



HAL
open science

La gestion des émotions chez l'enfant de 6 à 12 ans lors d'un soin douloureux en urgences pédiatriques

Émilie Lemaire

► **To cite this version:**

Émilie Lemaire. La gestion des émotions chez l'enfant de 6 à 12 ans lors d'un soin douloureux en urgences pédiatriques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01688093

HAL Id: dumas-01688093

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01688093>

Submitted on 19 Jan 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Projet professionnel

La gestion des émotions chez l'enfant de 6 à 12 ans lors d'un soin douloureux aux urgences pédiatriques



Remerciements

La réalisation de ce projet professionnel a été possible grâce à l'aide de plusieurs personnes à qui je voudrais exprimer toute ma reconnaissance.

Je voudrais tout d'abord remercier chaleureusement, M. Jonathan FAES, cadre de santé et formateur à IFsanté, pour son accompagnement, sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je tenais également à remercier les professionnels de terrain que j'ai pu rencontrer tout au long de mon année de formation, plus particulièrement Marie-Christine puéricultrice. Ainsi que ceux qui m'ont accordé un temps précieux pour la réalisation de mes entretiens.

Je remercie Mme. Aurélie DUPUIS et M. Benjamin LECLERCQ pour le temps qu'ils ont consacré à la lecture et à la correction de ce projet professionnel.

Je désire aussi remercier ma famille, mes amis et mes collègues de promotion qui m'ont apportés leur soutien, leurs encouragements et leur aide tout au long de la construction de ce mémoire.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce projet.

Sommaire

I. Introduction	Page 1
II. Le constat	Page 2
1. Situation d'appel	Page 2
2. Questionnement	Page 4
III. Question de départ	Page 6
IV. Le cadre théorique	Page 7
1. L'enfant de 6 à 12 ans	Page 7
a. Définition de l'enfant	Page 7
b. Le développement psychomoteur	Page 8
c. Le développement cognitif	Page 8
d. Le développement affectif	Page 10
e. Le développement social	Page 11
f. Les besoins de l'enfant	Page 11
2. Appréhension de l'enfant lors d'un soin douloureux aux urgences	Page 13
a. Définitions d'une émotion	Page 13
b. Les principales émotions	Page 13
c. Le soin douloureux	Page 16
d. Appréhension de l'enfant face au soin douloureux	Page 19
e. Les conséquences du soin douloureux chez l'enfant	Page 22
f. Les émotions et la douleur	Page 23
g. Les urgences pédiatriques	Page 24
3. Accompagnement de la puéricultrice dans la gestion des émotions	Page 25
a. La puéricultrice	Page 25
b. Accompagnement dans la gestion des émotions	Page 27
4. Conclusion du cadre théorique	Page 32
V. Question de recherche	Page 33
VI. La formulation de l'hypothèse	Page 33

VII. L'enquête	Page 34
1. Présentation	Page 34
2. Le choix de l'outil	Page 34
3. Le choix du lieu d'enquête	Page 35
4. Le choix de la population	Page 36
5. Le déroulement des entretiens	Page 36
6. La retranscription	Page 38
7. Les difficultés rencontrées	Page 38
VIII. L'analyse	Page 39
1. Les émotions	Page 40
2. La douleur	Page 42
3. L'accompagnement de la puéricultrice	Page 44
4. Validation / invalidation de l'hypothèse	Page 47
IX. Perspectives professionnelles	Page 48
X. Conclusion	Page 49

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

I. Introduction

Depuis quelques dizaines d'années, plusieurs études ont démontré que la douleur était bien présente chez l'enfant et le nouveau-né. Ainsi, l'enfant ressent différentes émotions face au monde hospitalier et à la douleur induite par les soins.

Lors d'un stage aux urgences pédiatriques, je me suis occupée de deux enfants dont la prise en soin s'est déroulée de façons différentes. Un des soins où nous avons dû tenir l'enfant, alors que l'autre enfant était beaucoup moins angoissé après avoir été accompagné. Ces deux situations m'ont questionné sur la place de l'accompagnement de la puéricultrice, dans la gestion des émotions de l'enfant, pour l'aider à mieux vivre le soin. Je réalise alors mon projet professionnel dans le cadre de mon année de puéricultrice sur ce sujet, ce qui permettra de perfectionner ma pratique professionnelle lors d'autres situations auxquelles je serai certainement confrontée au cours de ma carrière.

Je suis partie d'une question de départ qui est : Dans quelle mesure la puéricultrice peut-elle accompagner l'enfant de 6 à 12 ans dans la gestion de ses émotions afin de l'aider à appréhender un soin douloureux dans un service d'urgence pédiatrique?

Afin de répondre à la question, je vais réaliser une recherche sur différents concepts: l'enfant de 6 à 12 ans, ce que l'enfant ressent pendant un soin douloureux aux urgences pédiatriques et l'accompagnement de la puéricultrice dans la gestion des émotions. S'en découle alors ma question de recherche qui est identique à ma question de départ.

Je pose alors une hypothèse pour répondre à ma question de recherche et à partir de cela je réalise 5 entretiens auprès de puéricultrices et d'une infirmière dans deux services d'urgences pédiatriques. Après l'analyse de ces entretiens, cela me permettra de valider ou d'invalider mon hypothèse. Je terminerai ce projet professionnel par des perspectives professionnelles.

II. Le constat

1. Situation d'appel

Lors d'un stage en école d'infirmière, au sein d'un Centre Hospitalier, dans le service des urgences pédiatriques, l'infirmière puéricultrice et l'auxiliaire de puériculture prennent en soin l'accueil des enfants ainsi que celle de ses accompagnants, elles définissent les besoins de santé et la priorité des soins. Elles assurent les premiers soins (recueil de données, la prise des paramètres vitaux...) et prennent en charge la douleur. Elles respectent les protocoles du service au regard du motif d'entrée du patient, gèrent la continuité des soins. Le pédiatre voit ensuite l'enfant pour poser le diagnostic et faire les prescriptions.

Ce jour, je suis avec une infirmière et une auxiliaire de puériculture. Il est 14h, un enfant est amené par les pompiers jusqu'au service des urgences pédiatriques. Les pompiers nous font les transmissions, c'est un enfant de 12 ans qui vient pour une chute en sport pendant la pause du midi à son collège. Il a une plaie d'environ 10 centimètres au niveau du genou et un pansement avec une bande. Nous appellerons l'enfant Arthur pour des raisons de confidentialité. Il n'a pas d'autre traumatisme physique apparent. Les pompiers nous précisent que ses parents ont été prévenus, ils travaillent tous les deux. La mère devrait arriver, elle travaille sur Lille, le temps de faire la route. Tandis que le père est en déplacement, il ne pourra pas venir.

Nous amenons Arthur dans une des salles prévues pour examiner les enfants et réaliser leurs soins. Je prends en charge Arthur avec l'infirmière qui me supervise, je l'aide à s'installer sur la table d'examen et lui demande sa version des faits sur les circonstances de l'accident. Après ses explications, je lui demande s'il ressent des douleurs. Il me dit qu'il a mal mais que c'est supportable. Je le questionne, ainsi que les pompiers sur la prise d'antalgique, comme il n'en a pas pris, je lui propose du paracétamol, il accepte. Je demande à l'infirmière si on peut lui donner du paracétamol ou peut être quelque chose de plus fort étant donné qu'il va bientôt être suturé et elle me dit qu'après avis médical, on pourra sans doute lui donner quelque chose de plus fort.

En présence du médecin, j'enlève le pansement ainsi que la bande afin de voir la plaie et la désinfecter. Pour ne pas le traumatiser davantage, je demande à Arthur de regarder ailleurs. On découvre la plaie qui traverse horizontalement le genou sur une longueur d'environ 10cm, les os sont à nu. La puéricultrice met un pansement américain avec de la Bétadine® dessus et une bande pour maintenir ce dernier.

Arthur est inquiet, il pose beaucoup de questions. Il demande au médecin si la suture va être douloureuse, et si sa maman l'accompagnera. Le médecin lui dit que l'on va attendre sa maman, et qu'il aura peu de douleur car on va lui endormir le genou. Arthur est rassuré et le médecin quitte la pièce en disant que l'on peut lui donner du Topalgic®. En lui donnant, je lui explique que ce médicament va le soulager et qu'il ressentira moins la douleur pendant la suture. L'infirmière me laisse avec Arthur afin de lui prendre ses paramètres vitaux.

En prenant ses paramètres vitaux, il me pose d'autres questions sur la suture, visiblement celle ci l'inquiète. Il me demande s'il ne peut pas être endormi entièrement, il a peur. Il me dit *"je sais que l'on voit mon os, j'ai peur d'avoir mal quand il touche à mon genou, quand il me recoud"*. Je lui réponds que parfois on voit l'os mais ce n'est pas grave et lui explique qu'au niveau du genou l'os est très proche de la peau, en lui faisant constater sur son autre genou. Pour le rassurer davantage, je lui précise que le médecin a l'habitude de réaliser des sutures sur les enfants et c'est un très bon médecin. Je lui explique également que le médecin va lui faire « une piqûre », qu'il ne sentira pratiquement pas pour endormir sa plaie et il aura également un masque avec un gaz pour le détendre et pour qu'il ne sente pas la douleur.

Puis, je lui raconte une histoire personnelle sur mon petit frère qui avait le même âge que lui qui s'est fait suturer sous M.E.O.P.A® (Mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote qui associe une action anxiolytique, euphorisante et un effet antalgique), il avait une très grosse plaie au niveau du pied et il a rigolé tout le long de sa suture et il n'a pas senti de douleur. Cette histoire l'a beaucoup rassuré d'après ses dires, « ça me rassure, merci » et m'a fait un sourire. En lui disant que sa maman va bientôt arriver, son visage s'apaise.

En lui prenant ses paramètres vitaux suivants, il semble plus paisible, et je change de sujet en lui posant des questions sur lui, ce qu'il aime, le sport qu'il pratique en dehors de l'école. Après la fin de mes soins, je continue de parler avec lui pour ne pas le laisser seul et 5-10min plus tard sa maman arrive. J'explique la situation à sa mère et les laisse ensemble.

2. Questionnement

Dans cette situation, j'ai réussi à rassurer Arthur en lui expliquant le soin et en lui parlant d'une situation personnelle afin qu'il sache qu'il ne ressentira pas de douleur. Le fait de savoir que nous sommes là pour lui et que nous allons prendre en charge sa douleur, l'a apaisé, rassuré d'après ses dires, son sourire et son visage qui était plus apaisé.

A travers cette situation, je me questionne sur l'importance de la prise en charge de l'angoisse, de la peur et de la douleur.

Lors de mes différentes expériences auprès d'enfants, en service de pédiatrie ou aux urgences pédiatriques, j'ai pu remarquer que l'hôpital est source d'anxiété chez l'enfant et également chez les parents. L'enfant arrive dans un endroit qui lui est inconnu qui suscite différentes émotions. Ces différentes émotions que peut ressentir l'enfant lors d'une hospitalisation sont de l'ordre de la peur, de l'angoisse, de l'anxiété. Il est important d'agir sur ses émotions afin de permettre que l'enfant soit plus détendu et que le soin soit mieux vécu.

J'ai par mon expérience, participé à des soins où l'on devait tenir l'enfant afin que l'on puisse lui faire, par exemple, sa prise de sang.

Ainsi, c'était un garçon de 10 ans. C'était sa première expérience avec le monde hospitalier. L'enfant était très angoissé, il avait peur d'avoir mal. Les professionnels de santé (une puéricultrice et une auxiliaire de puériculture) ont dit quelques phrases pour le calmer tout en préparant leurs matériels « *ne t'inquiète pas tu n'auras pas mal, avec le patch que l'on t'a mis tu ne ressentiras pas la douleur* »...

Il y avait beaucoup de monde dans le service ce jour là, elles avaient beaucoup de travail et la prise de sang était urgente. L'enfant pleurait, il se débattait, la maman l'a tenu dans ses bras en

lui parlant, l'infirmière et la puéricultrice lui tenait le bras afin de réaliser la prise en sang. J'ai également dû aider à tenir l'enfant, j'étais assez frustrée de faire subir cela à cet enfant.

Cette situation m'a questionné sur la prise en charge des émotions et de la douleur chez l'enfant.

Qu'est ce que nous aurions pu mettre en place afin de rassurer l'enfant?

L'enfant gardera-t-il un souvenir désagréable des soins médicaux?

La situation aurait été différente avec un autre enfant?

Qu'est-ce qui influence la perception de la douleur et la gestion des émotions? L'âge de l'enfant? Le soignant? Les prises en soin antérieurs de l'enfant? Le niveau cognitif? La présence des parents?

A l'aide de ces deux situations, je vais examiner les différents éléments qui ont participé au fait que le soin se passe plus ou moins bien.

C'est à nous, en tant que professionnels de santé, d'adapter notre prise en soin, d'avoir recours aux différentes possibilités qui s'offrent à nous pour que l'hospitalisation d'un enfant avec ses parents se passe dans les meilleures conditions possibles. Il est donc important d'utiliser tous les recours qui s'offrent à nous.

Je me demande alors quels sont les différents moyens mis à notre disposition afin d'aider l'appréhension du patient?

En quoi la prise en charge des émotions est importante?

Comment aider l'enfant dans la prise en soin de ses émotions?

En quoi la gestion des émotions du patient améliore la prise en soin de l'enfant?

Il y a également le fait de parler d'autre chose avec Arthur, du sport, des choses qu'il aime... Notre conversation l'a amené à penser à autre chose que son angoisse et ce qu'il pouvait ressentir, ne plus se focaliser sur ce qui allait se passer mais plutôt sur quelque chose de positif, des choses qu'il aime et également en parlant de mon histoire personnelle. J'ai essayé d'instituer une relation de confiance avec Arthur.

C'est cette dernière qui a permis à Arthur d'être plus détendu, d'être moins inquiet, ce qui a engendré par la suite une meilleure prise en soin, car il était plus à l'aise avec les soins.

La relation avec la/les personnes soignantes dès l'arrivée de l'enfant peut-elle conditionner les émotions de ce dernier?

Il est alors important de prendre en charge la douleur chez l'enfant lors des soins.

L'accompagnement de la puéricultrice peut-il aider l'enfant à mieux vivre le soin douloureux?

L'accompagnement de la puéricultrice peut-il aider l'enfant à appréhender le soin douloureux?

Après différentes lectures sur le sujet de l'accompagnement de la puéricultrice lors d'un soin douloureux aux urgences pédiatriques, ainsi que sur la gestion des émotions, beaucoup d'études ou de documents parlent des émotions chez l'enfant face à un soin douloureux. Et par ma propre expérience professionnelle en ayant eu des conversations avec des professionnels en service de pédiatrie, c'est réellement un problème que rencontrent les soignants constamment dans les services. Malgré cela, mes recherches ainsi que les échanges avec des puéricultrices ou infirmières n'ont pas répondu à mes interrogations et ce sujet pourrait apporter une nouvelle dimension à la profession de puéricultrice. J'en arrive alors à une question de départ.

Nous allons orienter nos recherches sur la tranche d'âge de 6 à 12 ans, ce qui correspond à l'âge scolaire afin de rester dans la tranche d'âge des deux situations.

III. Question de départ

Dans quelle mesure la puéricultrice peut-elle accompagner l'enfant de 6 à 12 ans dans la gestion de ses émotions afin de l'aider à appréhender un soin douloureux dans un service d'urgence pédiatrique?

IV. Le cadre théorique

Afin de répondre à ma question de départ, je vais réaliser des recherches sur différents concepts. Mes recherches se porteront sur l'enfant de 6 à 12 ans, ce qu'il ressent pendant un soin douloureux aux urgences pédiatriques et l'accompagnement de la puéricultrice dans la gestion des émotions.

