eux.

⁶ THIBAUT-WANQUET, Pascale, *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital*, Paris, Masson, 2008, p.53 ; p.54 ; p.69

Le besoin de présence auprès de l'enfant. Ce besoin permet aux parents d'être rassurés sur l'état de santé de leur enfant et le déroulement de l'hospitalisation. Ils ont besoin et veulent être présents auprès de leur enfant de jour comme de nuit. Ils ont besoin de passer du temps avec lui afin de montrer à leur enfant qu'ils le soutiennent dans cette étape, que le lien établi entre eux à la maison restera le même ici.

Le besoin de réaliser les soins, c'est-à-dire que les parents souhaitent pouvoir réaliser des soins comme ils le font dans leur vie quotidienne. «*Hormis certaines situations exceptionnelles, il est possible qu'ils assurent les soins de la vie courante : toilette, change, habillage, alimentation de leur enfant, sans oublier les câlins, indispensables au bien-être de l'enfant comme de ses parents*⁷.». Cela nécessite de la part des soignants, de l'observance sur les parents afin de veiller à ce qu'ils ne soient pas mal à l'aise lors de la réalisation des soins.

Le besoin de relations, d'accompagnement avec le personnel soignant. Ils ont besoin d'échanger avec le personnel qui s'occupe de leur enfant afin de leur transmettre des connaissances supplémentaires sur leur enfant pour une prise en charge encore plus adaptée et de faire part de leur anxiété, de leur peur, des difficultés qu'ils peuvent éprouver.

Le besoin d'être rassurés c'est-à-dire qu'ils ont besoin d'être écoutés, entendus et rassurés face à la situation vécue. Il est donc pour cela vraiment important et nécessaire qu'une relation de confiance soit établie dès le début de l'hospitalisation entre les parents et le personnel s'occupant de leur enfant afin que les parents puissent se sentir rassurés sur la prise en charge de leur enfant en leur absence.

Le besoin d'être relayés lorsque l'hospitalisation de l'enfant dure longtemps ou lorsqu'ils doivent se rendre régulièrement à l'hôpital pour des examens, des soins. Ils peuvent faire appel à d'autres personnes de leur famille ou à des personnes proches de leur enfant. Les parents ont besoin parfois de sortir de l'hôpital afin de se changer les idées, de s'occuper des frères et sœurs du malade ou encore de gérer l'organisation familiale et professionnelle.

Les besoins matériels notamment si l'enfant est hospitalisé loin de son domicile. Les parents souhaitent pour cela pouvoir bénéficier d'un hébergement, que ce soit dans la même chambre ou à proximité du lieu d'hospitalisation afin de ne pas avoir à faire de la route. En plus de cet hébergement, ils ont besoin de pouvoir bénéficier d'un endroit où ils peuvent satisfaire leurs besoins vitaux (manger, boire, se laver...).

Le besoin d'isolement, d'intimité avec leur enfant. C'est pour cela que les parents ont le droit de rester auprès de leur enfant la journée afin qu'ils puissent avoir des moments à eux, sans le personnel soignant.

Le besoin d'être aidés à gérer les difficultés de la fratrie lorsque leur enfant est hospitalisé pour une longue durée ou se rendre régulièrement à l'hôpital pour une maladie grave qui nécessite des traitements, des examens. Les parents demandent régulièrement de l'aide aux soignants pour expliquer aux frères et sœurs ce qui arrive à leur frère ou leur sœur.

Le besoin de trouver un sens à leur épreuve notamment «*lorsque l'enfant est atteint d'une maladie grave, potentiellement mortelle, ou d'un accident qui laissera des séquelles importantes et*

⁷ THIBAUT-WANQUET, Pascale, *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital*, Paris, Masson, 2008, p.53 ; p.54 ; p.69

*définitives*⁸». Pour cela certains font appel à leurs propres ressources, d'autres à la religion, d'autres à la spiritualité ou encore à une aide psychologique.

En plus de leurs besoins et attentes, les parents ont des réactions face à l'hospitalisation ou aux soins que le personnel soignant prodigue à leur enfant. L'équipe médicale a besoin de les connaître et de les identifier afin d'avoir une attitude adaptée envers les parents.

2.2.3.4 Les réactions des parents

Comprendre les réactions des parents permet aux soignants de ne pas prendre de mauvaises décisions (exemple : exclure les parents lors des soins.). Même si dans la plupart des cas, les parents sont en capacité de collaborer avec l'équipe soignante pour aider leur enfant, ils peuvent tout de même avoir des réactions inadaptées face à certaines situations.

Les émotions que les parents peuvent ressentir sont décrites par THIBAUT-WANQUET Pascale :

L'anxiété parentale se définit comme *«une inquiétude, un mal être, une préoccupation prégnante face à la situation.»*⁸. C'est une réaction normale au cours de certains examens prodigués à leur enfant. Elle peut prendre différentes formes : questionnements incessants, recherche d'information, existence de troubles somatiques (difficultés alimentaires, de sommeil, etc...). Cette émotion nécessite de la part de l'équipe soignante, une écoute attentive, une disponibilité, une maîtrise de ses propres réactions pour accompagner le mieux possible le parent ou les parents.

L'angoisse est une intensité supérieure à l'anxiété. Elle se définit par *«la présence d'un malaise physique plus important : constriction de la région épigastrique, oppression plus intense que celle générée par l'anxiété. L'angoisse s'accompagne d'un sentiment d'impuissance, d'abandon, de solitude.»* ou *«Elle peut se définir comme une réaction disproportionnée à la situation vécue.»*⁸. Avec cette émotion, les parents n'arrivent pas à aider leur enfant malgré les informations qui leurs sont fournies.

La culpabilité, c'est lorsque le parent se sent responsable de ce qui arrive à son enfant. Pour lui c'est de sa faute : s'il avait été plus vigilant, cela ne serait pas arrivé.

L'expression des émotions selon THIBAUT-WANQUET Pascale :

L'agressivité est liée à *«une réaction émotionnelle excessive, à l'expression des craintes du parent face à la situation d'hospitalisation.»*⁸. Le parent rend responsable le personnel soignant de la maladie et de l'hospitalisation de son enfant. Tout événement même mineur, peut alors être source de conflit avec l'équipe.

La violence c'est lorsque le parent prend pour cible le matériel, les locaux, rarement le soignant et lui-même car il a une réaction émotionnelle trop forte.

Le déni c'est lorsque le parent *«peut au cours de cette période, avoir des comportements de négation du diagnostic, considérant que le médecin se trompe.»*⁸ Il peut refuser qu'on prodigue des soins à son enfant. Dans ce cas, l'accord d'un seul des deux parents est suffisant pour prodiguer les soins nécessaires.

⁸ THIBAUT-WANQUET, Pascale, *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital*, Paris, Masson, 2008, p.53 ; p.54 ; p.69, p.72

L'état de sidération est un état qui peut faire dire aux parents qu'ils n'ont pas reçu d'information concernant l'état de santé de leur enfant, les traitements administrés ou encore les soins prodigués car ils ne réagissent pas, ne comprennent pas ce qui leur est dit. Le soignant doit être vigilant à cette attitude.

L'absence, la fuite c'est lorsque les parents ne parviennent pas à rester auprès de leur enfant car cela devient trop dur pour eux.

Une fois ces émotions et réactions comprises, le soignant peut adopter une attitude adaptée envers les réactions des parents. Pour le soignant, en plus de connaître tous ces besoins sur l'enfant, sur les parents, sur les réactions et émotions parentales, il a aussi besoin de connaître ses propres besoins au sein de cette triade.

2.2.3.5 Les besoins des soignants

Tous comme les parents et les enfants, les soignants eux aussi ont des besoins.

D'après THIBAUT-WANQUET Pascale, leurs besoins se regroupent sur quatre plans.

Le premier concerne le plan cognitif qui regroupe l'ensemble des connaissances dont a besoin le soignant pour prendre en charge de manière complète l'enfant et ses parents. On y retrouve *«les besoins psychoaffectifs de l'enfant ; le processus de parentalisation, les dynamiques familiales, les attitudes et les réactions parentales à la maladie et à l'hospitalisation de leur enfant ; les aides et l'accompagnement qu'ils peuvent apporter aux familles ; les différentes façons de faire face aux situations difficiles, aux réactions parentales et les aspects réglementaires et législatifs relatifs à ce sujet.»*⁹. De plus, selon l'article de 3 de la circulaire n°83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants (cf annexe I), les parents nous aideront pour nous décrire les habitudes de vie de l'enfant, afin de permettre une prise en charge personnalisée.

Le deuxième concerne le plan psychoaffectif et relationnel concernant la compréhension et l'analyse relatives *«aux relations intrafamiliales ; aux relations de la triade enfant/parents/soignants ; à la communication au sein de l'équipe, avec la hiérarchie ; à l'évaluation des actions mises en œuvre pour les parents ; à l'analyse des différentes situations rencontrées : anxiété, agressivité, passivité, fuite ; aux échanges sur les difficultés rencontrées : matérielles, relationnelles, émotionnelles et à la capacité à affronter la souffrance, l'impuissance, éventuellement la mort de l'enfant.»*⁸

Le troisième concerne le plan physique c'est-à-dire qu'ils ont besoin d'être présents pour les familles et d'avoir des espaces de repos juste pour eux afin d'échanger sur leur ressenti, leurs difficultés.

Le quatrième concerne le besoin de donner un sens à leur travail et pour cela ils ont besoin d'échanger avec d'autres collègues sur leur pratique professionnelle.

Face à tous ces besoins les concernant et concernant les parents et les enfants, les soignants rencontrent des difficultés face à la présence des parents lors des soins.

⁹ THIBAUT-WANQUET, Pascale, *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital*, Paris, Masson, 2008, p.82

2.2.3.5.1 Les difficultés exprimées par les soignants concernant la présence des parents lors de soins

Les soignants ressentent des difficultés face à la présence des parents lors des soins.

Les soignants ont peur d'être jugés sur leur façon de prodiguer les soins, sur leur posture professionnelle et leurs compétences par les parents. C'est généralement les infirmières qui sortent de l'école qui éprouvent cette sensation. Cette crainte diminue avec le temps et disparaît même lorsque le soignant a compris l'importance de travailler en présence des parents.

