



**HAL**  
open science

# La puéricultrice face aux soins douloureux chez l'enfant de 3 à 6 ans en service de pédiatrie

Aurélie Lachat

► **To cite this version:**

Aurélie Lachat. La puéricultrice face aux soins douloureux chez l'enfant de 3 à 6 ans en service de pédiatrie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01688637

**HAL Id: dumas-01688637**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01688637>**

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.

**Ecole de Puéricultrice IFSanté**

**PROJET PROFESSIONNEL**

**La puéricultrice face aux soins douloureux chez l'enfant  
de 3 à 6 ans en service de pédiatrie.**



**Aurélie Lachat**

**ANNEE 2017**



## Remerciements

La réalisation et la conception de ce travail de projet professionnel clôturent une année de formation intense, riche et parfois difficile. Il m'aurait été difficile de vivre cette aventure toute seule et de réaliser ce travail.

C'est pourquoi je tiens en premier lieu à remercier Mme CATRICE, Cadre de Santé et formatrice à l'école de puéricultrice à IFSanté, pour son accompagnement, sa disponibilité et sa guidance si précieuse tout au long de mes recherches et de l'élaboration de ce projet professionnel.

Je remercie Mr CARON, professeur au collège Jean Moulin à Wattignies, pour le temps qu'il a consacré à la lecture et à la correction de ce projet professionnel.

Je remercie mes proches pour m'avoir soutenue tout au long de cette année et pour l'élaboration de ce travail mais surtout mes parents, premiers lecteurs et correcteurs, Maïté et Coralie MENET, premières lectrices et correctrices également.

Je remercie Emilie LEMAIRE, Laurine LEMIRE et Alicia LOUVET pour leurs précieux conseils, et avec qui nous avons partagé de bons moments. Cette année n'aurait pas été ce qu'elle est aujourd'hui si elles n'avaient pas été là.

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

Que toutes ces personnes trouvent ici ma profonde reconnaissance.

Merci à toutes et à tous.

**« Les défis rendent la vie intéressante ;  
les surmonter lui donne un sens<sup>1</sup>».**

De Joshua J. Marine

---

<sup>1</sup> 1001 Citations, Accueil 1001 citations [En ligne] [Consulté le 25 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.1001-citations.com/>

**Note aux lecteurs**

Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre de l'obtention du Diplôme d'Etat de Puéricultrice et ne peut donc faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur.

## SOMMAIRE

### **Le glossaire**

|   |    |
|---|----|
| <b>Introduction</b> .....                             | 1  |
| <b>Le constat</b> .....                               | 2  |
| <b>Le questionnaire</b> .....                         | 8  |
| <b>1. Le cadre de référence</b> .....                 | 10 |
| 1.1 <u>L'enfant</u>                                   |    |
| 1.1.1 Définition .....                                | 10 |
| 1.1.2 Le développement cognitif .....                 | 10 |
| 1.1.3 Le développement psychomoteur .....             | 13 |
| 1.1.4 Le développement psychoaffectif .....           | 15 |
| 1.1.5 Les besoins de l'enfant .....                   | 16 |
| 1.2 <u>L'environnement</u>                            |    |
| 1.2.1 Le service de pédiatrie .....                   | 17 |
| 1.2.2 La puéricultrice .....                          | 18 |
| 1.2.3 Les parents .....                               | 20 |
| 1.3 <u>La douleur</u>                                 |    |
| 1.3.1 Définition .....                                | 24 |
| 1.3.2 Législation .....                               | 25 |
| 1.3.3 L'évaluation .....                              | 25 |
| 1.3.4 Le traitement .....                             | 27 |
| 1.3.5 La mémoire de la douleur .....                  | 29 |
| 1.4 <u>Le soin</u>                                    |    |
| 1.4.1 Définition et représentation .....              | 30 |
| 1.4.2 L'acceptation du soin douloureux .....          | 33 |
| <b>Du cadre de référence à la problématique</b> ..... | 36 |
| <b>2. Enquête et analyse</b> .....                    | 38 |
| 2.1 <u>Méthodologie du recueil de données</u>         |    |
| 2.1.1 Choix de l'outil .....                          | 38 |
| 2.1.2 Choix du terrain et de la population .....      | 39 |
| 2.1.3 Le déroulement des entretiens .....             | 39 |