1. L'enfant de 6 à 12 ans

Selon Sébastien Colson, Jacqueline Gassier, Colette de Saint-sauveur, dans le guide de la puéricultrice, à partir de 6 ou 7 ans jusque 12 ans (avant l'adolescence), l'enfant s'engage dans une nouvelle phase de socialisation liée à son développement affectif et intellectuel. « *La rencontre avec le monde extérieur va prendre une place de plus en plus importante. Sa pensée est suffisamment structurée et son langage élaboré pour qu'il soit acteur de très nombreuses activités* »¹.

Dans un premier temps, il est important de connaître le développement de l'enfant de 6 à 12 ans d'un point de vue moteur, cognitif, langagier, affectif et social, ainsi que ses besoins. Une connaissance de la psychologie de l'enfant nous aidera pour l'accompagnement dans la gestion des émotions afin d'adapter la prise en soin à son développement et ses besoins.

Nous allons commencer par la définition de l'enfant avant de voir son développement et ses besoins.

a. Définition de l'enfant

D'après le dictionnaire Larousse, l'enfant est défini comme un: « *garçon ou fille avant l'adolescence* »². C'est à dire jusque l'âge de 12 ans.

¹ COLSON.Sébastien, GASSIER. Jacqueline, DE SAINT-SAUVEUR. Colette. Le guide de la puéricultrice, 4ème édition, Elsevier Masson,1280 pages. ISBN: 9782294747731 [Consulté le 1/09/17]

² LAROUSSE. Dictionnaires de Français [en ligne]. Enfant. [Consulté le 2/09/2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enfant/29439>

Selon Nady Van Broeck et Jacques Van Rillaer³, la tranche d'âge qui s'étend de 6 à 12 ans correspond à la période de l'école primaire. Et l'école est l'endroit le plus approprié pour acquérir les compétences sociales et émotionnelles de cette phase.

b. Le développement psychomoteur

D'après un document du C.H.U de Sainte Justine de Francine Ferland⁴, ergothérapeute et professeure, elle reprend les évolutions moteurs de l'enfant d'âge scolaire, les progrès moteurs de l'enfant de 6 à 12 ans se manifestent de différentes façons comme une meilleure coordination et un meilleur équilibre, une maîtrise des mouvements pour l'écriture, une augmentation de la force musculaire, de la rapidité, la précision et de l'endurance. De plus, une meilleure motricité globale chez les garçons et meilleure motricité fine chez les filles. Et une amélioration de la fluidité dans les gestes.

En ce qui concerne le langage, « *le langage a une fonction expressive et communicative mais il est aussi un moyen de décharger les tensions liées à la vie affective (émotions)* »⁵. Il est alors important de savoir où se situe l'enfant d'un point de vue du langage en ce qui concerne la gestion des émotions. « *Vers 4 ans: il élabore des phrases. Il sait raconter des histoires courtes. Vers 6 ans: Son vocabulaire s'enrichit encore et il progresse au niveau de la syntaxe. Il nomme les jours de la semaine et peut donner son adresse* »⁵. On sait alors que l'enfant de 6 à 12 ans peut construire des phrases avec un vocabulaire et une syntaxe qui évolue. Il sera alors capable de faire des phrases de façon claire ce qui nous aidera pour la prise en soin.

c. Le développement cognitif

Selon le psychologue Jean Piaget, entre 6 et 7 ans et 11 et 12 ans, l'enfant quitte le stade pré opératoire pour entrer dans le stade des opérations concrètes. L'enfant devient capable de prendre en compte des éléments qui surviennent en dehors de sa propre vie. Il

³ VAN BROECK.Nady, VAN RILLAER Jacques. *Accompagnement psychologique des enfants malades*. Editions Odile Jacob, 19 janvier 2012. 240 p. [Consulté le 2/09/17]

⁴ FERLAND, F. *Le développement de l'enfant au quotidien de 6 à 12 ans* [en ligne]. Édition du CHU de Sainte-Justine, 2014. 178p. Format pdf. [Consulté le 3/09/17]. Disponible sur: <http://www.editions-chu-sainte-justine.org/media/system/books/document1s/000/000/258/original/TableausynthAse6-12ans.pdf>

⁵ MERKLING Jacky, LANGENFELD SERRANELLI. Solange. *Psychologie sociologie anthropologie*. Les essentiels en IFSI. 1ère édition: MASSON, 10 févr. 2010. P44-45 [Consulté le 4/09/17]

débute la conceptualisation et crée des raisonnements logiques mais il a encore besoin d'un rapport direct au concret. Il devient curieux, il s'intéresse à ce qui l'entoure.

Vers 6 ans, l'attention, la mémoire et certaines capacités cognitives sont suffisamment développées pour commencer la lecture et le calcul.

Jacky Merklings, cadre supérieur de santé, et Solange Langenfeld Serranelli, infirmière en psychiatrie, détaillent les différents stades du développement cognitif d'après Piaget en disant que le stade qui correspond à la tranche d'âge que nous étudions peut varier de 1 ou 2 ans car ce sont des âges moyens et le « *stade de l'intelligence opératoire concrète, de 7 à 12 ans: l'enfant accède à l'objectivation, il peut prendre en compte divers points de vue mais il a toujours besoin de supports concrets pour raisonner* »⁶. Ils disent également que l'enfant va pouvoir exécuter des opérations concrètes simples comme compter, classer, sérier.

Cette période est marquée par plusieurs évolutions dans la vie de l'enfant:

« *L'enfant :*

- *fait preuve de logique dans son apprentissage,*
- *devient capable de coopération,*
- *acquiert la notion de causalité et prend en compte l'avis des autres,*
- *peut rester plus longtemps sans bouger et s'évader complètement dans l'histoire qu'on lui raconte.*
- *est encore dans l'enfance et pas tout à fait dans l'adolescence. »*⁷

Dans ce paragraphe, on voit que l'enfant devient coopérant, ce qui pourra nous aider dans la réalisation des soins.

Selon l'enseignement de Mme Debuire⁸, psychologue, elle prend l'exemple de la douleur au stade des opérations concrètes: d'après Jean Piaget, l'enfant peut décrire sa douleur, il craint l'atteinte de son corps, il est capable de faire le lien entre la douleur et la maladie et il a besoin d'explications pour être rassuré.

⁶ MERKLING Jacky, LANGENFELD SERRANELLI. Solange. *Psychologie sociologie anthropologie*. Les essentiels en IFSI. 1ère édition: MASSON, 10 févr. 2010. P11 [Consulté le 4/09/17]

⁷ BODENREIDER.S, CHARRON. B. *Hypnose et pédiatrie*. 2012. [Consulté le 5/09/2017] Disponible sur: http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Hypnose_et_pediatrie.pdf

⁸ Madame DEBUIRE. Enseignement. Développement cognitif. Le 24 mai 2017, IFSanté. 38p. [Consulté le 4/09/17]

Nous savons que l'enfant pourra décrire ce qu'il ressent d'un point de vue de la douleur grâce à des acquis au niveau du langage et nous apprenons qu'il peut décrire la douleur. Le fait de savoir que l'enfant craint à l'intégrité de son corps, qu'il fait le lien entre la douleur et la maladie et qu'il a besoin d'explications pour qu'il soit rassuré, nous aidera dans l'accompagnement de l'enfant lors d'un soin douloureux. Nous allons voir maintenant le développement affectif.

d. Le développement affectif

Freud propose une description du développement psychoaffectif de l'enfant en 6 stades :

- Stade oral (0-1 an)
- Stade anal (1-2 ans)
- Stade phallique (2-3 ans)
- Complexe d'oedipe (3-6 ans)
- Période de latence (6-12 ans)
- Stade génital (à partir de la puberté)

Le stade qui nous intéresse ici est la période de latence de 6 à 12 ans. « *C'est une période non conflictuelle qui permet à l'enfant d'élargir son champ relationnel au-delà de sa famille* »⁹.

C'est à dire que la période de latence est une pause dans le développement de l'enfant qui va lui permettre d'élargir son champ relationnel vers l'école et ses amis. Il va se tourner vers l'école, les sports collectifs, les jeux en groupe...

« *C'est à ce stade que l'enfant accède à l'intelligence logique, qui vient supplanter progressivement la perception, aux notions de catégories et de réversibilité, aux règles, et que sa pensée devient moins égocentrique* »¹⁰, il n'est plus basé sur lui mais il va se tourner vers l'extérieur, vers les autres.

Dans le guide de la puéricultrice, les auteurs disent que « *L'enfant de 6 à 7 ans sort de la crise œdipienne, ses pulsions œdipiennes mises en sommeil se manifestent de manière*

⁹ MERKLING Jacky, LANGENFELD SERRANELLI. Solange. *Psychologie sociologie anthropologie*. Les essentiels en IFSI. 1ère édition: MASSON, 10 févr. 2010. P30 [Consulté le 4/09/17]

¹⁰ MERKLING Jacky, LANGENFELD SERRANELLI. Solange. *Psychologie sociologie anthropologie*. Les essentiels en IFSI. 1ère édition: MASSON, 10 févr. 2010. P29 [Consulté le 4/09/17]

dérivé dans des activités sociales et intellectuelle »¹¹. Durant cette période, il n'y a pas de nouvelle organisation de la sexualité et permet un développement, comme dit précédemment, de la sociabilité et du niveau intellectuel.

Sébastien Colson, Jacqueline Gassier, Colette de Saint-sauveur disent également, qu'il est important de prendre en compte l'inhibition dans cette période. L'enfant a des difficultés avec la relation aux autres, il peut paraître timide, réservé, trop sage. Il a également des difficultés à exprimer ses émotions, ce qui peut entraîner un blocage des pulsions agressives et alors il peut ressentir des angoisses.

Ceci peut avoir des répercussions sur la prise en soin, sur ce qu'il ressent face à cela. Nous l'approfondirons un peu plus loin dans nos recherches.

e. Le développement social

*« Vers 6 ans: ses comportements se socialisent, il se préoccupe de l'autre, le respecte. Vers 10 ans: la coopération est forte mais le respect de la loi est fondamental: l'enfant exclut ou dénonce le tricheur, le menteur »*¹².

L'enfant à partir de 6 ans se préoccupe d'autrui, il passe de l'égoïsme au fait de se focaliser sur l'autre. A 10 ans, il va ensuite devenir coopérant et respecte la loi, les règles. Ce qui aidera à la prise en soin, le fait qu'il deviennent coopérant.

f. Les besoins de l'enfant

Selon le dictionnaire Larousse, le besoin se définit comme une *« exigence née d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique »*¹³.

Dans le guide de la puéricultrice, les auteurs classent les besoins de l'enfant en trois grandes parties :

- *« Les besoins physiologiques (naturels ou primaires): respirer, boire, manger, dormir, éliminer, être propre, se vêtir et se dévêtir, réguler sa température.*

¹¹ COLSON.Sébastien, GASSIER. Jacqueline, DE SAINT-SAUVEUR. Colette. Le guide de la puéricultrice, 4ème édition, Elsevier Masson,1280 pages. ISBN: 9782294747731 [Consulté le 5/09/17]

¹² MERKLING Jacky, LANGENFELD SERRANELLI. Solange. *Psychologie sociologie anthropologie*. Les essentiels en IFSI. 1ère édition: MASSON, 10 févr. 2010. P49 [Consulté le 5/09/17]

¹³ LAROUSSE. Dictionnaires de Français [en ligne]. Besoin. [Consulté le 6/09/2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/besoin/8907>

- *Besoins affectifs et psychosociaux (secondaires): aimer et s'attacher, être sécurisé, découvrir, être apprécié, reconnu.*
- *Besoins cognitifs, sensoriels et intellectuels (acquis culturel): parler, expérimenter, se recréer, voir, sentir, toucher. »¹⁴*

Quelques besoins sont intéressants pour nos recherches, comme le besoin de sécurité, en effet l'enfant a besoin d'être rassuré et protégé. Le besoin de parler également, il est important de communiquer avec l'enfant, lui expliquer les choses.

La connaissance du développement de l'enfant de 6 à 12 ans permet à la puéricultrice de mieux appréhender la prise en soin, et de comprendre son comportement. Ces connaissances vont nous permettre d'adapter notre communication, nos actes... et nous aider pour l'accompagnement de l'enfant dans la gestion de ses émotions.

Nous allons alors pour cela faire des recherches sur les émotions en général et ce que peut ressentir l'enfant face aux soins douloureux.

¹⁴ COLSON.Sébastien, GASSIER. Jacqueline, DE SAINT-SAUVEUR. Colette. Le guide de la puéricultrice, 4ème édition, Elsevier Masson, 1280 pages. P374. ISBN: [9782294747731](#) [Consulté le 5/09/17]

2. Appréhension de l'enfant lors d'un soin douloureux aux urgences pédiatriques

a. Définitions d'une émotion

Il est compliqué de définir une émotion ou de la décrire malgré le fait que nous les connaissons et nous les avons déjà rencontrées. Nous allons réaliser des recherches pour définir les émotions et savoir les décrire afin de pouvoir les reconnaître sur l'enfant pour mieux l'accompagner.

Selon le dictionnaire Larousse, la définition de l'émotion est la suivante : « *trouble subit, agitation passagère causés par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, etc. Réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement* »¹⁵.

Définition du dictionnaire de la psychiatrie ; « *mouvement affectif soudain et intense, entraînant un débordement temporaire du contrôle réflexif sous l'effet d'une stimulation du milieu. L'émotion comporte : une expérience subjective (joie, tristesse, colère, peur, etc.) ; une expression communicative d'excitation ou d'inhibition (mimique, gestuelle, posture, etc.) ; des modifications neurovégétatives et endocriniennes. Son seuil varie en fonction de la personnalité, de ses expériences, de l'état physiologique du sujet et de la nature de l'agent en cause.* »¹⁶.

Les émotions provoquent des mouvements internes et externes, répondant à une stimulation extérieure, différents en fonction des individus. L'expression des émotions peut se manifester par des pleurs, des cris, des sourires etc... Ils existent différentes émotions, nous allons en aborder quelques unes.

b. Les principales émotions

Nous aborderons ici les principales émotions et celle que nous serons susceptible de rencontrer face à un soin douloureux comme la peur, l'angoisse, la colère, l'anxiété, la

¹⁵ LAROUSSE. Dictionnaires de Français [en ligne]. Emotion. [Consulté le 6/08/2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/emotion/28829>

¹⁶ JUILLET Pierre. Dictionnaire de psychiatrie. CILF. Juin 2000. [Consulté le 6/07/2017]

tristesse. Nous nous intéresserons à la joie pour voir une émotion positive. Cela nous apportera plus de précision sur ces émotions pour une prise en soin optimale.

La peur :

Le dictionnaire Robert définit la peur comme une « *appréhension, crainte devant un danger, qui pousse à fuir ou à éviter cette situation* »¹⁷.

Selon le dictionnaire de psychologie, la peur est une « *émotion déclenchée par une stimulation ayant valeur de danger pour l'organisme... Selon l'intensité elle peut se manifester par des réactions physiques: modification de la conductivité électrique cutanée (pilo-érection), de la tension musculaire, du rythme cardiaque, du rythme respiratoire, de l'activité gastro-intestinale* »¹⁸.

La peur sert à se protéger d'un danger, d'une menace réelle ou non. Elle peut se manifester par une apnée, une augmentation du rythme cardiaque et respiratoire, des cris, des tremblements, une sudation.