Ensuite les soignants constatent que l'enfant est parfois plus difficile en présence de ses parents, ce qui est une idée fautive. Au contraire, les parents peuvent apaiser, rassurer et distraire leur enfant au cours de soins douloureux. C'est pour cela, qu'il est important et nécessaire de la part des soignants, d'indiquer aux parents le rôle qu'ils peuvent avoir pendant les soins.

Ils ont aussi des difficultés à identifier le rôle de chacun notamment le leur. Ils veulent prendre l'enfant en charge et inconsciemment se substituent aux parents. Il est donc très important pour les soignants, de se dire, que même s'ils ont la volonté de prendre en charge en globalité l'enfant, il faut laisser une place aux parents pour ne pas rompre le lien parents-enfant et développer la collaboration des parents lors des soins qui engendrent une douleur pour l'enfant.

Une autre difficulté pour eux est la douleur qu'il provoque à l'enfant lors des soins. C'est pour cela qu'il est utile de mettre en place une prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse afin de générer le moins possible de douleur et de faire participer les parents aux soins pour qu'ils puissent détendre au mieux leur enfant.

Ils peuvent aussi éprouver un sentiment d'impuissance face à un enfant malade qui ne guérit pas ou face à un soin qui ne se déroule pas bien.

Et pour finir face à certaines réactions des parents, les soignants se sentent supérieurs à eux, c'est ce qu'on appelle l'idéalisation. De ce fait, ils se sentent puissants et parfois deviennent désagréables avec les parents.

Il existe donc des formations pour les soignants travaillant auprès des enfants pour essayer de faire disparaître le plus possible ses difficultés.

Selon l'enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital, si dans 53% des cas les soignants expriment le fait que la présence des parents soit bénéfique pour le fonctionnement du service, il y a néanmoins 65% des soignants qui constatent que leur présence peut être source de problèmes, de tensions. De plus, les équipes sont nombreuses à s'accorder sur le fait que leur présence aide à mieux comprendre l'enfant (74%), à le soigner plus facilement (59%) et que cela les aide à faire évoluer leur pratique (37%).

Une fois ces besoins, ses réactions et ses difficultés comprises, le soignant a besoin en plus pour prendre en charge l'enfant, de connaître le développement global de l'enfant ainsi que les besoins fondamentaux. Cela permet une prise en charge adaptée de l'enfant.

2.3 L'enfant âgé de 5 à 7 ans

2.3.1 L'enfant hospitalisé

«L'enfant est une personne en devenir avec des besoins spécifiques qui varient en fonction de son développement neurologique et affectif.¹⁰»

Selon l'article 6 de la charte de l'enfant hospitalisé (cf annexe II), il doit être admis dans un service de soins dédiés spécifiquement aux enfants pour une prise en charge plus globale. Ainsi les enfants seront regroupés entre eux et ils pourront bénéficier de loisirs, de jeux et d'activités éducatives en fonction de leur âge.

Quand un enfant est hospitalisé, il est pris en charge dès son arrivée dans le service. Pour cela, le soignant l'accueille avec ses parents, se présente et décrit les lieux. Il explique le fonctionnement du service, afin de fixer le cadre dès le début.

Tout au long de l'hospitalisation, il doit faire preuve d'une attitude d'écoute et montrer sa disponibilité afin de répondre aux questions que la famille pourrait se poser et ainsi créer une relation de confiance avec l'enfant et ses parents. Il doit au maximum essayer de respecter le rythme de l'enfant afin de ne pas trop perturber les habitudes qu'il avait à la maison.

Pendant l'hospitalisation de l'enfant, les soins prodigués, seront au préalable expliqués par l'infirmière ou autre personnel soignant, afin de permettre à l'enfant de comprendre ce qu'on va lui faire et ainsi permettre une coopération de sa part qui rendra le soin plus agréable.

Pour permettre une prise en charge encore plus efficace, l'équipe soignante a besoin de connaître le développement intellectuel, cognitif, social et langagier de l'enfant.

2.3.2 Développement intellectuel, cognitif et langagier

Le développement cognitif regroupe l'évolution de grandes fonctions comme l'intelligence, la mémoire, le langage, la socialisation. *«Il se traduit par une évolution intellectuelle significative, mais il a également un retentissement très important au niveau de l'affectivité et de la socialisation de l'enfant.¹¹»*

Pour le développement intellectuel, nous allons nous référer à la théorie de Jean Piaget (biologiste, psychologue, logicien et épistémologue). Entre 5 et 7 ans, l'enfant se situe au stade de la période de l'intelligence préopératoire, qui est *«l'intelligence est de plus en plus opératoire partant du concret. Les notions de réversibilité et de conservation sont acquises. Les notions de poids, de longueur, d'espace, de nombres sont acquises.¹²»*

D'après Piaget, à cet âge, c'est l'égoïsme de la pensée qui prédomine c'est-à-dire que l'enfant a du mal à partager ou à donner ses affaires, a des difficultés à prendre en compte les idées d'autrui. Sa pensée est égoïste, c'est son point de vue qui domine et tout tourne autour de lui.

¹⁰ GAUROIS, Marie-France, GILLIET, Christine, SAINT-DIZIER, Francine, *Théories et pratiques infirmière, pédiatrie*, Belgique, Vuibert, 2002, p.13

¹¹ MOREL, Corinne, *La psychologie de l'enfant*, France, éditions grancher, 2014, p.124 ; p.126 ; p.131 ; p.134-136

¹² DE BROCA, Alain, *Le développement de l'enfant*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 5^{ème} édition, 2012, p.130

«*Cette croyance a un profond retentissement sur la compréhension intellectuelle de l'enfant mais aussi sur son affectivité.*¹³» En plus de l'égoïsme, la pensée est intuitive c'est-à-dire que l'enfant n'utilise pas les compétences qu'il a mais il cherche intuitivement la solution. Deux éléments sont caractéristiques de cette pensée : «*l'attachement à la forme et la non-acquisition de la réversibilité.*¹⁰»

L'utilisation des symboles fait aussi partie de cette période. Nous développerons ce sujet lorsque nous évoquerons le langage.

La représentation du monde par l'enfant à cet âge est en rapport avec son égoïsme. Piaget décrit six concepts qui décrivent la manière dont l'enfant s'explique au monde :

- L'animisme : l'enfant parle aux objets comme s'il comprenait et entendait ce qu'il leur dit.
- L'artificialisme : «*croyance de l'enfant selon laquelle tout a été créé par l'homme et pour l'homme.*¹⁰»
- Le finalisme : l'enfant a besoin de donner une explication à tout, c'est la période des «pourquoi».
- Le réalisme : l'enfant a une représentation concrète de tout.
- Le syncrétisme : «*incapacité de l'enfant à relier les parties au tout.*¹⁰»
- La transduction : «*L'enfant qui veut tout expliquer (finalisme), établit des liens entre les différentes choses ou situations. Cependant, les liens établis n'ont pas forcément de sens, ou encore ils expriment une confusion entre la proximité temporelle ou spatiale et la causalité.*¹⁰».

Il explique, traduit sa logique et répond à son besoin de tout comprendre.

De plus, la formation du jugement moral est en évolution et est en lien avec les concepts cités. L'enfant a du respect pour la personne plus âgée que lui, il met en place une morale hétéronome c'est-à-dire qu'il respecte les lois morales par obéissance et il développe le mensonge pas parce qu'il a l'intention de mentir mais parce que ce qu'il dit est lié à son imagination et a donc tendance à exagérer la réalité.

Au niveau du langage l'enfant de 5 à 7 ans connaît environ 2500 mots. Il commence l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, il sait utiliser correctement les adjectifs et il sait inventer et organiser un petit récit à partir de sa journée.

Piaget a observé un groupe d'enfants et en a déduit qu'à cet âge, les enfants se parlent à eux-mêmes qu'ils soient en groupe ou tout seul. Il explique que jusqu'à 7 ans, l'enfant parle pour lui-même. Il pense et réfléchit à haute voix, ce qu'il a nommé le monologue individuel. Ce monologue diminue vers l'âge de 7 ans. Lorsqu'il est en groupe et qu'il parle avec d'autres enfants, on se rend compte qu'ils discutent tous en même temps sans vraiment s'écouter et en conservant leurs idées. Ils font un monologue, ce que Piaget a appelé le monologue collectif. C'est également la période du jeu. L'enfant met en scène des situations qu'il a pu voir dans sa vie quotidienne pour les reproduire de la façon dont il le souhaite. Il dessine beaucoup car il est seul et comme nous avons pu le voir précédemment, ce n'est pas dû au fait qu'il n'aime pas les activités de groupe mais au fait qu'il est seul et donc qu'il n'a pas les pensées d'autrui, juste les siennes.

¹³ GAUROIS, Marie-France, GILLIET, Christine, SAINT-DIZIER, Francine, *Théories et pratiques infirmière, pédiatrie*, Belgique, Vuibert, 2002, p.13

La théorie de Piaget est basée que sur le développement cognitif ; il en oublie le développement psychoaffectif. Or, il est nécessaire de le prendre en compte par l'équipe soignante lors de la prise en charge d'un enfant.

2.3.3 Développement psychoaffectif et social

Nous allons étudier le développement psychoaffectif de l'enfant âgé de 5 à 7 ans en s'appuyant sur la théorie de Sigmund Freud (neurologue fondateur de la psychanalyse). Ce théoricien se base sur trois instances psychiques qui sont le Ça, le Moi et le Surmoi. Afin de permettre une bonne compréhension, nous allons définir ces instances afin de développer le stade où se situe l'enfant entre 5 et 7 ans.

Le Ça correspond au réservoir des pulsions qui sont régies par les désirs et les besoins. Cela représente les intérêts pulsionnels. Il est présent dès la naissance.

Le Surmoi correspond à l'acquisition des lois, des limites, des interdits et des morales. Cela représente les intérêts extérieurs.

Le Moi correspond à l'intermédiaire entre le Ça et le Surmoi et obéit aux principes de la réalité. C'est la personnalité, le siège de la décision qui se construit avec les instructions pulsionnelles du Ça et les interdits du Surmoi. Entre 5 et 7 ans, le Moi continue de se développer, *«l'enfant s'affirme de plus en plus comme un sujet distinct et ayant une personnalité propre.¹⁴»*

Ces instances psychiques développées, Freud a décrit trois stades de l'enfance : le stade oral, le stade anal et le stade phallique-œdipien. Dans chaque stade il y a un objet, une zone érogène et un but pulsionnel. Ici nous développerons uniquement le stade phallique-œdipien car il correspond au développement des enfants de 3 à 6-7 ans.