|       |  |     |
|-------|--|-----|
| 2.2   | <u>Analyse des données</u>                           |     |
| 2.2.1 | Autour de la population .....                        | 40  |
| 2.2.2 | Autour du soin douloureux .....                      | 42  |
| 2.2.3 | Autour des préalables au soin douloureux .....       | 44  |
| 2.2.4 | Autour de l'acceptation du soin par l'enfant .....   | 45  |
| 2.2.5 | Autour de la collaboration avec les parents .....    | 46  |
| 2.3   | <u>Validation des hypothèses</u> .....               | 48  |
|       | <b>La conclusion</b> .....                           | 49  |
|       | <b>Les perspectives professionnelles</b> .....       | 50  |
|       | <b>Les annexes</b>                                   |     |
| 1)    | L'échelle d'évaluation : Le dessin du bonhomme ..... | I   |
| 2)    | L'échelle d'évaluation : Les visages.....            | II  |
| 3)    | L'échelle d'évaluation : CHEOPS .....                | III |
| 4)    | L'échelle d'évaluation : EVENDOL .....               | IV  |
| 5)    | La grille d'entretien .....                          | V   |
| 6)    | L'entretien retranscrit d'une puéricultrice .....    | VII |
|       | <b>La bibliographie</b>                              |     |

## **Le glossaire**

- EAJE : Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- EMLA® : Crème anesthésique
- O.N.I.S.E.P : Office National d'Information sur les Enseignements et les Professions
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- IASP : International Association for the Study of Pain (Association internationale d'Etude de la Douleur)
- O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé
- M.E.O.P.A : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

## **Introduction**

A travers la formation préparant au diplôme d'Etat de puéricultrice, nous avons pu acquérir les connaissances nécessaires à la prise en soin de l'enfant. Nous avons pu découvrir différents types de services, tels que la pédiatrie, la néonatalogie, l'EAJE, la maternité ou encore les services de PMI. Quel que soit le service dans lequel la puéricultrice est amenée à travailler, il est important de prendre en soin l'enfant mais également ses parents. Lors d'un de ces stages, nous avons rencontré des situations qui nous ont amenées à nous questionner sur différents thèmes.

L'hospitalisation d'un enfant est une situation difficile qui peut entraîner de l'anxiété et de la douleur. La puéricultrice est une des premières personnes à être confrontée à la réalisation de soins chez l'enfant, qui peuvent notamment être douloureux. Plusieurs personnes interviennent lors de ces soins : la puéricultrice, l'enfant, mais aussi les parents. La prise en soin doit-être adaptée à chacun.

Afin d'apprécier la fiabilité et la possibilité de réaliser ce projet sur le thème du soin douloureux, nous avons effectué des recherches. Nous avons remarqué à travers nos recherches, et comme nous l'avons vu à travers nos différents enseignements, que cette prise en soin est très importante. C'est d'ailleurs pour cela que l'on a pu observer de nombreux progrès durant les dernières décennies afin d'améliorer la prise en soin de la douleur. Nous avons observé que la présence des parents a été controversée durant de nombreuses années. Cependant grâce à des textes de lois et à la charte de l'enfant hospitalisé, les parents ont la possibilité d'accompagner et de rester auprès de leur enfant.

Dans notre constat, un enfant n'était pas encore en capacités de pouvoir exprimer clairement ses ressentis et ses besoins. Suite à cela, nous avons décidé de nous cibler sur des enfants âgées de trois à six ans, car c'est à cette âge-là que le développement psychomoteur se développe en grande partie.