L'angoisse :

Selon DIEL Paul, psychothérapeute français, « *l'angoisse est une émotion humaine qui se définit comme une forme dérivée de la peur, imaginativement représentée et prolongée* »¹⁹.

D'après Freud, neurologue et fondateur de la psychanalyse, l'angoisse « *c'est la réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est à dire soumis à un influx d'excitations, d'origine externe, interne, qu'il est incapable de maîtriser* »²⁰.

L'angoisse est une forme dérivée de la peur, elle nous aide également à nous protéger d'un danger ou une menace. Les manifestations seront les mêmes que la peur.

¹⁷ LAROUSSE. Dictionnaires de Français [en ligne]. Peur. [Consulté le 6/08/2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/peur/60046>

¹⁸ DORON. R, PAROT. F. Dictionnaire de psychologie. Ed. PUF, Paris 1991.

¹⁹ DIEL Paul. *La peur et l'angoisse: phénomène central de la vie et de son évolution*. Ed Payot, 1956, p15.

²⁰ FREUD Sigmund. *Inhibition, symptômes, angoisse*. Édition PUF, 1978, p61.

L'anxiété :

L'anxiété est un « *trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité. Inquiétude pénible, tension nerveuse, causée par l'incertitude, l'attente* »²¹.

La colère :

La colère est un « *état affectif violent et passager, résultant du sentiment d'une agression, d'un désagrément, traduisant un vif mécontentement et accompagné de réactions brutales : Se mettre en colère* »²².

Selon le Dictionnaire de la Psychiatrie la colère est une « *exaltation agressive de l'humeur avec perte relative du contrôle émotionnel, accompagnée de troubles neurovégétatifs* »²³.

Elle peut être provoquée par un désagrément, une agression et se manifeste par un changement de voix, un visage qui rougit, des tremblements, les traits du visage qui se déforme.

La tristesse :

Elle est définie par le dictionnaire Larousse comme l' « *état de quelqu'un qui éprouve du chagrin, de la mélancolie* »²⁴.

Personne qui ressent de la peine, du chagrin, de la nostalgie, suite à une déception, une perte. Elle se manifeste par des modifications de la voie, un débit de parole plus lent, la forme du visage qui s'allonge, se creuse, se ferme, les yeux qui se mouillent.

²¹ LAROUSSE. Dictionnaires de Français [en ligne]. Anxiété. [Consulté le 6/08/2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anxiété/4369>

²² LAROUSSE. Dictionnaires de Français [en ligne]. Colère. [Consulté le 8/08/2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/colère/17100>

²³ JUILLET Pierre. Dictionnaire de psychiatrie. CILF. Juin 2000. [Consulté le 8/08/2017]

²⁴ LAROUSSE. Dictionnaires de Français [en ligne]. Tristesse. [Consulté le 8/08/2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tristesse/79816>

La joie :

C'est une émotion « *qui provoque chez quelqu'un un sentiment de vif bonheur ou de vif plaisir* »²⁵.

Elle est provoquée par la réalisation d'un désir, d'un souhait, l'atteinte d'un objectif. Elle peut se manifester par des rires, visage qui se détend, les yeux qui brillent.

Il existe des émotions négatives comme la peur, la colère, la honte, la tristesse, l'angoisse... et positives comme la joie, l'espoir... Chaque émotion se manifeste de façon physique et physiologique, en connaissant les modifications que celles-ci peuvent apporter chez une personne alors il sera plus facile de les déceler et d'accompagner l'enfant.

Nous allons voir les émotions que peut ressentir un enfant pendant un soin après avoir réalisé des recherches sur le soin douloureux.

c. Le soin douloureux

Afin de définir le soin douloureux, nous allons définir le soin ainsi que la douleur:

D'après le dictionnaire Larousse les soins se définissent comme des « *actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps* » ou encore des « *actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un* »²⁶.

Selon la Haute Autorité de Santé, « *un acte de soins est un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne* »²⁷. Le soin est défini comme des actes qui ont pour finalité de rétablir ou conserver la santé d'une personne.

Selon la définition de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), « *la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes* »²⁸. Il y a deux composantes à la

²⁵ LAROUSSE. Dictionnaires de Français [en ligne]. Joie. [Consulté le 9/08/2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/joie/44939>

²⁶ LAROUSSE. Dictionnaires de Français [en ligne]. Soins. [Consulté le 3/09/2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soins/73237>

²⁷ Haute Autorité de Santé. *Vocabulaire de base coopération entre professionnels de santé*. Octobre 2007. Article L. 4011-1 à L. 4011-3 du code de la santé publique. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/vocabulaire_coop_01092010_2010-09-03_14-05-56_834.pdf

²⁸ Pr BOUHASSIRA. Didier. *Physiopathologie et pharmacologie clinique de la douleur*, Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpital Ambroise-Paré, Boulogne-Billancourt - mai 2016. [Consulté le 24/09/2017]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur>

douleur; la douleur physique et émotionnelle. Nous allons alors rechercher par la suite la relation entre les émotions et la douleur, et comment agir sur cette douleur émotionnelle.

La douleur induite par les soins se dit « *d'une douleur de courte durée, causée par le médecin, une thérapeutique, un soin dans des circonstances de survenue prévisibles, et donc susceptible d'être prévenue par des mesures adaptées* »²⁹ telle est la définition donnée par François Boureau, c'était un médecin français spécialiste en neurophysiologie et dans le traitement de la douleur.

Concernant cette dernière, elle « *doit toujours être prévenue et traitée. Une analgésie adéquate améliore la satisfaction du patient, augmente sa coopération majorant ainsi les chances de réussite du geste pratiqué, et diminue le risque de complications* »³⁰.

Un soin douloureux est une douleur qui provient d'un acte réalisé par un soignant et dont on peut prévenir la douleur par des moyens adaptés. Pour la prévenir, il est important de savoir la reconnaître chez les enfants et d'être en mesure de l'évaluer, ce que nous allons rechercher.

Selon l'enseignement théorique³¹ que nous avons eu sur la douleur durant nos actions de santé, les signes de la douleur sont:

- grimaces, froncement du visage,
- position particulière (dite «antalgique»),
- refus d'être touché sur la zone douloureuse,
- raideur du corps,
- pleurs, cris, agitation,
- changement de teint (teint pâle),
- modification du sommeil,
- tachycardie, désaturation, hypertension artérielle.

Ces signes nous aideront afin d'évaluer la douleur chez l'enfant.

²⁹ A. COUTEAUX, E. COLLIN. Douleurs induites par les soins. 2008. [Consulté le 24/09/2017]. Disponible sur: <http://v2.cnr.fr/IMG/pdf/Coutaux-Collin.pdf>

³⁰ Dr CARBAJAL. Ricardo. *Prise en charge de la douleur aux urgences pédiatriques* [En ligne]. Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur, daté de juin 2004. [Consulté le 25/09/2017]. Disponible sur: <http://cnrd.fr/Prise-en-charge-de-la-douleur-aux.html>

³¹ GORET Justine. *La douleur de l'enfant*. IFSanté. Septembre 2017. 60p. [Consulté le 25/09/17]

« *La mesure de la douleur - Bien que la douleur soit subjective puisqu'elle repose sur un ressenti personnel, il existe des outils pour la caractériser et l'évaluer. Des questionnaires et des échelles de douleur permettent d'en décrire les symptômes, d'en mesurer l'intensité et l'impact sur la qualité de vie... Pour les enfants, les médecins utilisent souvent une échelle avec des visages* »³². Il existe d'autres échelles pour évaluer la douleur que nous allons voir ci-dessous.

La douleur est une notion subjective qui varie d'une personne à une autre, l'évaluation de celle-ci est à déterminer en fonction du ressenti de l'enfant. Le fait de connaître les signes de la douleur nous aide à la prise en soin de celle-ci. Nous allons voir les différentes échelles d'évaluation adaptées aux enfants de 6 à 12 ans, car ces échelles dépendent de l'âge de l'enfant, de ses capacités et son niveau de développement.

Nous avons appris durant nos études que l'évaluation de la douleur a pour objectif de confirmer l'existence d'une douleur, de la quantifier, de la qualifier, de nous aider à reconnaître les signes de douleurs, de proposer un traitement et évaluer l'efficacité de ce traitement pour le réadapter si besoin. « *L'autoévaluation de la douleur est considérée comme le « gold standard » et est l'approche la plus validée... Elles ne sont fiables qu'après l'âge de 6 ans* »³³. Comme nous l'avons vu précédemment, l'enfant à partir de 6 ans a acquis un langage qui lui permet de s'exprimer de façon claire et de faire des phrases et il est également capable de décrire sa douleur et de l'évaluer, on utilisera alors l'auto-évaluation.

Il existe 5 échelles d'évaluation pour les enfants entre 6 et 12 ans qui se base sur l'auto-évaluation³⁴:

- EN : échelle numérique : l'enfant quantifie sa douleur avec une échelle virtuelle comprise entre 0 (douleur absente) et 10 (douleur maximale).

³² Pr BOUHASSIRA. Didier. *Physiopathologie et pharmacologie clinique de la douleur*, Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpital Ambroise-Paré, Boulogne-Billancourt - mai 2016. [Consulté le 24/09/2017]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur>

³³ BELTRAMINI. Alexandra, BOUFERRACHE. Kocélia, PATERON. *Prise en charge de la douleur de l'enfant aux urgences* [en ligne], janvier-février 2007, vol. 13, n° , p.51-42. [Consulté le 24/09/2017]. Disponible sur: http://www.jle.com/download/met-274563-prise_en_charge_de_la_douleur_de_l'enfant_aux_urgences--WckWCn8AAQEAAEk9X30AAAAI-a.pdf

³⁴ GORET Justine. *La douleur de l'enfant*. IFSanté. Septembre 2017. 60p. [Consulté le 25/09/17]

- EVA : échelle visuelle analogique : l'enfant place un curseur sur une réglette entre deux extrémités, aussi haut que la douleur est grande. A l'une des extrémités est indiqué : pas de douleur, à l'autre : douleur très forte.
- Échelle des visages : l'enfant montre le visage qui a mal autant que lui. Score de gauche à droite: de pas mal du tout à très mal: 0, 2, 4, 6, 8, 10 ; chaque chiffre correspond à un visage.
- Échelle des jetons : le soignant dispose des jetons devant l'enfant et lui dit « *prend autant de jetons que tu as mal* ».
- Échelle des bonhommes : l'enfant colorie, sur un bonhomme, les zones qui lui font mal, il peut choisir différentes couleurs en fonction de l'intensité de la douleur.

« *Le score d'évaluation, qui mesure en même temps la douleur et l'anxiété, servira de support de communication entre les différents acteurs afin d'apporter la réponse antalgique et anxiolytique qui semble la plus appropriée [...] Certains auteurs recommandent d'utiliser les échelles d'auto-évaluation de la douleur (échelle visuelle analogique ou échelle numérique) pour évaluer séparément le niveau d'anxiété chez les enfants* »³⁵. Nous pouvons utiliser les échelles de la douleur afin d'évaluer l'angoisse et la douleur de l'enfant.

La douleur et l'angoisse seront mieux prises en soin si elles ont été correctement évaluées et quantifiées. Comme nous l'avons dit la douleur peut être émotionnelle, nous allons alors réaliser des recherches sur ce que peut ressentir l'enfant face aux soins douloureux. Il est important de connaître l'appréhension de l'enfant pour agir sur celle-ci.

d. Appréhension de l'enfant face au soin douloureux

Dans le guide de la puéricultrice, les auteurs, Sébastien Colson, Jacqueline Gassier, Colette de Saint-sauveur parlent du fait qu'« *en entrant à l'hôpital, l'enfant pénètre un monde inconnu qui peut susciter chez lui un sentiment d'hostilité, en fonction de sa propre*

³⁵ Dr LEBRUN Frédéric. *La douleur de l'enfant : Quelles réponses?*. Paris, 5-6-7 décembre 2017. [Consulté le 11/09/17]
 Disponible sur: https://pediadol.org/IMG/pdf/actes_2016.pdf

expérience, mais aussi de celle rapportée par son entourage, ce qui provoque chez lui des réactions de peur d'anxiété voire d'angoisse, parfois partagées par ses accompagnants»³⁶.

Les enfants ressentent des émotions différentes face au monde médical. C'est un endroit qui peut faire peur, qui est anxiogène. Chacun réagit différemment en fonction de son expérience, de sa propre personnalité.

Dans le site sparadrap, Bénédicte MINGUET, Docteur en psychologie, et Françoise GALLAND, directrice et cofondatrice de l'association SPARADRAP, elles disent que les différentes émotions que peut ressentir l'enfant sont de l'ordre de : « *la peur d'être séparé de ses parents, la peur de l'inconnu, la peur de l'atteinte à l'intégrité de son corps, la peur d'avoir mal* »³⁷.

Nous allons approfondir sur ces différentes peurs de l'enfant. Afin de pouvoir comprendre ce qu'il peut ressentir pour un meilleur accompagnement de la gestion de ses émotions.

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* »³⁸. Comme nous avons vu dans les besoins de l'enfant, il a besoin de se sentir en sécurité, les parents sont pour lui des êtres sécurisants qui peuvent l'aider à traverser cette épreuve des soins. La puéricultrice peut, en favorisant la présence des parents durant le soin, faire diminuer la peur de l'enfant. Il se sentira plus en sécurité avec cette présence qu'il connaît bien, qui lui est familier.

³⁶ COLSON.Sébastien, GASSIER. Jacqueline, DE SAINT-SAUVEUR. Colette. Le guide de la puéricultrice, 4ème édition, Elsevier Masson,1280 pages. P374. ISBN: 9782294747731 [Consulté le 10/09/17]

³⁷ MINGUET Bénédicte, GALLAND Françoise. *Les inquiétudes des enfants lors d'un soin, d'un examen médical* [en ligne]. Avril 2011. [Consulté le 10/09/17]. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Psychologie-de-l-enfant/Les-inquietudes-des-enfants-lors-d-un-soin-d-un-examen-medical>

³⁸ MINGUET Bénédicte, GALLAND Françoise. *Les inquiétudes des enfants lors d'un soin, d'un examen médical* [en ligne]. Avril 2011. [Consulté le 10/09/17]. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Psychologie-de-l-enfant/Les-inquietudes-des-enfants-lors-d-un-soin-d-un-examen-medical/La-peur-d-etre-separe-de-ses-parents>

La peur de l'inconnu :

Dans le bulletin de psychologie numéro 483, Enrique Castelao, Marlyne Chioléro, et Chantal Piot-Ziegler ont réalisé des entretiens sur des enfants de 6 à 12 ans et il en sort que « *les principales causes de la peur ressentie par l'enfant sont la peur de l'inconnu et le manque d'information. Le manque de prévisibilité et le sentiment d'étrangeté procurent une sensation d'insécurité à l'enfant... Ce sont autant d'éléments angoissants présents dans l'environnement du jeune patient* »³⁹.

L'enfant arrive dans un monde qui lui est inconnu; il ne connaît pas le personnel soignant, les salles, les machines... Il n'est pas dans un endroit sécurisant. L'enfant a besoin de comprendre ce qu'il lui arrive, ce que l'on va lui faire pour être rassuré. Il est alors important de lui expliquer de façon claire et d'avoir un discours adapté à son âge.