Le stade phallique-œdipien regroupe le stade phallique et le complexe d'Œdipe. Selon la théorie freudienne, il débute dès l'âge de 3 ans et se termine à l'âge de 7 ans. La zone érogène correspond au pénis pour le garçon et au clitoris pour la fille, l'objet est le sexe opposé et le but pulsionnel correspond aux premières activités masturbatoires et/ou la prise de conscience de la différence anatomique entre une fille et un garçon.

Le stade phallique regroupe trois aspects :

- *«l'érotisme urétral qui désigne le plaisir à uriner, mais également celui de se retenir ;*
- *la masturbation infantile, c'est-à-dire la découverte de son propre corps ;*
- *la curiosité sexuelle de l'enfant»¹⁵*

C'est à ce stade que l'enfant se rend réellement compte de la différence homme-femme. On y retrouve l'angoisse de castration qui selon Freud se manifeste chez le garçon quand il s'aperçoit que la fille n'a pas de pénis. Quant à la fille, Freud nous explique qu'il n'y a pas d'angoisse de castration car elle va prendre conscience très tôt qu'elle n'a pas de pénis, mais de ce fait, elle va chercher toute sa vie à combler ce manque à travers des études, la vie de famille...

¹⁴ MOREL, Corinne, *La psychologie de l'enfant*, France, éditions grancher, 2014, p.107 ; p.111

¹⁵ MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anna, *La relation soignant-soigné*, Pays-Bas, Lamarre, 3^{ème} édition, 2008, p.87

Le complexe d'Œdipe correspond à une relation triangulaire entre l'enfant, la mère et le père. Il se décrit selon les deux points suivants :

- «le désir de l'enfant pour le parent de sexe opposé ;
- désir conjugué à l'hostilité de l'enfant pour le parent du même sexe.»¹⁶

C'est donc l'enfant qui va éprouver des sentiments amoureux pour le parent du sexe opposé, il sera dans la séduction alors que pour le parent du même sexe, il sera dans l'opposition. C'est à travers l'intégration de l'interdit de l'inceste que l'enfant assimile tous les autres interdits. Ce complexe est résolu lorsque l'enfant comprendra qu'il ne peut pas aimer ses parents comme eux ils s'aiment et qu'il se trouvera d'autres objets d'amour. Cette résolution permet la formation du Surmoi.

Quant à la socialisation, elle débute dès l'âge de deux ou trois ans grâce aux échanges avec sa famille ou des personnes qui lui sont non familières. L'enfant de 5 à 7ans se socialise en groupe homogène soit par sexe, soit par âge, ce qui lui permet de développer son affirmation, même si à cet âge il reste tout de même très égocentrique. Il va choisir son copain de jeu en fonction de ce qu'il est en train de faire, si cela l'intéresse ou non. De plus, il recherche la simplicité, c'est-à-dire qu'il ne va pas rechercher des conflits.

Pour prendre en charge l'enfant encore plus de manière adaptée, il faut aussi connaître le développement moteur afin de comprendre mieux son comportement.

2.3.4 Développement moteur

Le développement moteur correspond à un processus de transformation de la naissance jusqu'à l'âge adulte. C'est l'apparition et l'évolution des compétences motrices de l'être humain. Dans cette partie, seuls les changements spécifiques à l'enfant âgé de 5 à 7 ans seront abordés.

Nous présenterons sous forme de tableau afin de permettre une meilleure compréhension.

Âge	Motricité globale et membres inférieurs	Motricité de la main	Habillage
4-5 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Tient sur un pied pendant 3 à 4 secondes - Saute sur un pied - Commence à moduler la vitesse des mouvements - Écrit son prénom 	<ul style="list-style-type: none"> - Fait des carrés à bords arrondis et des triangles - Dessins variés : arbres, maison, famille... - Dessins du corps relativement complet - Découpage simple - Puzzle : 24 pièces 	<ul style="list-style-type: none"> - S'habille et se déshabille seul - Commence à aller au WC seul - Commence à se laver et à se coiffer seul - Boutonne ses boutons seul - Commence à faire et défaire ses lacets seul

¹⁶ DE BROCA, Alain, *Le développement de l'enfant, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 5^{ème} édition, 2012, p.130*

6-7ans	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration du sens de l'équilibre : peut fermer les yeux et rester immobile, déplacer une jambe sur le côté puis devant la jambe d'appui 	<ul style="list-style-type: none"> - Fait des losanges - Fait des bonhommes avec des vêtements, des mains, des doigts, des pieds - Commence à écrire en respectant les lignes de la page 	<ul style="list-style-type: none"> - Se lave seul - N'a plus besoin d'aide pour aller au WC
--------	--	---	---

Ces différents aspects du développement de l'enfant connus, l'équipe soignante doit aussi connaître les besoins fondamentaux des enfants afin d'adapter leur prise en charge à leurs besoins.

2.3.5 Besoins fondamentaux

Le besoin est «une nécessité impulsant une action pour le satisfaire ou provocation qui renvoie à une insatisfaction, une frustration.¹⁷»

La théorie de Abraham Maslow, psychologue, qui regroupe cinq niveaux de besoins hiérarchisés, c'est-à-dire qu'un besoin ne peut être satisfait que si les besoins d'avant le sont.



18

Les besoins physiologiques qui correspondent aux besoins de survie : se nourrir, boire, dormir... Chez l'enfant âgé de 5 à 7 ans, la satisfaction de ce besoin passe par l'aide de personnes (parents, membres de l'école...).

Le besoin de sécurité correspond au besoin de se protéger des différents dangers pouvant exister. Chez l'enfant de cet âge, l'insécurité peut provoquer de la peur, de l'anxiété. C'est pour cela qu'il a besoin de protection et de sécurité physique et psychologique. Pour ce faire, les parents sont les mieux placés mais lors d'une hospitalisation, le personnel soignant joue un rôle majeur. Plus il mettra l'enfant dans un climat de sécurité, plus l'enfant se sentira confiant et paisible et ainsi aura moins de peur et d'angoisse.

¹⁷ <http://www.infirmiers.com/pdf/Theorie%20de%20soins%202.pdf>

¹⁸ Meyer, Guillaume-Nicolas, URL : <http://www.guillaume-nicolas-meyer.fr/tag/pyramide-de-maslow/>

Le besoin d'appartenance qui correspond au besoin d'être accepté tel qu'on est. L'enfant a besoin d'appartenir à un groupe afin de réaliser l'existence qu'il a auprès d'eux.

Le besoin d'estime qui correspond au besoin d'être reconnu en tant que personne à part entière. C'est ce qui permet à l'enfant d'avoir confiance en lui, de se respecter lui-même, de se sentir utile, reconnu et apprécié des autres, de se forger sa propre identité.

Le besoin de s'accomplir qui vise à atteindre l'épanouissement personnel. Pour l'enfant, celui-ci lui permet de développer ses compétences et son autonomie grâce à ses expériences et découvertes qu'il fait seul. A cet âge, l'adulte mais notamment les parents peuvent être à ses côtés et l'accompagner dans l'accomplissement de ce besoin.

Ainsi, l'infirmière peut s'occuper de manière spécifique de l'enfant. Elle peut donc prendre en charge la douleur, la peur, l'anxiété et le refus lors de soins douloureux en prenant en compte ces besoins.

2.4 La prise en charge de la douleur, la peur, l'anxiété et le refus par l'infirmière lors des soins

2.4.1 Définitions

La douleur se définit par *«une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion physique réelle ou potentielle, ou décrite en termes de cette lésion. La douleur est toujours subjective. Chaque individu apprend à quelle réalité s'applique ce mot» au travers des expériences qu'il a faites plus tôt dans sa vie.¹⁹»*

Il existe différents types de douleurs et celle qui nous intéresse dans ce chapitre est la douleur induite par les soins : *« Se dit d'une douleur de courte durée causée par le praticien ou par une thérapeutique dans des circonstances de survenues prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées.²⁰»*.

«L'expérience douloureuse comprend :

- *une composante sensori-discriminative, qui caractérise le stimulus douloureux en termes d'intensité, de localisation et de durée ;*
- *une composante émotionnelle et motivationnelle, associée à des comportements complexes (anxiété, dépression...), à des réponses émotionnelles et à un besoin de limiter la durée et l'intensité douloureuse ;*
- *une composante cognitive, qui permet de faire le lien entre l'expérience douloureuse, son contexte environnemental, biologique et psychosocial, et de la comparer à des expériences similaires antérieures.²¹»*

La peur est définie comme une émotion normale qui est fondamentale et salutaire. *«Elle peut être assimilée à un système d'alarme : sa fonction est d'attirer notre attention sur un danger pour nous*

¹⁹ KUTTNER, Leona, *L'enfant et sa douleur*, Saint-Just-la-Pendue, Dunod, 2011, p.9

²⁰ WANQUET-THIBAUT, Pascale, *Douleurs liées aux soins*, Pays-Bas, Lamarre, 2015, p.2

²¹ GASSIER, Jacqueline, SAUVEUR, Colette, *Le guide la puéricultrice*, Issy-Les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 4^{ème} édition, 2016, p.599-600

*permettre d'y faire face au mieux.*²² C'est une réaction à un stimuli externe, menaçant, comme une aiguille par exemple.

L'anxiété est *«un sentiment d'inquiétude, né de l'incertitude d'une situation, de l'appréhension d'un événement, d'une menace imminente, accompagnée de symptômes neurovégétatifs ; c'est la crainte d'un danger fantasmatique ou réel sans objet précis mais anormalement exagéré. Elle correspond à une peur qui est anticipée.»*²²

Le refus de soin se définit ainsi : une personne qui refuse complètement les gestes techniques, les thérapeutiques ou une intervention qu'elle doit subir.

Il faut savoir que ces notions notamment la douleur et le refus de soin sont régis par un cadre législatif.

2.4.2 Cadre législatif

La prise en charge de la douleur s'inscrit dans un cadre législatif, que tout professionnel de santé se doit de respecter.

Tout d'abord, des lois ont été rédigées pour prendre en charge la douleur des patients.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (cf annexe V), précise dans l'article 3, L1110-5 que *«toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.»* Il stipule aussi que tout malade a le droit de bénéficier de traitements efficaces et d'avoir accès à des soins de qualité, aucun soin n'est prodigué si le malade encourt des risques.