Dans un premier temps, nous allons relater les situations qui nous ont amenées à nous questionner et à définir notre question de départ. Nous aborderons le cadre de référence, avec l'étude des différentes thématiques de ce rapport. Puis, nous passerons à la partie qui concerne l'enquête et l'analyse. Nous parlerons de la méthodologie du recueil de données et de l'analyse de celles-ci. Cela nous permettra ensuite de pouvoir comparer les données de l'enquête par rapport à notre cadre de référence. Enfin nous parlerons de l'ouverture de ce travail.

## Le constat

Le constat à l'origine de notre questionnement se base sur deux expériences différentes. Ces situations ont eu lieu dans un service de pédiatrie au cœur d'un Centre Hospitalier. Au sein de cet hôpital, nous retrouvons un pôle mère/enfant composé d'un service de maternité, d'un service de pédiatrie et d'un service de néonatalogie. Ceux de pédiatrie et de néonatalogie sont regroupés dans la même aile. En effet, dans un couloir se trouve le service de pédiatrie tandis que dans un autre se trouve la néonatalogie. Les deux services sont ainsi liés grâce à une salle de pause et un bureau communs pour le personnel.

Dans cet hôpital, il existe un service d'urgence pédiatrique qui est en relation directe avec le service de pédiatrie. Lorsqu'un enfant qui se trouve aux urgences doit être hospitalisé, les habitudes de ce service sont de téléphoner dans le service de pédiatrie afin de les prévenir et de fournir les informations nécessaires pour préparer l'arrivée de l'enfant (nom, prénom, âge, motif d'admission, examens réalisés, bilan sanguin, pose de voie périphérique...).

Le service de pédiatrie comporte une quinzaine de lits dont les trois quarts sont des chambres individuelles. Ces chambres individuelles sont composées d'un lit pour enfant, d'une rampe (avec un éclairage, une arrivée d'oxygène et d'air) et d'un fauteuil dépliant pour permettre aux parents de pouvoir dormir sur place auprès de leur enfant et de l'accompagner tout au long du séjour de jour comme de nuit. En ce qui concerne le personnel, nous retrouvons des puéricultrices et des infirmières diplômées d'Etat, des auxiliaires de puériculture, des internes en médecine, des pédiatres, du personnel d'entretien et éventuellement des psychologues et diététiciennes si besoin. Les journées s'organisent par des postes de douze heures, nous retrouvons donc deux postes différents avec pour chacun un personnel attitré. La journée, nous avons une puéricultrice et une auxiliaire puéricultrice dans chaque service (deux personnes en pédiatrie et deux personnes en néonatalogie). Et la nuit, nous avons une puéricultrice dans chaque service (une en pédiatrie et l'autre en néonatalogie) et une auxiliaire puéricultrice qui se partagent entre les deux services. De plus, lorsqu'il y a la présence d'une infirmière, il faut savoir qu'elle ne peut pas s'occuper du service de néonatalogie, et s'occupe donc obligatoirement du service de pédiatrie. Cela s'explique par le fait qu'elle ne possède pas la spécialisation d'infirmière puéricultrice.

Dans cette première situation, qui se déroule lors d'un poste de nuit, nous sommes en collaboration avec une infirmière qui s'occupe du service de pédiatrie cette nuit-là. Le

téléphone sonne pour nous annoncer qu'un petit garçon nommé Timéo et âgé de dix-huit mois, va monter dans le service afin de bénéficier d'une surveillance particulière suite au diagnostic d'une gastro-entérite. L'infirmière des urgences nous explique que les urgences en bas sont surchargées et qu'elle n'a pas pu, comme à son habitude, poser le cathéter périphérique. Elle informe qu'elle a mis en place de l'EMLA®, qui est une crème anesthésiante et qui permet d'insensibiliser la peau afin de diminuer la douleur avant un soin douloureux.