La peur de l'atteinte à l'intégrité de son corps :

Comme nous venons de le voir, l'enfant est dans un endroit inconnu qui lui fait peur. Il a des aprioris sur l'hôpital, de ce qu'il peut lui arriver, ce que nous pouvons faire à son corps. « *La peur de l'atteinte à l'intégrité du corps peut aussi se révéler au travers de gestes «simples» des soignants: par exemple lorsqu'un objet médical entre dans le corps de l'enfant, ne serait-ce que pour l'examen des oreilles, de la bouche...* »⁴⁰. De simples objets qui nous paraissent inoffensifs sont pour lui des objets qui lui font peur, il ne sait pas à quoi ils peuvent servir. Nous avons le rôle de le rassurer et lui expliquer à quoi ils servent. L'enfant a besoin d'information sur ce qu'on va lui faire, ce qui va arriver à son corps.

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.* »⁴¹. Il est alors primordial d'évaluer la douleur de l'enfant. À 6 ans, il est

³⁹ CASTELAO. Enrique, CHIOLÉRO. Marlyne et PIOT-ZIEGLER. Chantal. « *La satisfaction à l'hôpital. Aspects émotionnels et relationnels dans des entretiens avec des enfants de six à douze ans* », *Bulletin de psychologie*, vol. numéro 483, no. 3, 2006, pp. 271-279. [Consulté le 16/09/2017]

⁴⁰ MINGUET Bénédicte, GALLAND Françoise. *La peur de l'atteinte à l'intégrité de son corps* [en ligne]. Avril 2011. [Consulté le 10/09/17]. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Psychologie-de-l-enfant/Les-inquietudes-des-enfants-lors-d-un-soin-d-un-examen-medical/La-peur-de-l-atteinte-a-l-integrite-de-son-corps>

⁴¹ MINGUET Bénédicte, GALLAND Françoise. *La peur d'avoir mal* [en ligne]. Avril 2011. [Consulté le 10/09/17]. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Psychologie-de-l-enfant/Les-inquietudes-des-enfants-lors-d-un-soin-d-un-examen-medical/La-peur-d-avoir-mal>

capable de dire s'il a mal et combien il a mal, on peut utiliser l'auto-évaluation. Une fois cette douleur évaluée, nous devons prendre en soin la douleur si elle est présente.

Lors d'un soin douloureux, il est important de prévenir cette douleur en associant les moyens médicamenteux et non médicamenteux que nous verrons un peu plus tard dans nos recherches. Nous allons rechercher l'importance de cette prise en soin de la douleur sur les prochains soins.

Nous venons de voir les différentes peurs de l'enfant, la puéricultrice a un rôle à jouer dans son accompagnement, que nous détaillerons un peu plus loin. Avant, nous devons encore étudier les conséquences d'un soin douloureux, sur les émotions et la douleur, ainsi que sur les urgences pédiatriques. Ces choses sont à connaître et nous aiderons pour permettre un accompagnement adapté de l'enfant de 6 à 12 ans aux urgences. Nous avons vu que la peur d'avoir mal dépend également de ses expériences antérieures, que nous allons approfondir ci-dessous.

e. Les conséquences du soin douloureux chez l'enfant

La peur d'avoir mal « *sera d'ailleurs plus importante ... si une expérience antérieure à l'hôpital ou lors d'un soin a laissé une trace négative dans son souvenir (pensons aux vaccins, sutures ou opération chirurgicale...)* »⁴².

Daniel Annequin, anesthésiste pédiatrique et psychiatre français, dit dans son livre que « *la douleur provoquée par une opération, une ponction lombaire, une paracentèse... n'a jamais rendu mature, bien au contraire. Ces "petites choses" peuvent induire de profondes difficultés à l'âge adulte, qui peuvent aller de l'évitement du dentiste à une intense phobie des piqûres, des consultations médicales, des hospitalisations* »⁴³.

Si l'enfant a déjà eu une expérience douloureuse lors d'un soin antérieur, ses émotions négatives et sa peur envers une nouvelle expérience avec le monde médical seront encore plus présentes.

⁴² MINGUET Bénédicte, GALLAND Françoise. La peur d'avoir mal [en ligne]. Avril 2011. [Consulté le 10/09/17]. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Psychologie-de-l-enfant/Les-inquietudes-des-enfants-lors-d-un-soin-d-un-examen-medical/La-peur-d-avoir-mal>

⁴³ ANNEQUIN Daniel. *La douleur chez l'enfant*. MASSON, 5 déc. 2002. 184p. ISBN: 9782225857638. P42. [Consulté le 2/10/2017]

Une douleur ressentie par l'enfant est une épreuve émotionnelle désagréable ce qui influencera sa mémoire, elle sera négative. Or, cela aurait un impact sur les futures expériences avec les soins en lui rappelant la douleur et les émotions négatives qu'il aura déjà ressenties.

f. Les émotions et la douleur

Selon le livre « *l'accompagnement psychologique des enfants malades* », les auteurs font le lien entre les émotions et la douleur. « *Il est clairement établi que l'angoisse tend à intensifier la douleur.* »⁴⁴, ils disent également qu'une « *émotion agréable* » peut diminuer la douleur et inversement pour une « *émotion pénible* » comme la colère, l'angoisse, la tristesse...

*« Peur et douleur sont intimement liées et pour soulager un enfant, les moyens médicamenteux ne suffisent pas toujours. Il faut agir non seulement sur la composante sensorielle (grâce aux médicaments, une anesthésie...) mais aussi sur la composante émotionnelle (anxiété, peurs..) »*⁴⁵.

Les émotions désagréables que peut ressentir l'enfant face à un soin peuvent avoir des répercussions sur sa douleur, elle peut être augmentée. En aidant l'enfant à gérer ses émotions, la puéricultrice, peut agir sur la douleur émotionnelle. Nous pouvons donc constater qu'il existe une relation entre la douleur, l'anxiété, l'angoisse, la peur. Il est important lors de la réalisation des soins douloureux de prendre en soin la douleur et également l'aspect psychologique. Elle doit être reconnue, évaluée et traitée.

Nous allons réaliser nos recherches sur l'accompagnement de la puéricultrice et la gestion des émotions. Mais juste avant, il est important de faire quelques recherches sur les urgences pédiatriques, pour remettre les soins dans le contexte que nous étudions.

⁴⁴ VAN BROECK.Nady, VAN RILLAER Jacques. *Accompagnement psychologique des enfants malades*. Editions Odile Jacob, 19 janvier 2012. 240 p. [Consulté le 9/09/17]

⁴⁵ MINGUET Bénédicte, GALLAND Françoise. Diminuer la peur et la douleur [en ligne]. Avril 2011. [Consulté le 10/09/17]. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Diminuer-la-peur-et-la-douleur/Distraire-les-enfants-lors-des-soins/Pourquoi-distraire-l-enfant-pendant-un-soin>

g. Les urgences pédiatriques

Les urgences pédiatriques sont souvent le premier contact avec le monde hospitalier pour l'enfant et sa famille. On y prend en soin des patients de jour comme de nuit, peu importe la gravité de la situation. L'activité peut être très surchargée comme parfois très calme.

Comme le dit la circulaire du 23 novembre 1998, « *l'hospitalisation d'un enfant, quel qu'en soit le motif médical, est une source d'angoisse pour lui-même et pour sa famille* »⁴⁶. Les urgences pédiatriques sont angoissantes pour l'enfant et ses parents, les angoisses peuvent être majorées avec l'attente d'une prise en soin ou d'un diagnostic, qui est parfois longue avant de voir un médecin. Également si durant ce temps aux urgences, l'enfant doit passer par des examens douloureux. Le personnel soignant peut parfois être débordé devant les urgences présentes et le monde qui attend.

« *L'urgence de la situation ne doit pas mettre la communication au second plan. La place de l'enfant dans le dialogue est souvent oubliée. Prendre en considération la relation triangulaire en respectant la parole de l'enfant et faire participer les parents lors des soins sont des garants d'une bonne alliance thérapeutique* »⁴⁷. Avec l'augmentation de la fréquentation des urgences, l'urgence de certaines situations... la communication, le relationnel peuvent être mis de côté, il est important de les garder avec les enfants dans la prise en soin. La communication dans le soin est primordiale afin de pouvoir évaluer la douleur et avoir le ressenti de l'enfant.

⁴⁶ Circulaire du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie et qui vient compléter la circulaire n°83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants, texte non paru au JO

⁴⁷ Journal Européen des Urgences et de Réanimation. Volume 27, Issue 4. Pages 173–232 (December 2015) [Consulté le 19/09/2017]

3. Accompagnement de la puéricultrice dans la gestion des émotions

a. La puéricultrice

Un soignant est une « *personne qui donne des soins à quelqu'un* »⁴⁸.

D'après le cours que nous avons eu sur « *L'enfance et puériculture - Historique* »⁴⁹ durant notre formation puéricultrice, le mot « *puériculture* » a été créé en 1860 par un médecin Français, A.Caron et définit comme « *la science d'élever hygiéniquement et physiologiquement les enfants* ». Ensuite, il y a la création de la profession de puéricultrice avec le décret du 13 août 1947 avec une formation d'un an pour l'obtention du diplôme. A cette époque, la profession de puéricultrice était engagée dans la lutte contre la mortalité et la morbidité infantile qui étaient élevées après la guerre, elle s'est développée aujourd'hui sur la dimension psychosociale de la santé du nouveau né jusqu'à celle de l'adolescent.

Aujourd'hui,

L'infirmière puéricultrice « *est une infirmière spécialisée dans les soins médicaux apportés aux bébés et aux enfants. Elle joue également un rôle de prévention, d'éducation et de conseil auprès des parents* ». ⁵⁰

Selon le code de la santé publique, Article D4311-49 : « *le diplôme d'Etat de puéricultrice est délivré par le préfet de région aux titulaires d'un diplôme d'infirmier ou de sage-femme validé pour l'exercice de la profession en France qui ont réussi aux épreuves du concours d'admission, suivi une formation agréée par la même autorité et satisfait avec succès aux épreuves d'évaluation de l'enseignement* »⁵¹.

Pour cela, elle assure des soins sur son rôle propre (Article R. 4311-3 à R4311-5 du code de la santé publique) et sur prescription médicale (Article R4311-7 à R4311-10 du code

⁴⁸ LAROUSSE. Dictionnaires de Français [en ligne]. Soignant. [Consulté le 3/09/2017]. Disponible sur: LAROUSSE. Dictionnaires de Français [en ligne]. Soins. [Consulté le 11/04/2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soins/73237>

⁴⁹ "Enfance et puériculture - Historique" Mme Leuridan. IFsanté, janvier 2017. [Consulté le 11/04/17]

⁵⁰ Puéricultrice [Consulté le 11/04/17]. Disponible sur: <http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/puericulteur-puericultrice>

⁵¹ France. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Article D4311-49 modifié par Décret N° 2012-851 du 4 juillet 2012. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913837&dateTexte=&categorieLien=cid>

de la santé publique) ; à l'aide des 9 compétences inscrites dans le programme de formation de l'école de puéricultrices :

1. Evaluer l'état de santé et le développement des enfants et des adolescents.
2. Concevoir et conduire un projet de soins et/ou d'éducation adapté à l'enfant.
3. Mettre en œuvre des soins adaptés aux enfants présentant des altérations de santé.
4. Accompagner et soutenir les familles dans le processus de parentalité.
5. Concevoir et mettre en œuvre des activités de promotion de la santé de l'enfant et de la protection de l'enfance.
6. Organiser et coordonner les soins et les activités de développement et d'éveil pour les enfants et les adolescents.
7. Rechercher, traiter et produire des données professionnelles et scientifiques.
8. Informer, former des professionnels et des personnes en formation.
9. Gérer les ressources d'un service ou d'un établissement d'accueil d'enfant.

Prendre soin selon W. HESBEEN⁵², « *c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation particulière c'est à dire unique* » et il dit que c'est « *prendre soin des personnes et non pas seulement de leur faire des soins* ».

Prendre soin d'un patient c'est prendre en compte le patient dans sa globalité, ne pas le voir uniquement comme un objet de soin. Pour cela, il est important d'instaurer une relation soignant-soigné, avec une communication entre le soignant et le soigné. L'infirmière puéricultrice doit instaurer une relation avec les enfants et les parents, elle doit prendre en compte dans sa prise en soin l'aspect technique et relationnel du soin.

L'infirmière puéricultrice doit utiliser des compétences (écoute, empathie, disponibilité, discrétion, attention...) afin de prendre en soin ses patients et non réaliser un soin. Elle doit également prendre en compte les attentes de l'enfant et de ses parents. Chaque enfant ressent des émotions différentes face à un soignant, il est important de connaître ses différentes émotions afin de pouvoir s'adapter comme nous les avons vu ultérieurement.

⁵² HESBEEN. Walter. *Prendre soin à l'hôpital*, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante.. Paris, inter édition, 1997, 208 p.

Selon la charte de l'enfant hospitalisé, article 8: « *L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille* ». L'infirmière puéricultrice prend en soin des enfants avec l'aide de l'équipe pluridisciplinaire, elle réalise les soins sur prescription médicale ou sur son rôle propre. Chaque enfant a des demandes différentes en fonction de leurs maladies, de leurs différentes émotions... La prise en soin de celui-ci doit être adaptée à chaque situation, en fonction de ses besoins, de ses attentes ainsi qu'à celles de ses parents...

L'infirmière puéricultrice doit être capable de s'adapter à l'âge de l'enfant, aux différentes émotions qu'il ressent (peur, angoisse, anxiété...). Elle prend en soin sa douleur et ses émotions, en plus de la réalisation du soin. Nous allons voir l'accompagnement de la puéricultrice dans la gestion des émotions.

b. Accompagnement de la puéricultrice dans la gestion des émotions

Le Petit Robert, dictionnaire de la langue française définit l'accompagnement comme le fait d'« *accompagner un malade, l'entourer, le soutenir moralement et physiquement* »⁵³.

D'un point de vue de l'accompagnement de la douleur physique, il est important de prévenir la douleur. Selon le décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 du Code de Déontologie des Infirmiers, 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* ».

De plus, la douleur doit être prise en soin par la puéricultrice afin d'aider l'enfant à appréhender les soins: « *des moyens, réduisant l'impact douloureux des actes médicaux et des soins, existent, mais ils ne semblent pas être appliqués systématiquement. Les soins engendrent, toujours encore, un sentiment d'appréhension, voire de peur; à cause de la douleur qu'ils provoquent.* »⁵⁴. Et nous savons, grâce à nos recherches, que la douleur a une

⁵³ Dictionnaire historique de la langue française, tome 1, sous la direction d'Alain Rey. Ed les dictionnaires Le Robert Paris 1992-1998, 3 tomes, 4304p [Consulté le 18/09/2017]

⁵⁴ CASTELAO. Enrique, CHIOLÉRO. Marlyne et PIOT-ZIEGLER. Chantal. « La satisfaction à l'hôpital. Aspects émotionnels et relationnels dans des entretiens avec des enfants de six à douze ans », *Bulletin de psychologie*, vol. numéro 483, no. 3, 2006, pp. 271-279. [Consulté le 20/09/2017]

mémoire et qu'une douleur non gérée aura des répercussions pour de futures expériences avec le monde hospitalier même dans un avenir proche. Par exemple, un soin où la douleur n'a pas été atténué peut engendrer une peur pour le soin qui va suivre même si celui ci ne sera pas douloureux. « *La manière dont l'enfant fait face à la douleur, dépend beaucoup de son expérience passée, de ses ressources personnelles* »⁵⁵. Nous allons faire des recherches sur les moyens existants afin de prévenir la douleur lors d'un soin douloureux aux urgences pédiatriques.