L'article L1110-5 du Code de la santé Publique (cf annexe IV) nous dit que le soignant se doit donc de trouver un moyen pour prendre en charge la douleur de l'enfant lors des soins douloureux. Et l'article R4312-19 (cf annexe IV) nous informe que l'infirmière a le droit de dispenser des soins visant à soulager la douleur.

Ensuite des chartes ont été élaborées et dans celles-ci on y retrouve la prise en charge de la douleur.

La charte de la personne hospitalisée (cf annexe III) stipule que tout établissement qui accueille des personnes, doit se fournir des moyens propres pour prendre en charge la douleur.

La charte de l'enfant hospitalisée (cf annexe II) précise dans l'article 5 que le corps médical prendra en charge la douleur et essaiera de la réduire au maximum.

Puis trois plans de lutte contre la douleur ont été mis en place, ils se succèdent.

Le premier plan date de 1998-2000 ; il a été mis en place par Bernard Kouchner (secrétaire de l'État de Santé) et il s'articule autour de trois axes principaux : *«la prise en compte de la demande et des besoins de la personne, le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins et pour finir le développement de la formation et de l'information des*

²² BERTHET, Annie, DROZ, Dominique, MANIERE, Marie-Cécile, NAULIN-IFI, Chantal, TARDIEU, Corine, *Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant*, Lassay-les-Châteaux, Quintessence International, 2006, p.18

professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur.»²³

Le deuxième plan date de 2002-2005, il s'inscrit dans la continuité du premier plan, il poursuit les objectifs de celui-ci. Il a été élaboré par la Société d'étude et de traitement de la douleur (SETD), le collège national des médecins de la douleur (CNMD) et le collège national des enseignants universitaires de la douleur (CNEUD). Il est principalement centré sur la douleur induite par les soins. Il s'articule sur cinq objectifs : *«associer les usagers par une meilleure information, l'amélioration de l'accès pour le patient souffrant de douleurs chroniques à des structures spécialisées, l'amélioration de l'information et de la formation des professionnels de santé, amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur et pour finir le renforcement du rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée.»²³*

Le troisième plan date de 2006-2010, il s'inscrit dans la continuité des deux premiers plans, en proposant encore plus d'axes d'amélioration pour la prise en compte de la douleur car selon une enquête des événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS), la prise en compte de la douleur reste encore insuffisante dans certaines situations. Il a été élaboré par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la Direction générale de la santé (DGS). Ces priorités sont définies sur quatre points : *«l'amélioration de la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents, l'amélioration de la formation initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients, l'amélioration des modalités de traitements médicamenteux et de l'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité et pour finir la structuration de la filière de soins de la douleur.»²³*

Actuellement, le Haut Comité de Santé Publique recommande au Ministère de la Santé d'élaborer un quatrième plan contre la douleur afin de donner un nouveau souffle aux actions entreprises et de s'assurer de la poursuite de l'engagement des pouvoirs publics dans ce champ, ce serait le plan de lutte de 2013-2017. Il propose trois axes principaux : l'amélioration de l'évaluation de la douleur et la prise en charge des patients en sensibilisant les acteurs de premiers secours, de garantir la prise en charge de la douleur lorsque le patient est hospitalisé à domicile et pour finir d'aider les patients qui rencontrent des difficultés de communication (nourrissons, troubles psychiatriques...) à mieux exprimer les douleurs ressenties afin d'améliorer leur soulagement.

Pour le refus de soin, l'article R.4312-14 (cf annexe IV) nous informe que le soignant doit accepter le refus de soins après avoir informé le patient des conséquences de ce refus.

Une fois ce cadre législatif connu, le personnel soignant et particulièrement l'infirmière, peut mettre en place une prise en charge de la douleur, de la peur, de l'anxiété et du refus tout en respectant ce cadre.

²³ Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur, *Plans douleur*, URL : <http://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur>

2.4.3 Prise en charge de la douleur, la peur, l'anxiété et le refus

2.4.3.1 Évaluation

La douleur doit être évaluée de manière qualitative et quantitative. Pour cela plusieurs échelles peuvent être utilisées. Il existe des méthodes d'auto-évaluation et des méthodes d'hétéro-évaluation.

Afin d'évaluer la douleur de l'enfant par une méthode d'autoévaluation, plusieurs outils peuvent être utilisés chez les enfants en capacité de s'exprimer :

L'échelle verbale simple où l'enfant évalue sa douleur en fonction de quatre niveaux : *«n'a pas mal, un peu mal, moyennement mal, beaucoup mal.»*²⁴

L'échelle des visages de Bieri où on utilise des visages en montrant et en expliquant à l'enfant que le visage de gauche représente quelqu'un qui n'a pas mal et que plus on va à droite, plus la personne a mal. Le soignant exprime ensuite le résultat en chiffre entre 0 et 10. Elle est utilisée pour les enfants de 3 à 8 ans.

L'échelle de Wong et de Backer où on utilise la même méthode que pour l'échelle des visages sauf que le résultat s'exprime entre 0 et 5. Elle est utilisée pour les enfants de 3 à 8 ans.

Les jetons : l'enfant évalue sa douleur avec des jetons, *« juste un petit bobo » (un jeton), « un bobo un peu plus gros » (deux jetons), « un bobo encore plus gros » (trois jetons), « le plus gros bobo que tu puisses avoir » (quatre jetons). Il n'y a pas de zéro.»*²⁵ Ils sont utilisés de 4 à 8 ans.

Les schémas du corps où l'infirmière montre à l'enfant un dessin du corps et lui demande de hachurer ou de colorier l'endroit ou les endroits où il a mal. Ils sont utilisés pour les enfants de 4 à 10 ans.

The Oucher est une méthode fondée sur deux échelles. Une échelle avec six photos d'enfants et une échelle numérique en verticale. L'échelle numérique est surtout utilisée quand l'enfant sait lire. C'est utilisé pour les enfants de 3 à 12 ans.

Il existe aussi des échelles d'hétéro-évaluation qui permettent d'évaluer la douleur quand les enfants sont trop jeunes pour s'exprimer (en dessous de 3 ans), qui ne seront pas développer.

En plus de l'évaluation de la douleur, des techniques médicamenteuses et non médicamenteuses peuvent être mise en place pour prendre en charge la douleur.

2.4.3.2 Prise en charge médicamenteuse

Pour prendre en charge la douleur, des moyens médicamenteux sont mis en place avant et pendant le soin. Nous allons nous intéresser plus particulièrement à deux traitements qui permettent de prévenir la douleur induite par les soins et de prendre en charge l'anxiété de l'enfant qui peut être générée par ce soin.

Tout d'abord, le patch ou la crème EMLA® sont un anesthésique local à base d'un mélange de prilocaïne et de lidocaïne. Le patch est prêt à l'emploi, il suffit de l'appliquer 1 à 2 heures avant le geste invasif. La crème est à appliquer sur la peau 1 heure avant, au niveau où va avoir lieu le soin invasif. Elle doit être recouverte par un pansement de type Tegaderm® occlusif afin de permettre

²⁴ GASSIER, Jacqueline, SAUVEUR, Colette, *Le guide la puéricultrice*, Issy-Les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 4^{ème} édition, 2016,

²⁵ KUTTNER, Leona, *L'enfant et sa douleur*, Saint-Just-la-Pendue, Dunod, 2011, p.121, p.234

l'efficacité. L'EMLA® est indiqué «pour atténuer la douleur lors des actes suivants : prises de sang, injections intraveineuses, prélèvements cutanés pour greffes, et interventions sur la muqueuse génitale, en association avec l'anesthésie locale.²⁶». C'est «un traitement utile et efficace pour les enfants qui doivent subir de nombreux gestes invasifs douloureux car sa marge de sécurité est grande.²⁶».

Puis le protoxyde d'azote Entonox® ou le Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA) sont un gaz «utilisé pour ses propriétés antalgiques, anxiolytiques, euphorisantes et amnésiantes, et est indiqué dans la prévention des gestes douloureux²⁶.» Il est nécessaire pour que les professionnels puissent l'utiliser, d'avoir eu une formation au préalable et une prescription médicale. Ce gaz provoque une sédation consciente et l'état initial après la dispensation est récupéré en cinq minutes.

Son délai d'action est de trois minutes, il faut donc appliquer le masque à l'enfant trois minutes avant le soin et le laisser durant toute la durée de celui-ci. Il est important de la part du soignant, d'informer l'enfant, de le familiariser avec le matériel et de lui demander sa participation lors de l'application du masque sur le visage.

Toutefois, en plus de ces traitements médicamenteux, il est nécessaire d'y associer des moyens non médicamenteux pour avoir une meilleure efficacité de la prise en charge de la douleur.

2.4.3.3 Prise en charge non médicamenteuse

Tout d'abord, elle passe par l'explication du soin à l'enfant pour diminuer sa douleur, son anxiété, sa peur ou éviter un refus. Ensuite des moyens sont mis en place.

Méthodes physiques : «Les moyens physiques se caractérisent plus spécifiquement par le contact de la peau pour stimuler les fibres nerveuses qui stoppent l'influx douloureux²⁷.»

On y retrouve :

Le toucher définit par «une sensation et une perception fondée sur 5 éléments : le froid, le chaud, le contact, la douleur, la pression.²⁷» Il permet de soulager la douleur et l'anxiété.

Méthodes physiologiques : l'application du froid ou cryothérapie sur la zone douloureuse ou en prévention de la douleur sur la zone qui va être concernée par le soin. Cette application permet une vasoconstriction puis une vasodilatation et donc une hypoalgésie.

Méthodes cognitivo-comportementales : «Visent à amener le patient à modifier son comportement par une désensibilisation réalisée grâce à l'utilisation de méthode de relaxation : la confrontation imaginaire ou réelle aux situations redoutées, un apprentissage à travers des jeux de rôles ou le jeu, une restructuration cognitive par le travail sur les pensées et les schémas mentaux.²⁷»

²⁶ WOOD, Chantal, *Prise en charge de la douleur chez l'enfant, une approche multidisciplinaire*, Paris, Masson, 1^{ère} édition, 2002, p.177

²⁷ THIBAULT, Pascale, FOURNIVAL, Nathalie, *Moyens non pharmacologiques de prise en charge de la douleur*, Pays-Bas, édition Lamarre, 2012, p.43-44 ; p.65 ; p.73

On y retrouve :

L'information par le jeu qui permet à la personne soignée de se projeter dans la situation et ainsi de comprendre et de dédramatiser le soin qui va lui être prodigué par les explications du soignant. Chez l'enfant, on peut utiliser des figurines ou des poupées par exemple.