Lorsque l'enfant arrive dans le service vers vingt-trois heures, il se trouve dans les bras de sa maman, elle-même précédée du brancardier avec le dossier d'admission effectué aux urgences. L'infirmière et nous-même les installons dans une chambre individuelle étant donné qu'il sera en isolement de contact pour une gastro-entérite. Nous expliquons à la maman que nous allons devoir perfuser son enfant et que pour cela nous allons attendre que l'EMLA® fasse effet, nous lui indiquons que nous reviendrons vers eux dans une heure. En effet, depuis le matin Timéo est pris de nausées, de vomissements et de diarrhées. Il y a donc un risque que celui-ci soit déshydraté.

Vers 00h, l'infirmière informe la maman que nous allons nous rendre dans la salle de soins afin de procéder à la mise en place du dispositif qui va permettre à la perfusion de pouvoir s'écouler mais également afin de pouvoir réaliser un bilan sanguin. La maman prend son enfant à bras, traverse le couloir et le ramène dans la salle de soins où elle le pose sur la table. A ce moment-là, dès qu'il n'est plus dans les bras de sa maman, il commence à pleurer et à crier. Je m'assois à côté de lui pour le rassurer et lui tenir la main. D'un ton autoritaire, l'infirmière demande à la maman de bien vouloir sortir de la pièce durant le soin. Quelques secondes auparavant lorsque nous étions seules, l'infirmière nous a dit « *qu'elle ne restera pas* ». La maman obtempère mais ne semblait pas satisfaite. Malgré cela, elle attendra tout de même dans le couloir. Timéo s'énerve de plus en plus, il pleure et crie encore plus. L'infirmière, qui avait déjà préparé son matériel, nous demande de bien vouloir le tenir afin qu'elle puisse regarder ses veines et poser le cathéter périphérique. L'infirmière en charge du service a essayé de poser deux fois le dispositif sur des zones insensibilisées mais sans succès. Elle a ensuite demandé à sa collègue de néonatalogie de bien vouloir, elle aussi, essayer sur une zone insensibilisée. Après un essai non concluant, elle ne repiquera pas Timéo, étant donné qu'il a déjà été piqué trois fois. Après ces différents essais sans succès, l'infirmière du service de pédiatrie prend la décision de descendre aux urgences afin de voir si l'infirmière présente peut essayer de le perfuser. Pendant que nous descendrons aux urgences, c'est la

seconde puéricultrice qui s'occupe du service de néonatalogie qui prendra le relais en pédiatrie.

Nous ouvrons la porte de la salle de soins, où la maman récupère son enfant en sanglots, et l'infirmière annonce à la maman que la pose de la perfusion n'a pas été possible car les veines de son fils sont très fragiles et que nous allons devoir redescendre aux urgences afin de lui poser sa voie périphérique. La maman semblait exaspérée de cette situation, en effet, lorsque nous étions prêts à descendre aux urgences, la maman était prête dans le couloir, sans chaussures, mais juste avec une paire de chaussettes. L'infirmière lui a proposé d'aller mettre une paire de chaussures car les urgences ne se trouvent pas juste à côté du service et que nous allions devoir marcher. Elle a catégoriquement refusé d'aller mettre des chaussures et souhaitait descendre au plus vite. Elle ne comprenait pas pourquoi on s'acharnait sur son fils.

Après avoir refait le chemin en sens inverse, c'est-à-dire partir de la pédiatrie pour retourner vers les urgences, en traversant un long couloir calme et totalement vide, nous arrivons enfin dans le service des urgences pédiatriques. L'infirmière, étant occupée par une forte affluence, nous avons été installés dans un box et avons patientés le temps que l'infirmière puisse venir s'occuper de Timéo. Après plusieurs tentatives sur des zones insensibilisées ou non, elle ne réussira pas non plus à mettre en place le cathéter périphérique. Durant les tentatives de pose du cathéter, la maman a pu assister aux soins et rester auprès de son enfant. Malgré la présence de la maman, Timéo pleurait et criait toujours autant que dans la salle de soins du service. Nous sommes ensuite remontés dans le service avec un enfant somnolent et une maman en colère, qui nous a fait part de ses sentiments n'arrivant pas à comprendre pourquoi on ne les laissaient pas tranquille et que l'état de son enfant était encore pire qu'à son arrivée.