Pour la prise en compte de la douleur induite par les soins, « *il faut savoir repenser l'indication du geste douloureux, placer l'enfant dans des conditions favorables, anticiper les gestes de soins, favoriser la formation du personnel et choisir du matériel adapté* »⁵⁶, nous pouvons utiliser des formes médicamenteuses pendant les soins comme le protoxyde d'azote, c'est un mélange équimolaire d'Oxygène et de protoxyde d'Azote (M.E.O.P.A[®]) qui a une action analgésie de surface, une anxiolyse et procure une euphorie et modifie les perceptions sensorielles; « *cet outil thérapeutique est particulièrement adapté aux conditions d'analgésie des services d'urgence* »⁵⁶, l'utilisation rapide du M.E.O.P.A[®] est adaptée aux services des urgences pédiatriques. Il y a également la crème possédant de la lidocaïne et prilocaïne (EMLA[®]), c'est l'association de deux anesthésiques locaux.

Selon le livre « *journal européen des urgences et de réanimation* », les auteurs⁵⁷ disent « *aux urgences, reconnaître la douleur et la traiter rapidement sont un impératif pour des soins de qualité et l'une des attentes clé des parents* » et « *évaluer la douleur, c'est essayer de comprendre au plus près ce que le patient éprouve. Cette communication, spontanée ou sollicitée, se fait, grâce à une relation de confiance, par des mots (l'enfant décrit ce qu'il éprouve), c'est l'auto-évaluation* ». Comme nous l'avons déjà vu précédemment, la douleur est subjective et il est important de l'évaluer de façon adaptée à chaque enfant. Les auteurs

⁵⁵ CASTELAO. Enrique, CHIOLÉRO. Marlyne et PIOT-ZIEGLER. Chantal. « La satisfaction à l'hôpital. Aspects émotionnels et relationnels dans des entretiens avec des enfants de six à douze ans », *Bulletin de psychologie*, vol. numéro 483, no. 3, 2006, pp. 271-279. [Consulté le 20/09/2017]

⁵⁶ BELTRAMINI. Alexandra, BOUFERRACHE. Kocélia, PATERON. *Prise en charge de la douleur de l'enfant aux urgences* [en ligne], janvier-février 2007, vol. 13, n° , p.51-42. [Consulté le 24/09/2017]. Disponible sur: http://www.jle.com/download/met-274563-prise_en_charge_de_la_douleur_de_l'enfant_aux_urgences--WckWCn8AAQEAAEk9X30AAAAJ-a.pdf

⁵⁷ CARLI. Pierre, BODOSSIAN Perle, ECOLLAN. Patrick et al. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*. Volume 26, Issue 1, avril 2014, Pages 16-19. [Consulté le 19/09/2017]

parlent de la relation de confiance, nous allons réaliser des recherches sur cette dernière afin d'aider l'enfant à appréhender les soins.

La relation de confiance :

Article n°4 de la charte de l'enfant hospitalisé; « *les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur* ». D'où l'importance d'expliquer ce que l'on va faire à l'enfant, en lui parlant directement et en employant un vocabulaire adapté à ses capacités de compréhension. La prise en soin de l'enfant doit être réalisée dans sa globalité, il faut évaluer sa douleur, la prendre en soin, prendre en compte ses angoisses en l'aidant à s'exprimer. « *Les aspects relationnels influencent la gestion de la douleur, que ce soit par la réassurance verbale ou par la transmission d'informations* »⁵⁸.

Castelao Enrique, Marlyne Chioléro, et Chantal Piot-Ziegler disent « *que préparer et informer l'enfant, de manière adaptée à son âge et sa compréhension, atténue sa peur à l'hôpital.* »⁵⁹. La puéricultrice pourra aider l'enfant à faire diminuer sa peur en expliquant le soin qu'elle réalisera. Il est important d'adapter son vocabulaire au niveau de l'enfant. Ils disent également que « *malheureusement, les médecins, le plus souvent, faute de temps (!), oublient l'enfant et s'adressent préférentiellement aux parents. Pourtant, ce manque d'information directe est une source d'angoisse pour l'enfant ... les infirmières et les parents, plus particulièrement la mère, sont des médiateurs importants* »⁵⁹. En tant que puéricultrice, nous sommes des médiateurs importants pour les enfants afin qu'ils puissent être rassurés en les informant sur les différents soins. Malgré le manque de temps, principalement ce qui peut être le cas aux urgences pédiatriques, il est important d'informer l'enfant de façon adaptée et claire.

⁵⁸ CASTELAO. Enrique, CHIOLÉRO. Marlyne et PIOT-ZIEGLER. Chantal. « *La satisfaction à l'hôpital. Aspects émotionnels et relationnels dans des entretiens avec des enfants de six à douze ans* », *Bulletin de psychologie*, vol. numéro 483, no. 3, 2006, pp. 271-279. [Consulté le 20/09/2017]

⁵⁹ CASTELAO. Enrique, CHIOLÉRO. Marlyne et PIOT-ZIEGLER. Chantal. « *La satisfaction à l'hôpital. Aspects émotionnels et relationnels dans des entretiens avec des enfants de six à douze ans* », *Bulletin de psychologie*, vol. numéro 483, no. 3, 2006, pp. 271-279. [Consulté le 16/09/2017]

Selon Alexandra Beltramini, Kocélia Bouferrache, Dominique Pateron, un « *climat de confiance; une information adaptée au niveau de compréhension de l'enfant doit lui être fournie concernant la cause de sa douleur ou la nécessité de réaliser des gestes invasifs. Un climat de confiance va s'installer entre l'enfant, le soignant et les parents. Agir sans prévenir ou mentir à l'enfant est très préjudiciable pour les consultations ultérieures et pour la relation soignant-enfant à venir* »⁶⁰. La relation de confiance est importante pour les expériences futures mais également pour l'aider à gérer ses émotions. Celle-ci se base sur l'explication des soins à l'enfant, sur l'adaptation du discours à son niveau de compréhension et le fait de l'aider à exprimer ce qu'il ressent, ses peurs, ses angoisses. « *Les enfants centrent leur discours sur la confiance qu'ils entretiennent avec les personnes qui les entourent, les interactions positives développées, le climat émotionnel apaisant et une information adaptée et complète* »⁶¹. Les parents sont eux aussi important dans la relation de confiance, il faut les intégrer à celle-ci.

« *Les relations interpersonnelles jouent aussi un rôle important dans la gestion de la peur chez l'enfant. La réassurance verbale ou la simple présence de la mère ou d'un membre du personnel soignant, auprès de l'enfant, est un excellent moyen d'abaisser son degré d'anxiété* »⁶². Afin d'accompagner l'enfant dans la gestion de ses émotions, il est primordial de créer une relation de confiance avec l'enfant et ses parents.

« *Un environnement rassurant et accueillant, les techniques de distraction, l'information et la présence des parents sont considérés comme essentiels. Il est également recommandé d'évaluer l'état d'anxiété des parents et leur capacité à soutenir l'enfant, et d'ensuite clairement définir leur rôle. Il faut encourager les parents et les soignants à utiliser*

⁶⁰ BELTRAMINI. Alexandra, BOUFERRACHE. Kocélia, PATERON Dominique. *Prise en charge de la douleur de l'enfant aux urgences* [en ligne], janvier-février 2007, vol. 13, n° , p.51-42. [Consulté le 24/09/2017]. Disponible sur: http://www.jle.com/download/met-274563-prise_en_charge_de_la_douleur_de_l'enfant_aux_urgences--WckWCn8AAQEAAEk9X30AAAAJ-a.pdf

⁶¹ CASTELAO. Enrique, CHIOLÉRO. Marlyne et PIOT-ZIEGLER. Chantal. « *La satisfaction à l'hôpital. Aspects émotionnels et relationnels dans des entretiens avec des enfants de six à douze ans* », Bulletin de psychologie, vol. numéro 483, no. 3, 2006, pp. 271-279. [Consulté le 20/09/2017]

⁶² CASTELAO. Enrique, CHIOLÉRO. Marlyne et PIOT-ZIEGLER. Chantal. « *La satisfaction à l'hôpital. Aspects émotionnels et relationnels dans des entretiens avec des enfants de six à douze ans* », Bulletin de psychologie, vol. numéro 483, no. 3, 2006, pp. 271-279. [Consulté le 16/09/2017]

*un langage adapté au niveau de développement cognitif de l'enfant »*⁶³. Par exemple, il est possible d'expliquer les soins à l'enfant, d'être à l'écoute de ce qu'il peut nous dire, d'être attentif à son comportement. Les parents peuvent aider l'enfant à gérer ses émotions si eux même ne montrent pas leurs angoisses, leurs peurs. Il faut réévaluer avec les parents leur état d'angoisse, pour revoir avec eux s'ils veulent être présents et s'ils sont capables de rester lors du soin.

Vers 6-7 ans, le mode de pensée de l'enfant change; il développe les notions de logique, de conservation, de temps et d'espace. Il est davantage habitué à la séparation des parents, les séparations sont plus apaisées. Mais l'enfant a toujours besoin de se sentir en sécurité, surtout lors d'expériences qui peuvent être angoissantes. Le parent est source de sécurité, l'enfant a besoin de la présence de ces derniers malgré le besoin d'autonomie. Nous voyons alors que la présence d'un des deux parents ou les deux peut-être source de sécurité et alors faire diminuer l'angoisse, la peur chez l'enfant. De plus, *« ils connaissent mieux que les soignants les réactions, les moyens de réconfort ainsi que les différentes manières de distraire leur enfant. Nous devons favoriser leur participation aux soins quand ils le souhaitent et accepter leur présence lors des gestes techniques »*⁶⁴.

Nous savons alors que le premier contact avec l'enfant et ses parents est très important, c'est à ce moment que se construit une relation de confiance. La relation est triangulaire, c'est à dire qu'elle prend en compte l'enfant en tant que soigné mais également les parents ainsi que le soignant. Les parents peuvent aider à renforcer et à maintenir la relation de confiance, si ils montrent une confiance envers le soignant alors l'enfant fera d'avantage confiance. Mais la présence des parents a des limites en fonction de leurs angoisses ou peurs qu'ils peuvent transmettre à l'enfant, il est important d'en parler avec eux s'ils ne veulent pas être présents ou si leur présence peut davantage angoisser l'enfant.

⁶³ Dr LEBRUN Frédéric. *La douleur de l'enfant : Quelles réponses?*. Paris, 5-6-7 décembre 2017. p28. [Consulté le 18/09/17] Disponible sur: https://pediadol.org/IMG/pdf/actes_2016.pdf

⁶⁴ Association Pédiadol. *La douleur de l'enfant : stratégies soignantes de prévention et de prise en charge*. Décembre 2006. 67p. [Consulté le 19/09/2017]

4. Conclusion du cadre théorique

L'enfant de 6 à 12 ans évolue principalement au niveau social, intellectuel et émotionnel. Il améliore également son développement psychomoteur, son langage a bien évolué d'un point de vue de la syntaxe et du vocabulaire, il est capable de raconter des histoires. L'enfant est alors capable de s'exprimer et décrire sa douleur, ce qui peut nous aider dans la prise en soin de celle-ci.

Nous avons également vu que l'enfant a des besoins comme le besoin de sécurité, d'être rassuré, de se sentir protégé. Et il a besoin de parler, de se sentir écouté, de communiquer avec autrui.

Lors des soins douloureux, l'enfant peut ressentir différentes émotions pénibles, principalement différentes peurs comme la peur d'être séparé de ses parents, de l'inconnu, d'avoir mal. Nous avons également appris que les émotions et la douleur sont liées, des émotions négatives comme la peur, la tristesse, l'angoisse, peuvent augmenter la douleur. La douleur est dite physique ou émotionnelle, donc l'angoisse a tendance à intensifier la douleur émotionnelle. De plus, la douleur a une mémoire, si l'enfant a un mauvais souvenir d'un soin antérieur en ayant ressenti de la douleur, alors ses émotions de peur, d'angoisse vont augmenter ce qui pourrait entraîner un non consentement au soin.

Il est alors important de prévenir la douleur induite par les soins, pour cela il faut l'évaluer physiquement et émotionnellement avec l'aide des échelles d'auto-évaluation adaptées à l'âge de l'enfant et utiliser les moyens qui s'offrent à la puéricultrice pour la prendre en soin. Nous avons vu l'EMLA® et le M.E.O.P.A® qui sont principalement utilisés aux urgences pédiatriques pour prévenir la douleur induite par les soins.

L'accompagnement de la puéricultrice, pour aider l'enfant dans la gestion de ses émotions et pour agir sur la douleur émotionnelle, est d'instaurer une relation de confiance entre la puéricultrice, l'enfant et ses parents. Cette relation de confiance se base sur la communication, l'information et l'explication des soins de façon honnête et claire à l'enfant et aux parents en adaptant son discours au niveau de compréhension de l'enfant, et l'aider à exprimer ce qu'il ressent.

V. Question de recherche

A l'aide de notre cadre théorique, nous avons élaboré notre question de recherche :

Dans quelle mesure la puéricultrice peut-elle accompagner l'enfant de 6 à 12 ans dans la gestion de ses émotions afin de l'aider à appréhender un soin douloureux dans un service d'urgence pédiatrique ?

VI. La formulation de l'hypothèse

Afin de répondre à la question de recherche, nous posons une hypothèse :

- Hypothèse : **L'instauration d'une relation de confiance entre la puéricultrice, l'enfant et ses parents aidera l'enfant à gérer ses émotions et diminuera sa douleur.**

VII.L'enquête

1. Présentation

En partant de deux situations rencontrées lors d'un stage aux urgences pédiatriques, nous sommes arrivés à une question de départ. Le cadre théorique, nous a aidé à aboutir à une question de recherche et poser une hypothèse. Il nous faut alors mettre en lien la partie théorique avec une enquête sur le terrain afin de valider ou non l'hypothèse posée, c'est l'approche empirique. L'hypothèse est la suivante: **L'instauration d'une relation de confiance entre la puéricultrice, l'enfant et ses parents aidera l'enfant à gérer ses émotions et diminuera sa douleur.**

La démarche d'enquête en sciences sociales est de « *restituer l'ensemble des différents points de vue sur un événement/une situation/un objet* »⁶⁵ et « *il ne s'agit pas de trouver qui a tort ou qui a raison, mais de comprendre l'opinion des acteurs sur le sujet* »⁶⁵.

L'enquête permet d'avoir le point de vue de chaque professionnel sur une situation, ici c'est sur l'accompagnement d'un enfant de 6 à 12 ans dans la gestion de ses émotions face à un soin douloureux aux urgences pédiatriques; et de mettre en évidence le comportement de la puéricultrice ou l'infirmière face à cela. « *L'enquête est une recherche méthodique et une collecte d'information portant ou non sur l'ensemble de la population étudiée* »⁶⁶ et permet de confronter le cadre théorique avec la réalité du terrain.

2. Le choix de l'outil

Les différents enseignements sur la méthodologie d'enquête en sciences sociales, que nous avons reçu au cours de notre formation, nous proposent différentes méthodes d'enquêtes comme des méthodes quantitatives ou qualitatives. L'enquête qualitative semble la plus adaptée pour notre projet professionnel, nous allons alors réaliser des entretiens. C'est une méthode plus riche, qui nous permet de relancer la personne interviewée, et de voir la

⁶⁵ LECLERCQ Maya, Docteur en socio-anthropologie. *La Méthodologie d'enquête en sciences sociale; Cours 1 : les outils de l'enquête*. Lomme: IFsanté, mai 2017. 56 p.

⁶⁶ LEHU, Jean Marc. L'encyclopédie du marketing. Editions d'organisation, 2004. 956p.

représentation de tous face à la gestion des émotions lors d'un soin douloureux aux urgences pédiatriques.

L'entretien permet d'avoir les réactions des personnes en face de nous et d'avoir un échange riche avec les professionnels. Pour cela, nous réalisons un guide d'entretien avec des questions ouvertes et fermées. Le guide d'entretien sera en annexe 1.