Le renforcement positif, la récompense comme une remise d'un diplôme de courage proposé à l'enfant à la fin du soin pour le féliciter de son courage.

Méthodes psychocorporelles : *«l'ensemble des approches psychothérapeutiques partant du corps ou se servant du corps comme médiation mais aussi, plus largement, des méthodes impliquant un travail corporel à visée psychothérapeutique, prophylactique et préventive.²⁹»*

On y retrouve :

L'hypnose se définit par *«une approche thérapeutique, et même une «philosophie de vie.» En effet, l'hypnose est une disposition particulière, un état d'ouverture à la richesse de la vie intérieure et extérieure. C'est un processus dynamique, qui nous (re)donne notre place et nous entraîne dans le mouvement de la vie. L'expérience de l'hypnose nous apprend à prendre de la distance avec nos croyances apprises, avec nos réponses réflexes et nos tentatives de solutions, pour laisser notre créativité se déployer.²⁸»*

Zelter, Farunik et le Baron (1988) ont montré que l'hypnose est une approche psychologique qui permet à des enfants de 6 à 12 ans de réduire significativement une douleur expérimentale et que l'hypnose avec suggestion d'analgésie est particulièrement efficace pour réduire l'intensité de la douleur.

La sophrologie se définit par le Docteur Alfonso Caycedo comme *«une étude de la conscience humaine et de ses modifications par des moyens physiques, chimiques et psychologiques.²⁹»* Cela fait appel aux sensations et aux émotions qui peuvent être utilisées dans la prévention des douleurs provoquées par les soins.

La relaxation qui se définit par *«l'ensemble important de méthodes et de techniques dont le but principal est de parvenir au relâchement du tonus musculaire et du psychisme par la concentration sur les sensations corporelles (sensations de chaud, de froid, d'engourdissement, de légèreté, etc.) et un travail respiratoire.²⁹»* Cela permet de réduire l'anxiété et donc sur la composante émotionnelle de la douleur.

Les massages de confort sont définis comme *«l'action de pratiquer différents types de manipulations avec les mains (presser, pétrir, pincer) sur une partie du corps ou un organe.²⁴»* Il permet un relâchement musculaire et psychique qui permet au patient d'accéder à la détente et donc de diminuer son seuil de douleur. Normalement, le massage est réservé au kinésithérapeute mais de plus en plus souvent d'autres professionnels tels que infirmiers, aides-soignants, auxiliaires puéricultrices utilisent cette technique dans le but de favoriser la détente et le soulagement de la personne soignée.

La distraction qui se définit comme *«l'action de détourner l'esprit d'une occupation ou d'une préoccupation ; diversion.²⁹»* Elle peut être utilisée avec support et sans support.

²⁸ CELESTIN-LHOPITEAU, Isabelle, *L'hypnose pour les enfants*, Clermont-Ferrand, édition J.Lyon, 2013, p.27

²⁹ THIBAUT, Pascale, FOURNIVAL, Nathalie, *Moyens non pharmacologiques de prise en charge de la douleur*, Pays-Bas, édition Lamarre, 2012, p.74 ; p.95 ; p.98 ; p.103-104

2.4.4 Perception et expression par l'enfant

Concernant la perception de la douleur, de 5 à 7 ans l'enfant perçoit la douleur comme une punition et quelque chose qui fait mal. Il peut tenir responsable les autres de sa douleur. Il ne fait pas la distinction entre la cause et la conséquence de sa douleur, ni entre le traitement et le soulagement de sa douleur. Pour le seuil de la douleur, plus l'enfant grandit plus la douleur diminue. À cet âge, il ressent donc plus la douleur qu'à 8-11 ans mais par contre, il n'est pas toujours en mesure de l'exprimer, de la verbaliser dû à sa pensée égocentrique. Il est donc nécessaire de la part de l'infirmière de rechercher les explications que l'enfant se donne car il ne les partagera pas de lui-même et de le rassurer, de l'informer et de lui faire comprendre que sa douleur n'est pas une punition.

En ce qui concerne l'expression de la douleur, comme nous l'avons évoquée ci-dessus, il faut rechercher les explications que l'enfant se donne à sa douleur et le rassurer. Pour évaluer et exprimer sa douleur, l'enfant à partir de 4-5 ans est plus enclin à le faire dû au fait qu'il utilise de manière plus efficace et plus fiable les échelles d'auto-évaluation grâce à sa capacité à évaluer sa douleur et à repérer les solutions qui peuvent être mises en place pour lutter contre sa douleur.

3. Phase exploratrice

3.1 Choix de la méthode

J'ai décidé pour mes recherches auprès des professionnels de partir de ma question de départ afin que ceux-ci s'expriment de façon libre et d'enrichir mes connaissances. Après leurs réponses, voulant plus de détails sur l'anxiété, la peur et le refus de l'enfant, je leur ai demandé plus de précisions sur ce sujet.

J'ai eu l'opportunité de rencontrer des professionnels ayant accepté de me faire part de leurs expériences.

3.2 Population

- Infirmière Puéricultrice diplômée d'État (IPE) depuis 7 ans avec une expérience en cardiologie infantile de 3 ans ainsi de 10 ans aux urgences pédiatriques et en réanimation pédiatrique depuis 10 ans.
- Infirmière diplômée d'État (IDE) depuis juillet 2016 avec une expérience en médecine infantile depuis octobre 2016

3.3 Analyse des entretiens

3.3.1 Prise en charge de la douleur

Au cours de mes entretiens, j'ai pu constater que la prise en charge de la douleur est notamment prise par les infirmières. Elles m'ont expliquée toutes les deux qu'on pouvait toujours prendre en charge la douleur nous même.

L'IPE m'explique que pour la prise en charge de la douleur, l'infirmière pourra toujours la prendre par des moyens antalgiques. Lors de la douleur induite par les soins, le patch est beaucoup utilisé chez les enfants, de plus des moyens non médicamenteux peuvent être mis en place comme la distraction (chants, histoires, télévision, jeux...) et l'hypnose (si l'infirmière a bénéficié d'une formation).

L'IDE m'a expliqué que pour la prise en charge de la douleur, des moyens antalgiques et anesthésiants sont mis en place. Dans la plupart des cas, un patch EMLA est mis en place avant tous soins douloureux. De plus, dans leur service, les infirmières ont recours au MEOPA afin de faire diminuer la douleur de l'enfant voire même de la faire disparaître. Enfin des techniques non médicamenteuses sont mises en place comme la distraction (chants, histoires, comptines...)

3.3.2 Prise en charge de l'anxiété, de la peur et du refus

Au cours de mes deux entretiens, je me suis aperçue que l'avis des professionnels concernant la prise en charge de l'anxiété, de la peur et du refus était quasiment semblable. Elles passent toutes les deux, par la phase d'explication du soin et ensuite elles favorisent la présence des parents pour gérer tout ceci.

L'IPE m'a expliqué que pour prendre en charge l'anxiété, la peur ou le refus, pour elle il est primordial en amont du soin, de passer par la phase d'explication du soin. Celle-ci sera expliquée à l'enfant et aux parents. Ensuite pour gérer ces types d'émotions, en premier lieu, elle fait appel aux parents. En temps qu'infirmière, on peut avoir des paroles rassurantes pour l'enfant mais toutefois ce sont les parents qui réussiront à le calmer. De plus pour prendre en charge l'anxiété, pour elle, c'est grâce à cette présence que le soin va bien se dérouler et être de bonne qualité. Si les parents ne sont pas présents, elle m'explique qu'il faut toujours laisser à l'enfant un objet (écharpe, vêtements...) afin qu'il sente l'odeur de ses parents pour le calmer. Ensuite on peut avoir recours au MEOPA pour apaiser l'enfant et effectuer le soin.

L'IDE m'a expliqué que pour prendre en charge l'anxiété et la peur de l'enfant, elle passe par l'explication du soin avant celui-ci. Dans la plupart des cas aussi l'application d'un patch EMLA en amont est nécessaire. Elle remarque que si c'est la première fois que l'enfant subit un soin douloureux, le fait de mettre un patch permet à l'enfant pour les fois suivantes d'avoir moins de crainte, moins de peur et moins d'anxiété. Concernant la peur, dans son service, cela se traduit notamment par des pleurs générés par l'anxiété de l'enfant dès l'arrivée de l'infirmière. Pour prendre en charge ces pleurs, elle fait appel aux parents en première intention. Si les parents ne sont pas présents, elle essaye de gérer cette situation en collaboration avec l'auxiliaire puéricultrice en mettant en place des techniques non médicamenteuses (chants, histoires...). Ensuite pour gérer le refus de soin, elle m'explique qu'elle fait intervenir les parents, elle leur donne un rôle pendant le soin, en prenant l'enfant sur les genoux par exemple. Enfin si les parents ne sont pas présents, pour que l'enfant accepte le soin, généralement elles sont deux à venir dans la chambre, l'infirmière et l'auxiliaire puéricultrice. Pendant que l'infirmière va faire le soin, l'auxiliaire puéricultrice va maintenir l'enfant en chantant une chanson ou en racontant une histoire en même temps. De plus pour prendre

en charge le refus et faire accepter le soin à l'enfant ou diminuer l'anxiété ou la peur, elle m'informe qu'on peut avoir recours au MEOPA, ce qui va permettre à l'enfant de se calmer et d'effectuer le soin. Elles l'utilisent notamment quand les parents ne sont pas présents.

3.3.3 Présence des parents lors de soins qui engendre douleur ou anxiété ou refus ou peur

Au cours de mes deux entretiens, je me suis aperçue que l'avis des professionnels était semblable concernant la présence des parents lors des soins. Elles m'ont répondu toutes les deux qu'elles favorisaient la présence des parents lors de tous types de soins même lors des soins qui peuvent engendrer douleur, anxiété, peur ou refus.

L'IPE m'a dit qu'elle incluait énormément les parents dans les soins, elle les fait sortir très peu même si c'est un soin qui engendre douleur, anxiété, peur ou refus, elle y voit un avantage. Elle m'explique que pour la douleur, en temps qu'infirmière on peut la prendre en charge nous même notamment par des moyens médicamenteux comme les patchs ou le MEOPA.