A la fin du poste, lors de la remise de service à l'équipe de jour, l'infirmière a transmis les éléments médicaux à sa collègue mais elle a également expliqué que le comportement de la maman avait été difficile à gérer. En effet, elle lui a dit qu'elle ne cessait de réclamer, qu'elle était pénible et qu'elle n'était pas agréable avec le personnel. L'infirmière a ainsi ajouté « *tu verras par toi-même* ».

Le lendemain, durant un poste de nuit également, et lors des transmissions, la puéricultrice nous transmet qu'elle a réussi à poser à Timéo une voie périphérique et qu'il a donc une perfusion qui s'écoule. Ce soir-là, nous sommes en collaboration avec une infirmière (autre que celle de la veille) et nous effectuons un premier tour de service afin de voir tout le monde.

Lorsque nous passons dans la chambre après avoir frappé, la communication avec la maman fut moindre et difficile. En effet, lorsque nous lui demandons des informations sur l'hydratation de Timéo afin d'adapter notre prise en charge par rapport à ses besoins, les réponses de la maman furent brèves et elle nous regardait à peine. Nous avons comme l'impression que les actes de la veille avaient rompu la communication. Cela a pour nous été perturbant de ne pas avoir une bonne relation entre les parents et le soignant.

Dans la seconde situation, qui se déroule toujours au sein du même service, nous sommes en collaboration avec une puéricultrice lors d'un poste de jour. En plus de tous les enfants qui sont hospitalisés dans le service, nous prenons également en soin les enfants venant en consultation externe. En effet, il arrive fréquemment que la durée d'hospitalisation soit réduite mais, en contrepartie, l'enfant doit revenir de façon quotidienne afin de recevoir les soins nécessaires, le plus souvent ce sont des injections par voie intraveineuse.

Ce matin-là, après avoir fait le premier tour de tous nos enfants hospitalisés, nous avons pris en soin un petit Mathéo de 24 mois, accompagné de sa maman, qui venait en consultation externe pour recevoir sa dernière injection d'antibiothérapie. Quelques jours auparavant, il avait été admis dans le service pour une pyélonéphrite. Il avait, selon les protocoles du service, reçu plusieurs injections d'antibiotiques puis avait pu sortir du service à condition de revenir faire ses dernières injections en consultation externe. Lors de cette sortie, il avait été expliqué à la maman que pour effectuer l'injection, il était préférable de mettre une crème qui insensibilise la zone où elle est appliquée, afin que Mathéo ressente le moins possible l'injection. Suite à ses différents conseils, la maman avait posé à la maison de l'EMLA® à trois endroits différents (main droite, coude droit et coude gauche) avant de venir à l'hôpital. L'infirmière a demandé à la maman depuis combien de temps celle-ci avait été posée, elle nous a répondu une heure et quinze minutes. L'infirmière a installé la maman et son enfant dans la salle de soins afin de pouvoir prodiguer les soins nécessaires. La maman a installé son enfant sur la table et lui a donné sa peluche. L'enfant était plutôt calme, il regardait autour de lui tout en faisant un câlin à sa peluche. La maman semblait elle aussi calme et sereine. La puéricultrice lui a retiré les pansements tout en lui expliquant à chaque fois ce que l'on allait lui faire. Il a fait quelques grimaces car le collant lui tirait la peau mais sans plus. Elle a ensuite regardé où elle allait piquer. Pendant ce temps-là, la maman tenait la tête de son enfant près de la sienne, afin que celui-ci ne voit pas le cathéter dans son bras. L'infirmière a piqué une première fois au niveau de la main droite mais ne trouvait pas la veine, elle a donc