- Des questions ouvertes: Elles permettent le recueil d'opinions et de suggestions. Le professionnel a le libre choix de la réponse. Elles permettent des réponses personnalisées.
- Les questions fermées: elles collectent des faits précis. Elles permettent des réponses aisées et rapides. Les résultats sont directement quantifiables. Elles peuvent être utiles en tant que question de relance afin de demander des précisions.

Le guide d'entretien est réalisé à partir de l'hypothèse posée qui découlent de notre question de recherche.

Nous allons utiliser un entretien semi directif, ce qui permet de rester dans notre thème et de poser les questions en lien avec notre hypothèse mais tout en laissant aux personnes interrogées une plus grande liberté de réponse et nous avons également des questions de relance afin d'avoir des réponses adaptées à notre thème et de pouvoir recentrer le professionnel sur notre sujet. Les questions de relances « *permettent d'orienter l'entretien en fonction de l'objet de recherche* »⁶⁷.

3. Le choix du lieu d'enquête

Nous avons réalisé nos entretiens aux urgences pédiatriques étant donné que le thème du projet professionnel est sur les urgences pédiatriques.

Nous avons choisi deux lieux afin de voir si l'établissement a une influence sur la prise en soin de l'appréhension chez l'enfant de 6 à 12 ans et la gestion des émotions lors d'un soin douloureux aux urgences pédiatriques.

⁶⁷ LECLERCQ Maya, Docteur en socio-anthropologie. *La Méthodologie d'enquête en sciences sociale; Cours 1 : les outils de l'enquête*. Lomme: IFsanté, mai 2017. 56 p.

4. Le choix de la population

Le groupe des 5 personnes interrogées se constituait de 3 puéricultrices d'un Centre Hospitalier et de 1 puéricultrice et 1 infirmière d'un autre Centre Hospitalier. Ces 4 puéricultrices et l'infirmière exercent aux urgences pédiatriques.

Les professionnelles choisies ont eu ou non des formations sur la prise en soin de la douleur afin de voir la différence de prise en soin. Et les années d'expériences des professionnelles sont différentes ce qui permettra de voir l'influence de l'expérience de la professionnelle sur la prise en soin.

Il était prévu d'avoir des entretiens qu'avec des puéricultrices mais malgré ma demande auprès des cadres, un des entretiens était avec une infirmière et nous l'avons appris en posant la première question mais nous avons pensé que cela pouvait être intéressant afin de voir si l'année de formation puéricultrice peut jouer un rôle sur la prise en soin et si ses années d'expériences auprès d'enfant permettent la même prise en soin qu'une puéricultrice.

5. Le déroulement des entretiens

Dans un premier temps, nous avons réalisé deux entretiens tests afin de vérifier si les questions étaient correctement posées, si elles sont pertinentes et qu'elles répondent aux objectifs. Les deux entretiens tests ont été fait sur deux puéricultrices de pédiatrie qui avaient une expérience aux urgences pédiatriques. Nous avons supprimé dans une question de relance de la question n°1, la demande de formation dans la gestion des émotions afin de ne pas influencer les prochaines réponses sur les émotions. Et nous avons rajouté dans la question n°2 « en quelques mots » car les professionnelles avaient tendance à trop en dire et de parler plutôt de la prise en soin de la douleur plutôt que de donner leur représentation.

Il fallait prendre contact avec les cadres de santé des services concernés par téléphone. La première cadre de santé nous a demandé de lui envoyer notre guide d'entretien pour qu'elle puisse nous accorder de les réaliser auprès des puéricultrices de son service. Après avoir eu l'accord de la cadre de santé, il fallait prendre rendez-vous avec les professionnels de santé, ici des puéricultrices exerçant aux urgences pédiatriques.

Trois entretiens ont été réalisés en début de soirée, une fois que le service était plus calme. Pour les deux autres entretiens, nous avons appelé la cadre du service après avoir eu l'accord de la Direction des Ressources Humaines, elle nous a demandé si nous étions disponibles de suite pour réaliser un entretien étant donné que le service était calme et la puéricultrice était disponible mais nous avons appris qu'elle était infirmière et non puéricultrice. A la fin de l'entretien, la cadre du service nous a dit que nous pouvions revenir le lendemain, la puéricultrice sera disponible pour réaliser un entretien. Nous l'avons réalisé en sortant de notre stage, en arrivant dans le service des urgences de ce Centre Hospitalier, la puéricultrice pouvait nous accorder du temps pour l'entretien.

Les entretiens ont duré de 10 à 20 min, ils se sont déroulés entre le mercredi 4 octobre et le jeudi 12 octobre 2017. Nous les commençons par des remerciements pour avoir accepté la participation. Nous présentions l'objectif de cet entretien sans donner le thème du travail de recherche pour ne pas les influencer pour les premières questions, nous donnions uniquement la tranche d'âge des enfants concernés et le lieu qui était les urgences pédiatriques. Nous rappelions les conditions du travail de recherche: l'enregistrement des entretiens, la préservation de l'anonymat.

Nous avons commencé par poser la première question qui était de présenter leur parcours professionnel de façon succincte. Au fil des questions, nous avons cherché à alimenter les échanges avec des questions de relance ou en reformulant.

Certains entretiens se sont réalisés dans des pièces calmes sans passage. D'autres dans des salles de soins avec parfois un peu de passage car les puéricultrices devaient rester sur place quand elles étaient seules dans le service des urgences.

Les professionnels interrogés ont été assez réceptives à nos demandes d'entretiens, je n'ai pas eu de difficulté à trouver les 4 puéricultrices et 1 infirmière, une fois les démarches auprès du Centre Hospitalier réalisées. La qualité de nos entretiens nous paraît satisfaisante, ils ont tous répondu à nos questions et ils étaient assez intéressés par ce sujet.

6. La retranscription

Les entretiens ont été réalisés avec l'aide d'un dictaphone, avec l'autorisation des soignantes, ce qui permet de les retranscrire plus calmement et avec plus de temps en aval des entretiens; afin de suivre attentivement l'entretien.

Nous les avons retranscrit dans un endroit calme en écoutant l'enregistrement.

7. Les difficultés rencontrées

Il y a certaines structures où il est compliqué d'avoir les autorisations pour enquêter étant donné que nous devons réaliser les entretiens aux urgences pédiatriques et que nous n'étions pas les premiers étudiants à les réaliser dans ce service. Certains cadres n'acceptaient plus d'autres étudiants.

Certaines professionnelles étaient assez occupées étant donné que les entretiens se sont déroulés durant leur temps de travail. J'ai dû m'adapter à leurs disponibilités et parfois attendre assez longtemps pour avoir l'entretien.

Une des difficultés que nous avons également rencontrée a été d'en savoir plus sur certains propos sans influencer les réponses.

VIII.L'analyse

Nous réalisons une analyse par thématique abordée lors des entretiens. LECLERCQ Maya, docteur en socio-anthropologie dit que l' « *analyse thématique vise à mettre en évidence les représentations sociales, les jugements des interlocuteurs à partir d'éléments du discours. Travail à partir de thèmes/sous-thèmes* »⁶⁸. Et ce qui permettra de confronter ces idées entre les différentes professionnelles et avec le cadre théorique.

Afin de trouver les thèmes qui ressortent des entretiens, nous réalisons une « lecture flottante » des 5 retranscriptions. Selon BARDIN.L C'est « *une lecture intuitive, très ouverte à toutes idées, réflexions, hypothèses, en une sorte de brain-storming individuel* »⁶⁹ qui permet une vision globale du contenu afin de déterminer les thèmes.

Nous en sortons 3 thématiques et des sous thèmes que nous allons développer ci-dessous. Nous noterons le nombre d'occurrence pour chaque sous thème dans un tableau afin de voir combien de fois les professionnels ont parlé de chaque sous thème. Une occurrence est l' « *apparition d'un fait linguistique (phonologique, grammatical ou lexical) dans un corpus; l'unité linguistique apparaissant dans le corpus* »⁷⁰.

Pour plus de fluidité, nous nommerons les puéricultrices et l'infirmière en fonction des entretiens. Et nous présenterons les différentes professionnelles sous forme de tableau que nous détaillerons ensuite.

PDE = puéricultrice diplômée d'état.

IDE = infirmière diplômée d'état.

⁶⁸ LECLERCQ Maya, Docteur en socio-anthropologie. *La Méthodologie d'enquête en sciences sociale; Cours 2: l'analyse des données de l'enquête*. Lomme: IFsanté, septembre 2017. 49 p.

⁶⁹BARDIN, L. [1977]. *L'Analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France, 2001.

⁷⁰ LAROUSSE. Dictionnaires de Français [en ligne]. Occurrence. [Consulté le 6/08/2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/occurrence/55515>

	Professionnelles	Nommer	Diplôme d'état	Année auprès d'enfant avant les urgences	Années aux urgences pédiatriques	Formation douleur
Entretien n°1	Puéricultrice	PDE n°1	IDE: 1990 PDE: 1997	18 ans	2 ans	Oui
Entretien n°2	Puéricultrice	PDE n°2	IDE: 2010 PDE: 2011	5 ans Urgences / pédiatrie / maternité		Oui
Entretien n°3	Puéricultrice	PDE n°3	IDE: 2011 PDE: 2016	6 ans	9 mois	Non
Entretien n°4	Infirmière	IDE n°4	IDE: 1989		10 ans	Oui
Entretien n°5	Puéricultrice	PDE n°5	IDE: 2000 PDE: 2001	11 ans	4 ans	Oui

Nous avons interviewé 4 puéricultrices et 1 infirmière diplômées d'état avec plus ou moins d'expériences auprès d'enfants et aux urgences pédiatriques. Les 5 professionnelles ont entre 7 et 20 ans d'expériences auprès de l'enfant en incluant les années aux urgences pédiatriques. 4 soignantes sur les 5 ont reçu une formation sur la douleur chez l'enfant en supplément de leur formation de puéricultrice ou d'infirmière.

1. Les émotions

Nous retrouvons la thématique de l'émotion dans l'entretien avec celle des enfants, des parents et l'expression des émotions. L'objectif de cette thématique est de connaître les représentations et connaissances sur les émotions des enfants de 6 à 12 ans face à un soin douloureux aux urgences pédiatriques.

Les émotions	PDE n°1	PDE n°2	PDE n°3	IDE n°4	PDE n°5
Des enfants	9	15	8	15	8
Des parents	2	2		3	1
Expression des émotions	2	5	6	6	8

On voit avec ce tableau, le nombre d'occurrence pour les émotions des enfants, les émotions des parents et l'expression des émotions. Les soignantes ont toutes parlé des émotions de l'enfant entre 8 et 15 fois dans l'entretien. 4 professionnelles sur 5 ont parlé des émotions des parents mais les occurrences sont moins nombreuses que celles des enfants.

Elles expriment également les expressions des émotions assez régulièrement, par exemple la PDE n°3 dit que les émotions sont exprimées « *par des cris, des pleurs, l'expression du visage fermé* ».

Quand on demande aux 5 professionnelles : *Que pouvez vous me dire sur l'appréhension d'un enfant de 6 à 12 ans face à un soin douloureux aux urgences pédiatriques?* 4 soignantes sur 5 ont parlé des émotions en premier lieu. La PDE n°2 parle avant de la réaction de l'enfant « *un enfant pas bien du tout, qui pleure, qui hurle, qui veut pas* » plutôt que ce qu'il ressent mais elle évoque plusieurs émotions quand on lui demande : *Quelles émotions peut-il ressentir?*

Nous remarquons que les émotions qui reviennent le plus régulièrement sont la peur et l'angoisse, la totalité des 5 soignantes parlent minimum une fois de la peur et de l'angoisse durant l'entretien. 4 professionnelles sur 5 ont parlé de la peur d'avoir mal, par exemple: la PDE n°5 dit « *la peur de la douleur* », la PDE n°1 et l'IDE n°4 disent « *la peur d'avoir mal* » et la PDE n°3 exprime qu' « *ils ont peur d'avoir mal et ne savent pas ce que l'on va leur faire* » comme nous l'avons évoqué dans notre cadre théorique en disant que la peur d'avoir mal est présente chez chaque enfant, elle exprime aussi à travers cette phrase la peur de l'inconnu, le fait qu'ils « *ne savent pas ce que l'on va leur faire* ». Une des professionnelles a également évoqué « *la peur de l'inconnu* » comme en parle Enrique Castelao, Marlyne Chioléro, et Chantal Piot-Ziegler dans une étude sur l'hospitalisation des enfants de 6 à 12 ans. Par ailleurs, la puéricultrice n°2 dit « *il peut être conciliant, il a déjà subit ça, il sait qu'il ne va pas avoir mal, on lui déjà tout expliqué ... en amont* », elle parle du fait que l'enfant sera conciliant aux soins s'il sait ce qu'on va lui faire et s'il connaît; autrement dit qu'il n'est pas dans l'inconnu et qu'il n'aura pas mal, elle parle donc de façon inverse de la peur d'avoir mal et la peur de l'inconnu.

Les 5 puéricultrices évoquent la façon dont sont exprimées les émotions se sont principalement des pleurs, des cris ou encore par « *le refus de soin* » (PDE n°2 et IDE n°4).

2. La douleur

Une des trois thématique qui ressort également des entretiens est la douleur, nous allons analyser ce que les professionnels ont dit sur celle-ci en séparant cette thématique en plusieurs sous thèmes : la douleur induite par les soins, les types de soins douloureux et la mémoire de cette dernière. Ainsi que le lien entre la douleur et les émotions.

L'objectif est de connaître les représentations et connaissances des professionnelles sur la douleur lors d'un soin douloureux pratiqués aux urgences pédiatriques.

La douleur	PDE n°1	PDE n°2	PDE n°3	IDE n°4	PDE n°5
Induite par les soins	7	5	7	5	3
Types de soins	6	10	4	10	8
Mémoire de la douleur	5	2	1	1	
Lien entre la douleur et les émotions	3	3	3	2	2

On voit à l'aide de ce tableau que les types de soins ont un nombre d'occurrence élevé, ceci s'explique par le fait qu'une des questions était : pouvez-vous me donner des exemples de soin douloureux que vous pratiquez aux urgences pédiatriques? Elles répondent par une liste de soins douloureux qu'elles pratiquent, les soins qui reviennent le plus souvent sont les prises de sang, les pansements et les sutures.

Divers mots clés sont utilisés par les soignantes, pour dire qu'est ce que pour elles la douleur induite par les soins, comme les « *gestes invasifs* » par 3 professionnelles sur 5. Elles évoquent aussi des soins qui provoquent de la douleur, la PDE n°1 dit « *c'est surtout les gestes invasifs que l'on réalise et qui provoque de la douleur* » ou « *la douleur que l'on peut faire à l'enfant lors des soins* » pour la PDE n°3 et l'IDE n°4 dit « *c'est la douleur que peut ressentir l'enfant lors des gestes invasifs* ».

De plus, 4 soignantes sur 5 parlent de la mémoire de la douleur, la PDE n°1 en parle à 5 occasions dans l'entretien, on voit qu'elle insiste sur les expériences qui ont une influence sur les prochaines prises en soin en disant « *un enfant qui n'a pas eu peur pour une ancienne prise de sang par exemple, qui a bien été prit en charge alors il sera plus serein pour les*

prochaines fois », la PDE n°4 dit que l'enfant peut ressentir des émotions désagréables liées au « *vécu avec des expériences qui se sont mal passées* ». D'où le fait qu'une expérience douloureuse lors d'un soin peut avoir des conséquences pour une prochaine prise en soin, comme le dit ANNEQUIN Daniel, anesthésiste pédiatrique et psychiatre français, nous l'avons évoqué dans notre cadre théorique.