Par rapport à l'anxiété de l'enfant qui va se traduire par l'augmentation du rythme cardiaque et des pleurs, elle va être gérée grâce à la présence des parents, cela fonctionne très bien dans la plupart des cas, ce qui va être aidant, car ils vont calmer l'enfant, l'épauler, lui tenir la main, lui chanter des chansons douces ou encore lui dire des paroles rassurantes, ce qui va permettre d'atténuer ou d'arrêter les pleurs. Toutefois certains parents sont très stressés et ce stress va se répercuter sur l'enfant, mais c'est rare. Dans ce cas c'est à l'infirmière d'analyser et de juger la situation pour que cette présence n'ai pas une influence néfaste sur le déroulement et la qualité du soin.

L'IDE m'a dit qu'elle favorisait la présence des parents lors des soins. Tout d'abord parce qu'elle n'osait pas leur demander de sortir, ensuite cela ne la dérange pas que ceux-ci soient présents. Bien au contraire, elle y voit un avantage dans la prise en charge de l'enfant. Pour elle, le fait que les parents soient là permet de diminuer l'anxiété, la peur et le refus de l'enfant. Leur présence auprès de leur enfant va permettre de l'apaiser mais aussi de donner des explications supplémentaires si nécessaire à celles données par l'infirmière afin qu'ils acceptent le soin. Elle m'explique qu'avant chaque soin les enfants pleurent car ils ont peur et sont anxieux et grâce à la présence des parents, l'enfant va moins pleurer ou même arrêter. Avant tout soin, elle demande tout de même aux parents s'ils souhaitent rester car certains ne le désirent pas car ils ont la crainte d'entendre leur enfant pleurer. Cependant, elle m'a précisé qu'elle avait remarqué que les parents qui ne souhaitaient pas rester sont ceux ayant des enfants en bas âge. Donc dans la tranche d'âge étudié dans ce travail, elle m'a rapporté que les parents restaient.

De plus, elle m'a fait part que lorsque l'enfant refuse le soin, il est plus facile d'avoir les parents à nos côtés. Elle m'explique, par exemple lors d'une prise de sang que le parent peut prendre son enfant sur les genoux pour qu'il accepte le soin, qu'il soit plus serein et pour faciliter l'infirmière à effectuer son soin.

Et enfin même lorsque l'enfant pleure, les parents peuvent le calmer plus facilement, en les rassurant ou encore en utilisant des méthodes non médicamenteuses pour les calmer (discussions, chants...)

3.3.4 Conclusion des entretiens

A l'issue de mes entretiens j'en conclus que pour la prise en charge de la douleur, l'infirmière peut toujours gérer toute seule. Toutefois si les parents sont présents, elle peut leur demander leur aide.

Afin de pallier à l'anxiété, la peur ou le refus, il est primordial de la part de l'infirmière d'apporter l'explication et le déroulement du soin avant de commencer.

De plus il me paraît essentiel de favoriser la présence des parents lors des soins qui engendrent douleur, anxiété, peur ou refus. Cela va permettre de diminuer l'anxiété, la peur ou d'éviter d'engendrer un refus grâce à leur soutien et leur réassurance. De plus, cela permettra le bon déroulement et la qualité du soin.

Grâce à ces dires que j'ai pu recueillir, je me rends compte que la présence des parents est nécessaire pour le bon déroulement et la qualité des soins. Mais cela n'est pas toujours évident. Certains parents sont tellement anxieux qu'ils ne peuvent pas rester auprès de leur enfant car cela influencerait négativement le déroulement et la qualité du soin.

4. Problématique

Mes situations d'appel m'ont amenée à me questionner sur la présence des parents lors d'un soin qui engendre douleur ou anxiété ou peur ou refus chez les enfants âgés de 5 à 7 ans et son influence sur le déroulement ou la qualité de ce soin. Mes recherches documentaires m'ont permis de mettre en évidence plusieurs éléments.

J'ai pu remarquer grâce à mes recherches, que la prise en charge d'un enfant nécessite de la part de l'équipe soignante de connaître son développement global. De plus, il faut savoir trouver sa place dans la triade enfant – parents – soignants et prendre en charge la douleur ou l'anxiété ou la peur ou le refus avec l'aide de ceux-ci.

Tout d'abord, le développement de l'enfant est important à connaître de la part de l'équipe soignante afin d'avoir une prise en charge spécifique et adaptée à l'enfant. Entre 5 et 7 ans, l'enfant est dans la phase de l'âge de la raison. Il est en capacité de comprendre ce qu'on lui dit, ce qui se passe. Ainsi, avant tout soin, il faut passer par l'étape d'explication, qui pourra permettre à l'enfant de comprendre et ainsi d'éviter le refus ou encore permettre de diminuer la peur, l'anxiété.

J'ai également constaté que dans la prise en charge d'un enfant, l'infirmière met en place des moyens médicamenteux et non médicamenteux pour diminuer la douleur, l'anxiété ou la peur. En amont, un patch anesthésiant peut être prescrit à l'enfant. Pendant le soin, le MEOPA peut être utilisé. De plus l'infirmière peut mettre en place des techniques non médicamenteuses comme l'hypnose, la sophrologie, les massages ou encore la distraction.

De plus, la présence des parents lors des soins a évolué avec le temps. Pour les soignants, la présence des parents peut être bénéfique comme elle peut être un problème, comme le montre les résultats de l'enquête nationale. Certains éprouvent des difficultés concernant cette présence.

En plus des difficultés que j'ai évoquées au cours de mon travail, j'ai pu constater lors de mon stage actuel en réanimation pédiatrique, qu'ils existaient d'autres difficultés : l'oppression des parents c'est-à-dire, des parents qui sont toujours présents et qui sont source d'anxiété pour lui.

Au cours de mes recherches documentaires, j'ai trouvé beaucoup de documentation sur la douleur et sa prise en charge. Toutefois, j'ai trouvé peu d'information sur l'anxiété, le refus ou la peur de l'enfant. C'est pour cela que lors de mes recherches d'informations auprès des professionnels. J'ai mis l'accent sur l'anxiété, la peur ou le refus de soin de la part de l'enfant, également sur la présence des parents lors des soins afin de compléter mes recherches.

Grâce à cela j'ai pu constater que la peur et l'anxiété sont deux concepts qui se rejoignent, car la peur engendre de l'anxiété et inversement. De ce fait, la prise en charge de l'anxiété comprend aussi la prise en charge de la peur. Une infirmière m'a aussi parlé de la distraction. En ce qui concerne la distraction, elle peut être pratiquée par les parents en amont et/ou pendant le soin, et ainsi permettre à l'enfant de penser à autre chose et de ce fait, diminuer sa douleur, son anxiété, sa peur et ainsi éviter un refus de soin.

Concernant la présence des parents, il est important et primordial de faire participer les parents aux soins, même lorsqu'ils engendrent de la douleur, de l'anxiété, de la peur ou du refus car elle est bénéfique pour le déroulement et la qualité du soin. Ainsi, il faut amener et expliquer le soin, le rôle qu'ils vont avoir au cours de celui-ci. Ceci va permettre à l'enfant de diminuer son anxiété ou sa peur grâce à leur présence et ainsi d'éviter un refus. Toutefois, il faut savoir que même si elle est bénéfique, il se peut que parfois elle ne le soit pas. Quand les parents sont trop stressés et anxieux, leur anxiété va se répercuter sur l'enfant. De ce fait, c'est à l'infirmière de juger, d'analyser la capacité des parents à rester pendant le soin et à pouvoir aider. Si elle juge qu'ils ne sont pas en capacité, elle va leur expliquer. S'ils ne sont pas présents pendant le soin, il est important pour l'enfant d'avoir quelque chose qui appartient à un de ses parents, un objet transitionnel (écharpe, bague...) car il est réceptif à ces objets.

C'est grâce à toutes ces recherches que j'ai élaboré mon hypothèse de recherche :

→ Comment rendre la triade enfant – parents – soignants efficace pour diminuer l'anxiété ou la peur chez l'enfant ?

Conclusion

Ce travail de fin d'étude m'a permis de me pencher sur le sujet de la présence des parents lors des soins qui peuvent engendrer douleur ou anxiété ou peur ou refus chez les enfants âgés de 5 à 7 ans. La présence des parents lors de soins semble de plus en plus présente de nos jours. Toutefois certains soignants y voient des inconvénients, du fait qu'ils éprouvent certaines difficultés. Malgré tout, ils favorisent cette présence car elle permet de diminuer la douleur, l'anxiété, la peur et le refus de

l'enfant. Il est donc primordial, pour le soignant, de trouver sa place au sein de cette triade enfant – parents – soignants afin d'agir dans l'intérêt de l'enfant.

J'ai pu aussi, grâce à ce travail, me rendre compte des différentes méthodes qui sont mises en place pour soulager la douleur, qu'elles soient médicamenteuses ou non, ainsi que des moyens pour l'évaluer.

Ces recherches me semblaient importantes à aborder et à étudier pour ma future pratique professionnelle.

Plus tard, je pourrais être confrontée à cette situation. Serais-je en capacité de trouver ma place dans la triade ? Serais-je en capacité d'utiliser des moyens non médicamenteux et médicamenteux pour prendre en charge la douleur ? Serais-je en capacité de favoriser ou non la présence des parents lors des soins qui engendrent douleur ou anxiété ou peur ou refus dans l'intérêt de l'enfant ? C'est de cela que part mon intérêt pour cette recherche, pour trouver de la documentation par le biais de recherche documentaire ou par l'intermédiaire de professionnels, qui me serviront par la suite. Comment trouver sa place dans cette triade ? Comment allier moyens médicamenteux et non médicamenteux pour prendre en charge la douleur ? Comment favoriser la présence des parents lors des soins ?

J'ai pu grâce à mes recherches documentaires et auprès des professionnels, ainsi que de mes expériences en stage auprès des enfants, répondre à ces questions. Bien que la présence des parents puisse être un frein au soin si les parents sont trop stressés, elle est toutefois bénéfique pour l'enfant et pour le soignant. Elle permet à l'enfant d'être rassuré par cette présence, ce qui va diminuer son anxiété, sa peur et éviter un refus de soin de sa part et au soignant de demander de l'aide dans la gestion de la douleur. Cette présence est nécessaire pour l'enfant. Seul les parents peuvent diminuer l'anxiété, la peur ou le refus de soins contrairement à la douleur qui peut être gérée par l'intermédiaire des soignants. Il est donc nécessaire de la part du soignant d'expliquer le soin et le rôle du ou des parents pendant celui-ci, afin de ne pas influencer le déroulement ou la qualité de ce soin. Il va donc de la part du soignant, de juger la capacité des parents à rester ou non lors du soin.