cherché un petit peu. C'est à ce moment-là que l'enfant a commencé à pleurer et à bouger, il disait « *pas la pique, pas la pique* ». La maman lui a calmement dit « *non ce n'est pas la pique* ». Ne trouvant pas la veine, l'infirmière a retiré son aiguille et mis un pansement. Elle a ensuite à nouveau préparé son matériel et a piqué une seconde fois au pli du coude droit. Après quelques secondes, le sang est apparu, elle a ensuite injecté l'antibiotique puis a posé un deuxième pansement.

Pendant tout la seconde partie du soin, l'enfant est resté calme. La maman lui disait des mots doux pour le rassurer et l'encourager. Elle connaissait chaque étape du soin, étant donné qu'elle avait déjà assisté à d'autres injections. Mathéo s'est ensuite assis sur la table afin de se rhabiller avec l'aide de sa maman puis il est descendu de la table. L'infirmière lui a dit qu'il était un grand garçon et qu'il était courageux. Il était très fier et avait le sourire. Il est reparti avec sa maman aussi calmement qu'il était arrivé.

Les situations présentées précédemment sont totalement différentes. En effet, dans l'une des situations, le soin s'est très bien déroulé avec une maman qui était sereine et un petit garçon qui était rassuré et contenu par celle-ci. Dans l'autre situation, la maman était en colère et stressée certainement, le petit garçon pleurait et criait sans cesse, cela s'est terminé par un échec en ce qui concerne le placement du cathéter périphérique mais aussi par un mécontentement de la maman. La prise en soin a donc été limitée pour le reste du séjour de ce petit garçon dans le service. Cela nous amène donc à nous questionner sur plusieurs thèmes :

➤ Les émotions de l'enfant

- Comment faire pour qu'il puisse accepter au mieux le soin ?
- Comment faire pour gérer son angoisse ?
- Quelle est la douleur ressentie par l'enfant ?

➤ La place des parents dans le soin

- La maman aurait-elle réagi différemment si nous l'avions mieux pris en charge ?
- Peut-il y avoir des conséquences sur le comportement de l'enfant ?
- Aurait-elle dû être présente ?
- Comment aurions-nous pu l'intégrer dans le soin ?
- Les difficultés de communication lors du soin entre parents et soignants sont-elles fréquentes ?

- Les parents ont-ils des attentes particulières lors de la réalisation de soins invasifs ?
- La répétition ou la connaissance du déroulement du soin rassure-t-elle les parents ?

➤ Le déroulement du soin

- Quels sont les autres moyens qui permettent de pallier contre la douleur ressentie par l'enfant ?
- Peut-on associer différentes méthodes ?
- Comment améliorer la relation entre les soignants, les parents et les enfants lors des soins invasifs douloureux ?

➤ Le soignant

- Les difficultés rencontrées et les émotions ressenties par la puéricultrice peuvent-elles avoir un impact sur la suite de son travail ?
- Cette situation a-t-elle un impact sur les émotions du soignant ?
- La relation entre le soignant et le soigné est-elle impactée si la communication est rompue entre les soignants et les parents ?
- La relation soignants et parents est-elle toujours difficile lorsque le soin ne se déroule pas correctement ?
- En tant qu'étudiante puéricultrice, aurions-nous pu faire autrement que de le maintenir sur la table de soins ?

## **Le questionnement**

Après analyse de notre situation de départ et des différentes questions que nous nous sommes posées précédemment, les thèmes qui nous paraissaient intéressants à traiter sont : l'enfant, son développement et ses besoins, les parents, l'aspect de la douleur et les soins.