Les 5 soignantes disent que la douleur à plusieurs composantes, la PDE n°1 dit « *douleur physique et psychologique* », pour la PDE n°2 « *elle est autant physique, que psychologie, qu'imaginaire* », et « *elle peut être émotionnelle, elle peut être la vraie douleur physique* ». Dans notre cadre théorique, nous avons vu la définition de l'association internationale pour l'étude de la douleur qui dit que la douleur est émotionnelle et physique, ce que disent également les professionnelles interrogées.

La PDE n°5 dit que la douleur est « *physique et émotionnelle avec la peur de l'enfant par exemple* », elle associe la douleur avec des émotions. Toutes les soignantes disent qu'il y a un lien entre la douleur et les émotions, elle en parle 2 à 3 fois dans l'entretien en disant, pour la PDE n°3, que « *si on gère les émotions alors la douleur diminuera, les deux son liées* », l'IDE n°4 évoque qu'« *en prévenant la douleur on peut agir sur la peur d'avoir mal de l'enfant* » et la PDE n°5 dit que « *le fait de gérer ses émotions, oui ça peut diminuer sa douleur émotionnelle* ».

Les professionnelles interviewées nous évoquent donc qu'il existe un lien entre la douleur et les émotions, si on aide l'enfant à gérer ses émotions alors sa douleur émotionnelle diminuera et avec la prévention de la douleur alors on peut diminuer les émotions de l'enfant comme la peur. Nady Van Broeck, Jacques Van Rillaer en parlent dans leur livre, ainsi que l'association sparadrapp, en disant que les émotions désagréables peuvent augmenter la douleur. Les propos des professionnelles rejoignent ce que disent les auteurs que nous avons développé dans le cadre théorique concernant le lien entre la douleur et les émotions.

3. L'accompagnement de la puéricultrice

La dernière thématique que nous pouvons voir lors de la lecture flottante est l'accompagnement de la puéricultrice avec 4 sous thèmes qui sont : la relation de confiance entre la puéricultrice, l'enfant et les parents, ensuite la présence des parents, la distraction et les moyens antalgiques chez l'enfant de 6 à 12 ans.

L'accompagnement de la puéricultrice	PDE n°1	PDE n°2	PDE n°3	IDE n°4	PDE n°5
Relation de confiance	13	20	25	12	20
Présence des parents	8	6	5	5	3
Distraction	5	5		8	
Moyens antalgiques	3	7	4	8	6

Le sous thème, le plus employé par les soignantes était la relation de confiance entre la puéricultrice, l'enfant et les parents, on peut voir dans le tableau entre 12 et 25 fois par personne interviewée. Les professionnelles parlent de la relation de confiance en disant que c'est « *déjà expliquer le soin à l'enfant et aux parents* » pour la PDE n°1, la PDE n°3 dit que la relation de confiance « *c'est vraiment être clair avec l'enfant... et ne pas lui mentir* ». Ils disent également qu'avant un soin douloureux, il faut « *instaurer une confiance* » (PDE n°1), et lui expliquer les choses et lui montrer « *je montre toujours aux enfants que j'ai jeté l'aiguille... le plus important c'est de tout expliquer à l'enfant* » d'après la PDE n°2. Les professionnelles pensent qu'il est important d'expliquer, d'informer, de montrer, d'être honnête avec l'enfant, de dialoguer avec lui et « *d'être clair avec lui, employer un langage adapté à l'âge de l'enfant* » (PDE n°3). La PDE n°5 dit « *toujours bien lui expliquer ce que l'on va lui faire avant* » [...] « *en lui montrant ou en lui expliquant ce qu'il va avoir* » [...] « *lui expliquer le cheminement du soin* ».

Toutes les professionnelles disent également qu'il faut expliquer, informer l'enfant mais également les parents; « *si on n'a pas la confiance des parents alors on n'aura pas la confiance de l'enfant* » pour la PDE n°2. Elles sont toutes d'accord sur le fait que la présence des parents est importante pour l'enfant et également pour la construction de la relation de confiance, l'IDE n°4 dit « *le rôle des parents a une grande importance aussi dans le*

déroulement des soins » et la PDE n°5 dit qu'« *il faut aussi en parler aux parents pour pas qu'ils soient trop angoissés non plus, leur expliquer aussi* ».

Elles disent également que la relation de confiance permet de « *diminuer la douleur du côté émotionnelle* » et d'aider l'enfant à « *avoir moins peur... il aura moins mal* ».

Dans le cadre théorique, Castelao Enrique, Marlyne Chioléro, et Chantal Piot-Ziegler disent qu'informer l'enfant et le préparer pour le soin de façon adaptée à sa compréhension pourra atténuer sa peur, et que « *les aspects relationnels influencent la gestion de la douleur* », c'est ce que les professionnelles interviewées expriment. Les mêmes auteurs disent également que malgré les urgences pédiatriques, il faut tenir informé les enfants et les parents, c'est ce qui ressort des entretiens, la PDE n°1 dit « *même quand c'est une urgence vitale, je pense qu'il faut toujours savoir informer* ». Les professionnelles expriment qu'il faut instaurer un climat de confiance et informer les enfants à leur niveau de compréhension comme le dit Alexandra Beltramini, Kocélia Bouferrache, Dominique Pateron. Ensuite, le Dr Frédéric Lebrun, reprend ces éléments et ajoute que la présence des parents est essentielle, comme l'on dit les professionnelles dans les entretiens, il rajoute qu'il faut « *évaluer l'état d'anxiété des parents et leur capacité à soutenir l'enfant* » ce qui rejoint la pensée des soignantes interrogées. Elles disent (IDE n°4) « *mais parfois ils canalisent tellement de stress, que l'on doit leur demander de sortir car ils le communiquent à l'enfant, c'est rare que je le fasse mais c'est déjà arrivé* » ou pour l'IDE n°2 « *je demande toujours aux parents s'ils veulent être là* ». Nous avons vu que sur le sous thème de la relation de confiance entre la puéricultrice, l'enfant et les parents ainsi que sur la présence des parents lors des soins, les idées entre les auteurs du cadre théorique et des professionnelles se rejoignent.

Les 5 professionnelles parlent régulièrement des moyens antalgiques, entre 3 et 8 occurrences par personne. La PDE n°1 dit qu'il faut « *mettre les moyens antalgiques pour pallier à l'anxiété et à la douleur avec l'EMLA[®], le M.E.O.P.A.[®]* », elles parlent toutes au moins une fois de l'EMLA[®] et du M.E.O.P.A.[®], nous en avons parlé dans notre cadre théorique. Alexandra Beltramini, Kocélia Bouferrache, Dominique Pateron en parlent en disant que ce sont des outils thérapeutiques adaptés pour les enfants aux urgences.

Les professionnelles disent qu'il est important d'associer les moyens antalgiques et la relation de confiance pour agir sur la douleur physique et émotionnelle comme on peut le voir, dans notre cadre théorique, en reprenant les propos de différents auteurs.

Il y a également la distraction, 3 professionnelles sur 5 en ont parlé de façon moins récurrente que les autres sous thèmes. La PDE n°1 dit « *la distraction aussi pour dédramatiser le soin et occuper l'enfant et détrôner son esprit* » ou l'IDE n°4 dit « *nous utilisons beaucoup le jeu, des musiques, nos applications sur le téléphone* ». Nous en parlons très brièvement dans notre cadre théorique sans approfondir la question, Dr Frédéric Lebrun dit « *Un environnement rassurant et accueillant, les techniques de distraction, l'information et la présence des parents sont considérés comme essentiels* ». Les 3 professionnelles pensent que la distraction est importante aussi dans l'accompagnement pour aider l'enfant à appréhender les soins douloureux.

4. Validation / invalidation de l'hypothèse

Si nous reprenons les éléments d'analyse que nous avons développé précédemment par thématique. D'un point de vue des émotions, les professionnelles évoquent principalement la peur et l'angoisse avec la peur d'avoir mal, la peur de l'inconnu qui se caractérisent par des cris, des pleurs ou encore un refus de soin comme nous en avons parlé dans notre cadre théorique.

En ce qui concerne la thématique de la douleur, ce qu'on dit les professionnelles interviewées rejoint ce que disent les auteurs dans le cadre théorique comme la mémoire de la douleur, l'appréhension du soin douloureux a un lien avec les anciennes expériences; si elles étaient douloureuses alors les émotions désagréables seront davantage présentes. Les professionnelles parlent de la douleur émotionnelle et physique. Et elles évoquent un lien entre la douleur et les émotions, en disant que si on aide l'enfant à gérer ses émotions alors sa douleur émotionnelle diminuera. Ceci rejoint les idées de notre cadre théorique.

Les professionnelles pensent que la relation de confiance entre la puéricultrice, l'enfant et ses parents est primordiale pour aider l'enfant dans la gestion de ses émotions. Cette relation de confiance qui est basée, pour les soignantes, sur l'information, l'explication, le dialogue, la présence des parents durant la prise en soin; en ayant un discours adapté au niveau de compréhension de l'enfant. Ce que nous retrouvons également dans notre cadre théorique.

L'hypothèse posée est: **L'instauration d'une relation de confiance entre la puéricultrice, l'enfant et ses parents aidera l'enfant à gérer ses émotions et diminuera sa douleur.**

D'après l'analyse des entretiens, le fait d'instaurer une relation de confiance entre la puéricultrice, l'enfant de 6 à 12 ans et ses parents va l'aider à gérer ses émotions. Et comme l'ont dit les professionnelles interviewées si l'enfant arrive à gérer ses émotions alors la douleur diminuera.

L'hypothèse est validée

IX. Perspectives professionnelles

Ce projet professionnel m'a beaucoup apporté d'un point de vue professionnel et personnel. Les échanges avec les professionnels durant mes entretiens et tout le long de l'élaboration de ce projet ont été très enrichissants. Ce qui en sort de ce projet professionnel est l'instauration d'une relation de confiance entre la puéricultrice, l'enfant et ses parents aidera l'enfant à gérer ses émotions et diminuera sa douleur. L'accompagnement de la puéricultrice est primordial pour aider l'enfant de 6 à 12 ans dans l'appréhension des soins douloureux aux urgences pédiatriques. Et il est également important d'agir sur la composante physique de la douleur avec les moyens antalgiques et la douleur émotionnelle avec l'aide de la relation confiance.

Avec la réalisation de ce projet professionnel, j'ai acquis des connaissances sur la prise en soin d'un enfant de 6 à 12 ans aux urgences pédiatriques. Ces connaissances me permettront de perfectionner ma pratique professionnelle et de faire partager ces connaissances à travers ce projet professionnel aux différents soignants qui prennent en soin des enfants. L'accompagnement est alors à adapter en fonction de l'appréhension de l'enfant. La douleur physique est à prendre en soin mais également la douleur émotionnelle, les deux sont indissociables afin de permettre un accompagnement optimal. La relation de confiance triangulaire à un grand rôle dans la gestion des émotions chez l'enfant et une prise en soin qui se déroule bien chez l'enfant sera bénéfique pour les prochaines expériences.

En tant que future puéricultrice, je rencontrerais des enfants qui arriveront avec leur propres peurs, leurs angoisses et j'adapterais à ma pratique ce que j'ai appris des auteurs et des professionnelles interviewées afin d'optimiser ma prise en soin. Cette relation de confiance peut-être pratiquée aux différents services de pédiatrie où l'on rencontre des enfants qui ont peur, qui ont des angoisses etc...

X. Conclusion

Ce projet professionnel, parfois éprouvant, est l'aboutissement de longs mois de travail. La réalisation de ce projet m'a beaucoup apporté tant sur le plan des connaissances à propos du soin douloureux, l'enfant de 6 à 12 ans, les émotions, l'accompagnement de la puéricultrice; que sur le partage avec les différents professionnels de santé. C'était une expérience très enrichissante d'un point de vue personnel et professionnel.

Deux situations de stage ont induit la question de départ qui est la suivante : **Dans quelle mesure la puéricultrice peut-elle accompagner l'enfant de 6 à 12 ans dans la gestion de ses émotions afin de l'aider à appréhender un soin douloureux dans un service d'urgence pédiatrique ?**

Suite à cela, nous avons réalisé des recherches dans le cadre théorique sur l'enfant de 6 à 12 ans, sur ce qu'il ressent pendant un soin douloureux aux urgences pédiatriques et sur l'accompagnement de la puéricultrice dans la gestion des émotions à l'aide de différents auteurs. S'en découle une question de recherche qui est identique à la question de départ et une hypothèse : **L'instauration d'une relation de confiance entre la puéricultrice, l'enfant et ses parents aidera l'enfant à gérer ses émotions et diminuera sa douleur.**

Nous avons par la suite réalisé une enquête dans des services d'urgences pédiatriques afin de confronter nos recherches avec la réalité du terrain. L'hypothèse a été validée après avoir analysé les entretiens réalisés auprès de 4 puéricultrices et une infirmière. Ce qui en sort de notre cadre théorique et de l'enquête est qu'il est important d'agir sur la composante physique de la douleur avec les moyens antalgiques et la composante émotionnelle avec l'aide de la relation de confiance afin d'aider l'enfant à appréhender les soins.

Dans notre cadre théorique, nous n'avons évoqué que succinctement la distraction avec un auteur sans approfondir, mais plus de la moitié des soignantes ont insisté sur ce sujet. Je me demande alors l'importance de la distraction afin d'aider l'enfant à gérer ses émotions. Quelle est la place de la distraction dans l'accompagnement de la puéricultrice dans la gestion des émotions chez l'enfant de 6 à 12 ans lors d'un soin douloureux aux urgences pédiatriques?

Bibliographie

Les livres :

COLSON.Sébastien, GASSIER. Jacqueline, DE SAINT-SAUVEUR. Colette. Le guide de la puéricultrice, 4ème édition, Elsevier Masson,1280 pages. ISBN: 9782294747731 [Consulté le 1/09/17]

VAN BROECK.Nady, VAN RILLAER Jacques. *Accompagnement psychologique des enfants malades*. Editions Odile Jacob, 19 janvier 2012. 240 p. [Consulté le 2/09/17]

MERKLING Jacky, LANGENFELD SERRANELLI. Solange. *Psychologie sociologie anthropologie*. Les essentiels en IFSI. 1ère édition: MASSON, 10 févr. 2010. P44-45 [Consulté le 4/09/17]

JUILLET Pierre. Dictionnaire de psychiatrie. CILF. Juin 2000. [Consulté le 6/07/2017]

DORON. R, PAROT. F. Dictionnaire de psychologie. Ed. PUF, Paris 1991. [Consulté le 8/08/17]

DIEL Paul. *La peur et l'angoisse: phénomène central de la vie et de son évolution*. Ed Payot, 1956, p15. [Consulté le 10/08/17]

FREUD Sigmund. *Inhibition, symptômes, angoisse*. Édition PUF, 1978, p61. [Consulté le 8/09/17]

ANNEQUIN Daniel. *La douleur chez l'enfant*. MASSON, 5 déc. 2002. 184p. ISBN: 9782225857638. P42. [Consulté le 2/10/2017]

Journal Européen des Urgences et de Réanimation.Volume 27, Issue 4. Pages 173–232 (December 2015) [Consulté le 19/09/2017]

HESBEEN Walter. *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*.. Paris, inter édition, 1997, 208 p. [Consulté le 10/09/17]

Dictionnaire historique de la langue française, tome 1, sous la direction d'Alain Rey. Ed les dictionnaires Le Robert Paris 1992-1998, 3 tomes, 4304p [Consulté le 18/09/2017]

Association Pédiolol. *La douleur de l'enfant : stratégies soignantes de prévention et de prise en charge*. Décembre 2006. 67p. [Consulté le 19/09/2017]

LEHU, Jean Marc. L'encyclopédie du marketing. Editions d'organisation, 2004. 956p. [Consulté le 10/10/17]

Enseignement théorique :

Madame DEBUIRE. Enseignement. Développement cognitif. Le 24 mai 2017, IFsanté. 38p. [Consulté le 4/09/17]

GORET Justine. *La douleur de l'enfant*. IFsanté. Septembre 2017. 60p. [Consulté le 25/09/17]

Mme LEURIDAN .*Enfance et puériculture - Historique*. IFsanté, janvier 2017. [Consulté le 11/04/17]

LERCLERCQ. Maya, Docteur en socio-anthropologie. *La Méthodologie d'enquête en sciences sociale; Cours 1 : les outils de l'enquête*. Lomme: IFsanté, mai 2017. 56 p. [Consulté le 8/10/17]

LECLERCQ. Maya, Docteur en socio-anthropologie. *La Méthodologie d'enquête en sciences sociale; Cours 2: l'analyse des données de l'enquête*. Lomme: IFsanté, septembre 2017. 49 p. [Consulté le 12/10/17]

BARDIN, L. [1977]. *L'Analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France, 2001. [Consulté le 8/10/17]

Les textes législatifs :

Circulaire du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie et qui vient compléter la circulaire n°83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants, texte non paru au JO

France. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Article D4311-49 modifié par Décret N° 2012-851 du 4 juillet 2012. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913837&dateTexte=&categorieLien=cid>

Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 du Code de Déontologie des Infirmiers, Article R4312-19.