Pour finir, à propos de la prise en charge de la douleur, l'infirmière utilise des moyens médicamenteux en amont et/ou pendant le soin. Elle peut pendant un soin, utiliser des techniques non médicamenteuses elle-même ou à l'aide d'un autre soignant afin de la diminuer, mais elle peut aussi faire appel aux parents afin que ce soient eux qui mettent en place ces techniques non médicamenteuses.

Pour l'enfant, il paraît donc important d'utiliser des méthodes médicamenteuses et non médicamenteuses afin de prendre en charge la douleur. De plus il paraît nécessaire de favoriser la présence des parents lors des soins pour ne pas influencer le déroulement ou la qualité de ces soins par l'anxiété, la peur ou le refus de l'enfant.

Bibliographie

Ouvrages :

- BERTHET, Annie, DROZ, Dominique, MANIERE, Marie-Cécile, NAULIN-IFI, Chantal, TARDIEU, Corine, *Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant*, Lassay-les-Châteaux, Quintessence International, 2006
- CELESTIN-LHOPITEAU, Isabelle, *L'hypnose pour les enfants*, Clermond-Ferrand, édition J.Lyon, 2013
- DE BROCA, Alain, *Le développement de l'enfant*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 5^{ème} édition, 2012
- DUQUESNE, Françoise, LENG, Marie-claude, *Bilans d'indépendance*, France, édition pradel ; 1995
- GAUROIS, Marie-France, GILLIET, Christine, SAINT-DIZIER, Francine, *Théories et pratiques infirmière, pédiatrie*, Belgique, Vuibert, 2002
- GASSIER, Jacqueline, SAUVEUR, Colette, *Le guide la puéricultrice*, Issy-Les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 4^{ème} édition, 2016
- KUTTNER, Leona, *L'enfant et sa douleur*, Saint-Just-la-Pendue, Dunod, 2011
- MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anna, *La relation soignant-soigné*, Pays-Bas, Lamarre, 3^{ème} édition, 2008
- MOREL, Corinne, *La psychologie de l'enfant*, France, éditions grancher, 2014
- THIBAUT, Pascale, FOURNIVAL, Nathalie, *Moyens non pharmacologiques de prise en charge de la douleur*, Pays-Bas, édition Lamarre, 2012
- THIBAUT-WANQUET, Pascale, *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital*, Paris, Masson, 2008
- WANQUET-THIBAUT, Pascale, *Douleurs liées aux soins*, Pays-Bas, Lamarre, 2015
- WOOD, Chantal, *Prise en charge de la douleur chez l'enfant, une approche multidisciplinaire*, Paris, Masson, 1^{ère} édition, 2002

Textes législatifs et règlementaires :

- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Article 3, L1110-5
- France. Code de la Santé Publique : profession d'infirmier ou d'infirmière, Chapitre 2 : Déontologie des infirmiers, Article R4312-11
- France. Code de la Santé Publique : profession d'infirmier ou d'infirmière, Chapitre 2 : Déontologie des infirmiers, Article R4212-13
- France. Code de la Santé Publique : profession d'infirmier ou d'infirmière, Chapitre 2 : Déontologie des infirmiers, Article R4312-14
- France. Code de la Santé Publique : profession d'infirmier ou d'infirmière, Chapitre 2 : Déontologie des infirmiers, Article R3412-19
- France. Code de la Santé publique : droits des personnes malades et des usagers du système de santé, Chapitre préliminaire : Droits de la personne, Article L1110-2

- France. Code de la Santé publique : droits des personnes malades et des usagers du système de santé, Chapitre préliminaire : Droits de la personne, Article L1110-5
- Circulaire n°83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants, Article 4
- Circulaire n°83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants, Article 5
- Circulaire n°83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants, Article 9
- Circulaire n° DH/EO3/98/688 de 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie
- Charte européenne de l'enfant hospitalisé, 1988, Article 2
- Charte européenne de l'enfant hospitalisé, 1988, Article 3
- Charte européenne de l'enfant hospitalisé, 1988, Article 4
- Charte européenne de l'enfant hospitalisé, 1988, Article 5
- Charte européenne de l'enfant hospitalisé, 1988, Article 6
- Charte de la personne hospitalisée, Circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées, Article 3
- Charte de la personne hospitalisée, Circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées, Article 4
- Charte de la personne hospitalisée, Circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées, Article 10
- Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés, Plan d'action triennal contre la douleur 1998-2000
- Programme de lutte contre la douleur 2002-2005
- Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010

Cours :

- DEFECHE, Théorie de soins V.H Concepts «autonomie» «dépendance», Cours 1^{ère} année, Nancy, IFSI Lionnois : 2014

Sites internet :

- Santé et gouvernement, *La charte de l'enfant hospitalisé*, URL : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Promouvoir_la_bienveillance_dans_les_ets_de_sante_Annexes2.pdf, consulté le 26 décembre 2016
- Ministère de la santé, organisé par l'association Sparadrap, le mardi 5 octobre 2004, *Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires*, URL : <http://www.sparadrap.org/content/download/3523/32612/version/2/file/actes+colloques+web+D19.pdf>, consulté le 28 décembre 2016
- Légifrance, Le service public de la diffusion du droit, *Code de la Santé Publique*, URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170405>, consulté le 23 janvier 2017
- Légifrance, Le service public de la diffusion du droit, *Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=FE843D6AB05B1E751D9CB83A477>

- [B0AC4.tpdjo07v_1?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id](#), consulté le 23 janvier 2017
- Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur, *Plans douleur*, URL : <http://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur>
 - Direction générale de la santé, Direction des hôpitaux, *circulaire DGS/DH n° 98-586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés*, URL : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-41/a0412644.htm>, consulté le 5 avril 2017
 - République Française, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé, *Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005*, URL : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf, consulté le 5 avril 2017
 - République Française, Ministère de la Santé et des Solidarités, *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010*, URL : http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf, consulté le 5 avril 2017
 - Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur, *Le futur 4^{ème} plan douleur : 2013-2017 ?*, URL : <http://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur>, consulté le 5 avril 2017
 - Sparadrap, Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, *Circulaire n°83-24 du 1 août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants*, URL : <http://www.sparadrap.org/content/download/884/9294/version/4/file/Circulaire83.pdf>, consulté le 6 avril 2017
 - Santé publique, *Qualité des soins : définition*, URL : <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/> consulté le 18 avril 2017
 - Infirmiers.com, *Théorie de soins*, URL : <http://www.infirmiers.com/pdf/Theorie%20de%20soins%202.pdf> consulté le 18 avril 2017
 - Centre National de Ressources de Lutte contre la Douleur, *Développement cognitif de l'enfant et douleur*, URL : <http://www.cnr.fr/Developpement-cognitif-de-l-enfant.html> consulté le 22 avril 2017
 - Sparadrap, *Textes officiels*, URL : <http://www.sparadrap.org/Parents/A-lire-A-voir/Textes-officiels> consulté le 22 avril 2017
 - Sparadrap, *Charte de l'enfant hospitalisé*, URL : <http://www.sparadrap.org/content/download/5075/47849/version/2/file/Charte%20enfant%20hospitalise2017.pdf>, consulté le 22 avril 2017
 - MINGUET, Bénédicte, *Les inquiétudes des enfants lors d'in soin, d'un examen médical...*, Sparadrap, avril 2011, URL : <http://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Psychologie-de-l-enfant/Les-inquietudes-des-enfants-lors-d-un-soin-d-un-examen-medical> consulté le 23 avril 2017

Illustrations :

- Meyer, Guillaume-Nicolas, URL : <http://www.guillaume-nicolas-meyer.fr/tag/pyramide-de-maslow/>

Tables des annexes

Annexe I : Circulaire n°83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants

Annexe II : Charte de l'enfant hospitalisé

Annexe III : Charte de la personne hospitalisée

Annexe IV : Code de la Santé Publique

Annexe V : Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système

Annexe I : Circulaire n°83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants³⁰

Article 3 – Accueillir l'enfant et ses parents à l'admission

a) Le passage par un service d'urgence est souvent le premier contact avec l'hôpital ; fréquemment, l'enfant et ses parents le vivent très mal. Vous vous efforcerez donc d'améliorer l'accueil des enfants dans ce service. Dans toute la mesure du possible seront organisées des urgences autonomes de pédiatrie avec la présence, aux heures ouvrables, de personnels médicaux qualifiés (1).

b) Les formalités administratives ou autres ne doivent évidemment jamais prendre le pas sur l'accueil de l'enfant et de ses parents. cet accueil doit être aussi chaleureux et personnalisé que possible.

Rien ne vaut la présence d'un proche au moment de l'admission. Il est donc très important d'aider un membre de la famille à demeurer avec l'enfant pendant ses premières heures à l'hôpital. Cette personne devrait, dans toute la mesure du possible, être présente quand il s'endort le premier soir.

La présence rassurante d'un objet privilégié (animal en peluche, poupée, linge, couverture...) est indispensable pour le jeune enfant hospitalisé. Il faut donc toujours demander à sa famille, lors de la consultation préalable ou de l'admission, de lui remettre l'objet auquel il est attaché. Il est également préférable que l'enfant conserve ses vêtements qui sont un lien de plus avec son univers familial. Ces principes ne s'opposent pas, bien entendu, aux précautions d'hygiène (décontamination) qui pourraient s'avérer nécessaires.

Les parents seront consultés sur les habitudes et les aversions de l'enfant (alimentaires ou autres) et sur son vocabulaire particulier (pour aller aux toilettes, désigner son objet familial, etc...). Ces indications seront portées sur le dossier de soins pour que tous les membres de l'équipe puissent en avoir connaissance.

Enfin, chaque fois que des soins ne sont pas prodigués immédiatement à l'enfant, il faut éviter de le mettre au lit. Il doit avoir la liberté de jouer et de renouer avec ses activités habituelles.