Ces différentes thématiques nous ont permis d'élaborer notre question de départ qui est la suivante :

***Comment la puéricultrice peut-elle favoriser l'acceptation d'un soin douloureux par l'enfant de 3 à 6 ans ?***

C'est à partir de là que nous allons étudier les différents thématiques afin de pouvoir ensuite élaborer notre problématique et poser nos différentes hypothèses. Celles-ci nous permettront de pouvoir réaliser une enquête de terrain auprès de professionnels afin de confirmer ou d'infirmer ces hypothèses et donc de répondre à notre problématique.

## **LE CADRE DE REFERENCE**

# **1. Le cadre de référence**

## **1.1 L'enfant**

### **1.1.1 Définition**

Le terme enfant provient du latin *infans* ou *infantemet* qui signifie ne parle pas. Il vient aussi du verbe grec *fémi* qui signifie ne sait pas manifester sa pensée par la parole.

Selon la convention internationale relative aux droits de l'enfant de 1989, un enfant est défini comme « *tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable*<sup>2</sup> ».

Aujourd'hui selon le dictionnaire Larousse, un enfant est considéré comme « *un garçon ou une fille avant l'adolescence*<sup>3</sup> ». Il est important de souligner que l'on peut également le définir comme « *le fils ou la fille de quelqu'un*<sup>4</sup> ».

Dans les définitions abordées précédemment, nous retrouvons une notion d'âge qui a son importance pour le cadre juridique mais il y a aussi une notion d'appartenance, et plus particulièrement par rapport aux parents. La définition d'un enfant a longtemps évolué à travers les siècles mais également à travers les cultures, on peut dire qu'elle est variable selon les us et coutumes mais également selon les personnes et leurs liens avec celui-ci. Ainsi, nous pouvons dire que l'enfant n'est pas perçu de la même façon par ses parents que par des professionnels de la santé.

### **1.1.2 Le développement cognitif**

Selon Piaget, qui est un psychologue suisse notamment connu pour ses travaux sur la psychologie du développement, la pensée n'est pas innée c'est-à-dire que l'enfant ne naît pas avec toutes les capacités qui sont en mesure de fonctionner. L'enfant va apprendre à évoluer et à se construire progressivement dans son environnement. Pour cela, l'enfant va passer par un processus d'équilibration. Selon Piaget, cela correspond à « *un processus conduisant de certains états d'équilibre approchés à d'autres qualitativement différents, en passant par de*

---

<sup>2</sup> ONU, Convention Internationale relative aux droits de l'enfant [En ligne] [Consulté le 28 Juin 2017]. Disponible sur [www.humanium.org/fr/convention/texte-integral-convention-internationale-relative-droits-enfant-1989/](http://www.humanium.org/fr/convention/texte-integral-convention-internationale-relative-droits-enfant-1989/)

<sup>3</sup> Larousse, Dictionnaire de Français [En ligne] [Consulté le 14 Juillet 2017]. Disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

<sup>4</sup> Larousse, Dictionnaire de Français [En ligne] [Consulté le 14 Juillet 2017]. Disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

*multiples déséquilibres et rééquilibrations*<sup>5</sup>». L'équilibration correspond aux regroupements de deux mécanismes :

- L'assimilation : c'est un « *mécanisme très général qui permet d'expliquer l'intégration de tout élément dans les structures mentales de l'individu*<sup>6</sup>», c'est-à-dire que l'enfant va intérioriser une action extérieure dans ses informations. Une fois que l'information est comprise et intégrée, l'enfant pourra la reproduire en y associant une action.
- L'accommodation : c'est un « *mécanisme par lequel les schèmes sont modifiés pour les ajuster aux données nouvelles. Elles sont déterminées par les objets*<sup>7</sup>». C'est-à-dire qu'une fois que l'enfant a assimilé la situation, il va être en capacité de pouvoir ajuster son ou ses action(s) selon l'environnement extérieur.