Les documents électroniques :

LAROUSSE. Dictionnaires de Français [en ligne]. [Consulté le 2/05/2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enfant/29439>

FERLAND, F. *Le développement de l'enfant au quotidien de 6 à 12 ans* [en ligne]. Édition du CHU de Sainte-Justine, 2014. 178p. Format pdf. [Consulté le 3/09/17] Disponible sur: <http://www.editions-chu-sainte-justine.org/media/system/books/document1s/000/000/258/original/TableausynthAse6-12ans.pdf>

S. BODENREIDER, B. CHARRON. *Hypnose et pédiatrie*. 2012. [Consulté le 5/09/2017] Disponible sur: http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Hypnose_et_pediatrie.pdf

Haute Autorité de Santé. *Vocabulaire de base coopération entre professionnels de santé*. Octobre 2007. Article L. 4011-1 à L. 4011-3 du code de la santé publique. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/vocabulaire_coop_01092010_2010-09-03_14-05-56_834.pdf

Pr BOUHASSIRA Didier, *Physiopathologie et pharmacologie clinique de la douleur*, Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpital Ambroise-Paré, Boulogne-Billancourt - mai 2016. [Consulté le 24/09/2017]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur>

A. COUTEAUX, E. COLLIN. *Douleurs induites par les soins*. 2008. [Consulté le 24/09/2017]. Disponible sur: <http://v2.cnrdr.fr/IMG/pdf/Coutaux-Collin.pdf>

Dr CARBAJAL Ricardo. *Prise en charge de la douleur aux urgences pédiatriques* [En ligne]. Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur, daté de juin 2004. [Consulté le 25/09/2017]. Disponible sur: <http://cnrd.fr/Prise-en-charge-de-la-douleur-aux.html>

Dr LEBRUN Frédéric. *La douleur de l'enfant : Quelles réponses?*. Paris, 5-6-7 décembre 2017. [Consulté le 11/09/17] Disponible sur: https://pediadol.org/IMG/pdf/actes_2016.pdf

MINGUET Bénédicte, GALLAND Françoise. *Les inquiétudes des enfants lors d'un soin, d'un examen médical* [en ligne]. Avril 2011. [Consulté le 10/09/17]. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Psychologie-de-l-enfant/Les-inquietudes-des-enfants-lors-d-un-soin-d-un-examen-medical>

CASTELAO. Enrique, CHIOLÉRO. Marlyne et PIOT-ZIEGLER. Chantal. « *La satisfaction à l'hôpital. Aspects émotionnels et relationnels dans des entretiens avec des enfants de six à douze ans* », *Bulletin de psychologie*, vol. numéro 483, no. 3, 2006, pp. 271-279. [Consulté le 16/09/2017]

MINGUET Bénédicte, GALLAND Françoise. *La peur de l'atteinte à l'intégrité de son corps* [en ligne]. Avril 2011. [Consulté le 10/09/17]. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/>

[Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Psychologie-de-l-enfant/Les-inquietudes-des-enfants-lors-d-un-soin-d-un-examen-medical/La-peur-de-l-atteinte-a-l-integrite-de-son-corps](#)

BELTRAMINI. Alexandra, BOUFERRACHE. Kocélia, PATERON Dominique. *Prise en charge de la douleur de l'enfant aux urgences* [en ligne], janvier-février 2007, vol. 13, n° , p. 51-42. [Consulté le 24/09/2017]. Disponible sur: http://www.jle.com/download/met-274563-prise_en_charge_de_la_douleur_de_l'enfant_aux_urgences--WckWCn8AAQEAAEk9X30AAAAJ-a.pdf

MINGUET Bénédicte, GALLAND Françoise. *La peur d'avoir mal* [en ligne]. Avril 2011. [Consulté le 10/09/17]. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Psychologie-de-l-enfant/Les-inquietudes-des-enfants-lors-d-un-soin-d-un-examen-medical/La-peur-d-avoir-mal>

MINGUET Bénédicte, GALLAND Françoise. *Diminuer la peur et la douleur* [en ligne]. Avril 2011. [Consulté le 10/09/17]. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Diminuer-la-peur-et-la-douleur/Distraire-les-enfants-lors-des-soins/Pourquoi-distraire-l-enfant-pendant-un-soin>

Puéricultrice [Consulté le 11/04/17]. Disponible sur: <http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/puericulteur-puericultrice>

CARLI. Pierre, BODOSSIAN Perle, ECOLLAN. Patrick et al. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*. Volume 26, Issue 1, avril 2014, Pages 16-19. [Consulté le 19/09/2017]

ANNEXE 1

Guide d'entretien

Je m'appelle Emilie LEMAIRE, je suis étudiante en école de puériculture à IFsanté, je réalise actuellement un travail de recherche. Ce guide d'entretien est un support afin de réaliser mes entretiens auprès des puéricultrices exerçant aux urgences pédiatriques.

Les informations recueillies seront gardées confidentielles et cette entretien restera anonyme.

Autorisez-vous l'enregistrement de cet entretien, qui sera supprimé après la retranscription?

Durant cet entretien, les questions posées concerneront les enfants de 6 à 12 ans aux urgences pédiatriques.

1/ Pourriez-vous me décrire votre parcours professionnel?

Objectif: Connaître le parcours, ainsi que l'expérience du professionnel interrogé. Ainsi que les formations reçus.

Questions de relance:

- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de puéricultrice?
- Depuis combien d'années travaillez-vous avec des enfants?
- Combien de temps avez-vous travaillé aux urgences pédiatriques?
- Avez-vous eu des formations sur la prise en soin de la douleur chez l'enfant?

2/ En quelques mots, qu'est ce que pour vous la douleur induite par les soins?

Objectif: Connaître les représentations et connaissances du professionnel sur la douleur induite par les soins et les principaux soins douloureux pratiqués aux urgences pédiatriques.

Questions de relance:

- Existe t-il plusieurs composantes à la douleur?
- Et pouvez-vous me donner des exemples de soins douloureux que vous pratiquez aux urgences pédiatriques?

3/ Que pouvez-vous me dire sur l'appréhension d'un enfant de 6 à 12 ans face à un soin douloureux aux urgences pédiatriques?

Objectif: Le professionnel parle-t-il des émotions dans un premier temps?

Connaître les représentations et connaissances du professionnel sur les émotions de l'enfant induite par les soins. Et connaître les émotions des enfants les plus rencontrées par les soignants.

Questions de relance:

- Quels émotions peut ressentir un enfant de 6 à 12 ans face à un soin douloureux?
- Comment se caractérise les émotions de l'enfant face à un soin douloureux?

4/ Que mettez-vous en place avant de réaliser un soin douloureux?

Objectif: Connaître les moyens utilisés par le professionnel afin de prendre en soin la douleur. Et si ses moyens ont des répercussions sur la gestion des émotions et l'appréhension du soin chez l'enfant de 6 à 12 ans.

Questions de relance:

- Quel lien faites-vous entre la prévention de la douleur et la gestion des émotions?
- Pensez-vous que prévenir la douleur induite par les soins aidera l'enfant à gérer ses émotions?

5/ Selon vous, d'un point de vue relationnel, quel est l'accompagnement le plus adapté pour aider l'enfant dans l'appréhension des soins douloureux aux urgences?

Objectif: Connaître les moyens non médicamenteux utilisés par la puéricultrice si elle n'en a pas parlé à la question précédente. Et savoir si la relation de confiance entre l'enfant, la puéricultrice et les parents aidera l'enfant dans la gestion de ses émotions.

Questions de relance:

- Quelle posture adaptez-vous face aux émotions de l'enfant?
- Comment caractérisez-vous la relation de confiance?
- Que pensez-vous de la relation de confiance entre la puéricultrice, l'enfant et les parents?
- Pour vous, quels sont les préalables à la construction d'une relation de confiance?
- Que pensez-vous de l'importance de cette relation de confiance?

- La relation de confiance peut-elle aider l'enfant de 6 à 12 ans à appréhender les soins et dans la gestion de ses émotions?
- Permet-elle de diminuer la douleur chez l'enfant?
- Que pensez-vous de la présence des parents lors des soins?
- Pensez-vous, qu'il y a des freins à la relation de confiance aux urgences pédiatriques?

6/ Voulez-vous rajouter des éléments dans la prise en soin de la douleur induite par les soins ou sur la gestion des émotions chez l'enfant?

Objectif: Savoir si la puéricultrice souhaite ajouter des éléments dont elle n'a pas parlé lors de l'entretien.

Merci pour votre participation.

ANNEXE 2

Entretien n°3

1/ Pourriez-vous me décrire votre parcours professionnel?

Je suis diplômée infirmière depuis 6 ans et j'ai travaillé que auprès de l'enfant, dans un IME dans un premier temps, ensuite, j'ai travaillé au centre Oscar Lambret en oncologie pédiatrique j'ai repris mes études pour faire la formation de puéricultrice il y a un an, j'ai été diplômée en décembre 2016 et je suis aux urgences pédiatriques depuis janvier.

Avez-vous eu des formations sur la prise en soin de la douleur chez l'enfant?

Non.

2/ En quelques mots, qu'est ce que pour vous la douleur induite par les soins?

C'est [...] la douleur que l'on peut faire à l'enfant lors d'un soin.

Existe-t-il plusieurs composantes à la douleur?

Oui, elle peut être ressentie de différentes façons, elle peut être émotionnelle, elle peut-être la douleur physique.

Et pouvez-vous me donner des exemples de soin douloureux que vous pratiquez aux urgences pédiatriques?

On en fait plein, ça peut être la prise de sang que l'on retrouve souvent. Après, par exemple, des brûlures où l'on doit refaire des pansements. Ca peut être des plaies d'enfants qui arrivent où l'on doit nettoyer la plaie, ça peut être vraiment divers et variés.

3/ Que pouvez-vous me dire sur l'appréhension d'un enfant de 6 à 12 ans face à un soin douloureux aux urgences pédiatriques?

Par rapport à leur appréhension, il y a énormément d'enfants qui ont de l'appréhension sur les soins que l'on va leur faire et ils ressentent de la peur, de la tristesse, de l'incompréhension.

Comment se caractérise les émotions de l'enfant face à un soin douloureux?

Par des cris, des pleurs, l'expression du visage fermée, un enfant qui va être agrippé à sa mère qui ne va pas oser nous regarder. Qui va être dans le refus de soin.

4/ Que mettez-vous en place avant de réaliser un soin douloureux?

C'est vraiment dans un premier temps c'est l'explication, pour moi c'est essentiel, c'est primordial, pas uniquement aux parents mais surtout aux enfants. Ensuite, c'est essayer dans un premier temps avant de faire le soin, de mettre en place des choses pour que le soin soit moins douloureux possible comme de l'Emla, Méopa, antalgique ect... en fonction du soin que l'on doit faire.

Quel lien faites-vous entre la prévention de la douleur et la gestion des émotions?

Le lien entre la prévention de la douleur et la gestion des émotions [...] par l'explication on essaye déjà d'aider à la gestion des émotions et on explique ce que l'on met pour diminuer la douleur que le soin va engendrer. Et si le soin se passe bien et si la douleur a bien été gérée alors les émotions ont été gérées également et lors d'un prochain soin alors l'enfant appréhendera moins. Et si on gère les émotions alors la douleur diminuera, les deux sont liées.

5/ Selon vous, d'un point de vue relationnel, quel est l'accompagnement le plus adapté pour aider l'enfant dans l'appréhension des soins douloureux aux urgences?

C'est l'explication, l'information, pour moi c'est primordial.

Comment caractérisez-vous la relation de confiance?

C'est vraiment ne rien cacher à l'enfant, ça revient toujours à la même chose, c'est être clair avec lui. C'est lui dire « bah voilà on va te faire une prise de sang, ça peut faire mal » on ne peut pas minimiser la douleur, nous on n'aura pas très mal et peut-être que, finalement, lui il aura très mal « Mais nous on va tout faire pour que tu n'aies pas mal ». C'est vraiment être clair avec l'enfant et ne pas lui dire « mais tu vas rien sentir », ne pas lui mentir.

Que pensez-vous de la relation de confiance entre la puéricultrice, l'enfant et les parents?

C'est important d'inclure également les parents, ils sont essentiels dans les soins, on ne peut pas faire un soin sans eux, sinon ce serait angoisser l'enfant encore plus. Donc bien sûr, c'est expliquer le soin à l'enfant mais également aux parents.

Et donc, vous favorisez de la présence des parents lors des soins?

Oui, tout le temps, tout le temps.

Pour vous, quels sont les préalables à la construction d'une relation de confiance?

Déjà c'est un bon accueil aux urgences, c'est important. D'écouter les parents, et l'enfant et voilà d'expliquer les choses, d'expliquer les soins, comment ça va se passer, c'est un dialogue en fait.

La relation de confiance peut-elle aider l'enfant de 6 à 12 ans à appréhender les soins et dans la gestion de ses émotions?

Oui, oui bien sûr.

Permet-elle de diminuer la douleur chez l'enfant?

Elle permet de mieux la gérer. La diminuer [...] oui je pense. Diminuer la douleur du côté émotionnelle.

Pensez-vous, qu'il y a des freins à la relation de confiance aux urgences pédiatriques?

Oui, il peut y avoir des freins parce qu'un enfant où l'on part sur un certain schéma thérapeutique et, finalement, qui se dégrade et on va partir sur une autre prise en charge alors que l'on avait expliqué cela aux parents et à l'enfant et on part sur totalement autre chose. Et là, les parents ne comprennent plus rien, ils se posent beaucoup de questions. Le fait de changer de diagnostic comme ça, peut perturber les parents et l'enfant.

6/ Voulez-vous rajouter des éléments dans la prise en soin de la douleur induite par les soins ou sur la gestion des émotions chez l'enfant?

Non, comme je dis depuis le début c'est vraiment l'explication, le dialogue, être clair avec lui, employer un langage adapté à l'âge de l'enfant.