Article 4 – Admettre l'enfant avec un de ses parents

L'admission conjointe "mère ou père/enfant" est à développer. Elle permet à la mère ou au père de rester auprès de leur enfant, sinon jusqu'à sa sortie, du moins le temps de son adaptation. Cette admission conjointe doit être possible quelle que soit la nature de la maladie, et non pas seulement dans les cas les plus graves. L'angoisse de l'enfant ne dépend, en effet, pas nécessairement de la gravité objective de son état. Le séjour du père ou de la mère sera évidemment organisé en collaboration étroite avec l'équipe médicale et soignante.

Si les parents ont d'autres enfants à la maison, ils ne pourront peut-être recourir à l'admission conjointe sans une aide extérieure (mode de garde ou aide ménagère). Il vous appartient d'éclairer les parents à ce sujet et de les aider au besoin à prendre contact avec les équipes compétentes. Ici encore, une coopération constante entre le service social hospitalier et les services sociaux de secteur s'impose.

³⁰ Ministère des Affaires sociales et de la solidarité nationale, URL : <http://www.sparadrap.org/content/download/884/9294/version/4/file/Circulaire83.pdf>

Pour faciliter l'admission conjointe parent/enfant, nous vous demandons de prévoir l'existence de chambres conçues à cette fin à l'occasion de toute construction ou rénovation.

Toutefois, dès à présent, et dans presque tous les cas, il suffit d'aménagements peu coûteux (lits pliants par exemple) pour permettre la présence d'un des parents. A défaut de chambres mixtes, quelques chambres d'accueil d'un parent peuvent être installées à proximité de certaines unités (réanimation par exemple) pour permettre le maintien d'une relation, même discontinuée, ou seulement visuelle, à travers une vitre.

Enfin, il n'est souhaitable ni pour l'enfant, ni pour le personnel, ni pour le parent que ce dernier soit contraint de rester toute la journée dans la chambre ou dans les couloirs voisins. Il est donc important de prévoir, à proximité des services intéressés, une pièce où les membres de la famille accueillis temporairement puissent se reposer ou échapper à la tension qu'ils peuvent ressentir.

Article 5 – Faire participer les parents

La technicité des soins médicaux ou infirmiers, les problèmes de sécurité et de responsabilité interdisent le plus souvent de confier ces soins aux parents. En revanche, ces derniers peuvent souvent se charger, auprès de leur enfant, des soins de la vie quotidienne : le nourrir, le changer, faire sa toilette, aller lui chercher quelque chose, l'accompagner, le calmer... Les agents sont ainsi libérés pour des tâches plus techniques ou pour mieux soigner des enfants dont les parents ne sont pas là. En outre, mieux vaut une mère occupée auprès de son enfant qu'une mère inactive, anxieuse, qui harcèle le personnel.

Il est important qu'un proche de l'enfant l'accompagne s'il est transféré dans un autre service, comme s'il s'agissait d'une nouvelle admission. Sa présence est encore plus nécessaire aux moments les plus angoissants d'une hospitalisation : quand l'enfant s'endort puis se réveille à l'occasion d'une opération. Les parents doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers s'ils le souhaitent et si, à l'expérience, leur présence ou leur comportement ne s'avère pas gênant. Cette intégration partielle à la vie du service leur permet en effet de s'initier aux gestes qu'ils auront à accomplir après la sortie de l'enfant (suivi d'un régime, pansements, etc...). La durée de l'hospitalisation peut ainsi s'en trouver réduite.

Article 6 – Adapter les soins et les conditions de traitement à l'âge de l'enfant et l'y préparer

Tout acte pratiqué pour la première fois, surtout s'il peut provoquer douleur ou crainte chez l'enfant, doit lui être expliqué à l'avance en fonction de ses possibilités de compréhension.

Plus encore que l'adulte, l'enfant a besoin d'être considéré et soigné globalement, comme une personne, plutôt que de subir une série d'interventions purement techniques et isolées. Il est donc très souhaitable qu'il puisse entretenir une relation continue, privilégiée, avec un membre de l'équipe médicale et soignante tout au long de son séjour à l'hôpital. C'est particulièrement vrai s'il doit avoir affaire à plusieurs services ou si sa famille ne paraît pas lui apporter pendant son hospitalisation un soutien affectif suffisant.

Plus encore qu'avec les adultes, les membres de l'équipe doivent faire preuve d'un tact et d'une discrétion extrêmes lorsqu'ils parlent entre eux d'un enfant, que ce soit de son état ou de sa famille. Les enfants, même très jeunes, comprennent bien plus qu'on ne le pense ; à l'inverse, ils peuvent mal interpréter des propos d'adultes. Dans les deux cas, des paroles inconsidérées peuvent avoir un retentissement désastreux.

Article 9 – Informer les parents au cours du séjour

S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état. Il convient donc de leur indiquer les jours et heures auxquels ils pourront s'adresser à un médecin responsable, qui sera en mesure de leur donner toutes les informations nécessaires et d'en discuter avec eux.

Ils doivent pouvoir téléphoner dans le service pour prendre des nouvelles, et aussi parler à leur enfant. Sauf urgence, les parents doivent être informés au préalable du transfert de leur enfant dans un autre service pour pouvoir l'accompagner à cette occasion.



CHARTRE DE L'ENFANT HOSPITALISÉ

Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé adoptée par le Parlement Européen le 13 mai 1986.

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.

3 On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.

On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.

6 Les enfants 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.

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

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

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. **2**

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.

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.

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



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

³¹ Charte de l'enfant hospitalisé, URL : <http://fr.ap-hm.fr/patients-public/informations-pratiques/hospitalisation/vivre-ensemble/droits-devoirs/charte-enfant-hospitalise>



- 

Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
- 

Les établissements de santé garantissent la **qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.
- 

L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
- 

Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le **consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
- 

Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
- 

Une personne à qui il est proposé de participer à une **recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son **accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
- 

La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
- 

La **personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
- 

Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la **confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
- 

La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
- 

La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

³² Charte de la personne hospitalisée, URL : <http://www.ch-cholet.fr/vous-etes-patient/les-droits-des-patients/53-charte-de-la-personne-hospitalisee.html>

Annexe IV : Code de la Santé Publique³³

Partie législative

Première partie : Protection générale de la santé

Livre I^{er} : Protection des personnes en matière de santé

Titre I^{er} : Droits des personnes malades et usagers du système de santé

Chapitre préliminaire : Droits de la personne

Article L1110-2

«La personne malade a le droit au respect de sa dignité.»

Article L1110-5

«Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces dispositions s'appliquent sans préjudice ni de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produits de santé ni de l'application du titre II du présent livre.»

«Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté.»

Partie réglementaire

Quatrième partie : Professions de santé

Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires

Titre I^{er} : Profession d'infirmier ou d'infirmière

Chapitre II : Déontologie des infirmiers

Section 2 : Devoirs envers les patients

Article R4312-11

«L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes

³³ Légifrance, URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170405>

les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale.»

«Il leur apporte son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne prise en charge.»

Article R4312-13

«L'infirmier met en œuvre le droit de toute personne d'être informée sur son état de santé dans le respect de ses compétences professionnelles.

Cette information est relative aux soins, moyens et techniques mis en œuvre, à propos desquels l'infirmier donne tous les conseils utiles. Elle incombe à l'infirmier dans le cadre de ses compétences telles que déterminées aux articles L. 4311-1 et R. 4311-1 et suivants. Dans le cas où une demande d'information dépasse son champ de compétences, l'infirmier invite le patient à solliciter l'information auprès du professionnel légalement compétent.

L'information donnée par l'infirmier est loyale, adaptée et intelligible. Il tient compte de la personnalité du patient et veille à la compréhension des informations communiquées.

Seules l'urgence ou l'impossibilité peuvent dispenser l'infirmier de son devoir d'information. La volonté de la personne de ne pas être informée doit être respectée.»

Article R4312-14

«Le consentement libre et éclairé de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas. Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse le traitement proposé, l'infirmier respecte ce refus après l'avoir informé de ses conséquences et, avec son accord, le médecin prescripteur.

Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, l'infirmier ne peut intervenir sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

L'infirmier appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé s'efforce, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, l'infirmier donne les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, l'infirmier en tient compte dans toute la mesure du possible.»

Article R4312-19

«En toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement.

L'infirmier a le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur.»

Annexe V : Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé³⁴

Titre II : Démocratie sanitaire – Chapitre I^{er} : Droits de la personne

Article 3

Art. L. 1110-5. – «Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.»

«Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé, ni des dispositions du titre II du livre I^{er} de la première partie du présent code.»

«Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.»

«Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.»

³⁴ Légifrance, URL :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=FE843D6AB05B1E751D9CB83A477B0AC4.tpdjo07v_1?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id

LA PRÉSENCE DES PARENTS LORS DES SOINS CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 5 À 7 ANS

THE PRESENCE OF PARENTS DURING CHILDREN'S CARE AGED TO FIVE TO SEVEN

ABOUT CLOTILDE

Institut de Formation en Soins Infirmiers

CHRU NANCY

Promotion 2014/2017

Résumé :

Dans la prise en charge d'un enfant, la présence des parents, influence le déroulement des soins.

J'ai ainsi formulé ma question de départ. En quoi la présence des parents lors des soins qui engendrent douleur ou anxiété ou peur ou refus, chez les enfants âgés de 5 à 7 ans, peut-elle avoir une influence sur le déroulement ou la qualité de ce soin ?

Face à la présence des parents lors des soins, les soignants éprouvent parfois des difficultés. Néanmoins, leur présence est bénéfique. Elle permet de diminuer l'anxiété, la douleur, la peur ou le refus de l'enfant en le rassurant et en le distrayant. De plus, des moyens médicamenteux peuvent être mis en place par l'infirmière pour réduire la douleur.

Grâce à mes recherches, j'ai ainsi formulé mon hypothèse. Comment rendre la triade enfant – parents – soignants efficace pour diminuer l'anxiété ou la peur chez l'enfant ?

→ 147 mots

Mots clés : parents, enfant, triade, douleur, peur

Abstract :

During providing care to a child, the presence of parents is influencing the process.

I established in that way my starting question. How can the presence of parents have an influence over the process or quality of care which can induce pain, anxiety, fear or rejection in children aged of five of seven ?

Faced with the presence of parents, health care providers can sometimes experience difficulties. However their presence stay benefical. It reduces children anxiety, pain, fear or rejection by reassuring and distracting the child. Besides, medical treatment to reduce pain can be set up by the nurse.

Thanks to my research, I have formulated my hypothesis. How to make the triad child – parents – healthcare providers effective to reduce anxiety or fear of children ?

→ 126 mots

Key words : parents, child, triad, pain, fear