Ainsi les capacités cognitives ne sont jamais totalement équilibrées. En effet, certains éléments extérieurs, tel que l'environnement, peuvent venir perturber les compétences. Cela peut donc conduire à des erreurs lors de l'assimilation, c'est-à-dire lorsque l'enfant intègre une information. Les capacités vont s'adapter afin de pouvoir répondre à la situation de manière adaptée. Il n'existe pas d'équilibre parfait. Mais il y aura toujours un état qui permettra de comprendre la situation et de s'adapter. Cette information est importante car pour que l'enfant puisse comprendre ce que nous allons lui faire, il faut nous-même comprendre le mécanisme par lequel l'enfant intègre l'information que nous lui transmettons.

Toujours selon Piaget, l'intelligence se développe selon quatre stades :

- Stade sensori-moteur (de la naissance à deux ans)
- Stade préopératoire (de deux à sept ans)
- Stades des opérations concrètes (de sept à onze ans)
- Stades des opérations formelles (à partir de douze ans)

Dans le cadre de ce travail et de nos recherches, nous allons nous intéresser uniquement au stade préopératoire qui correspond à la tranche d'âge que nous avons ciblée. Toujours selon Piaget, à ce stade l'enfant va être capable « *d'effectuer mentalement certaines actions, de se représenter des actions non effectuées mais effectuelles, d'évoquer des événements qui ont eu*

---

<sup>5</sup> Carnet de Psychologie, Définition de Equilibration [En ligne] [Consulté le 23 Août 2017]. Disponible sur <https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-equilibration.html>

<sup>6</sup> Levert Isabelle, Petit guide de la psychologie clinique [En ligne] [Consulté le 24 Août 2017]. Disponible sur <http://www.la-psychologie.com/>

<sup>7</sup> Levert Isabelle, Petit guide de la psychologie clinique [En ligne] [Consulté le 24 Août 2017]. Disponible sur <http://www.la-psychologie.com/>

*lieu par le passé et donc de se libérer en quelque sorte du réel pour agir*<sup>8</sup>». C'est-à-dire que l'enfant va être capable de pouvoir penser à une action qu'il n'a jamais réalisée mais qu'il pourrait effectuer. Il est également capable de parler de choses qui ont eu lieu dans son passé, par exemple, un événement antérieur qui aurait été inconfortable. Cependant, il n'est pas encore capable de s'imaginer deux actions inverses. Par exemple, il ne peut pas se représenter le fait de rire et de pleurer, ou de tirer et de pousser. L'enfant pense en termes d'actions et non en termes d'opérations. Effectivement lorsque l'on dit quelque chose à l'enfant, il va penser uniquement à l'action que cela représente, et ne pense pas à combiner deux actions en se disant je vais avoir ce résultat. L'enfant ne réalise pas que l'action est annulable par l'opération inverse.

Cela est intéressant car, à partir de deux ans, l'enfant va être en capacité de pouvoir s'imaginer une action sans l'avoir réalisée mais aussi de se rappeler peut-être s'il y a déjà été confrontée. Nous allons pouvoir expliquer à l'enfant ce que nous allons lui faire et il sera en capacité de comprendre ce que nous lui expliquons même s'il n'a jamais vécu le soin. Il faut cependant adapter notre langage à son niveau de compréhension.

Toujours selon Piaget, « *l'intelligence préopératoire peut maintenant porter sur le passé comme sur l'avenir, sur l'espace lointain, comme sur l'espace proche*<sup>9</sup> ». Dans ce contexte d'intelligence préopératoire, la fonction symbolique va faire son apparition. Elle permet « *de se représenter des objets ou des événements que l'enfant n'a plus sous les yeux [...]. C'est une fonction évocatrice*<sup>10</sup> ». Selon Jacky Merklings, cadre supérieur de santé et Solange Langenfeld, infirmière conseillère de santé, la fonction symbolique se fait à travers différents moyens tels que l'image mentale, le dessin, l'imitation, le jeu symbolique et le symbole. A travers les différentes représentations culturelles, nous savons que le jeu symbolique peut se traduire par un enfant qui joue à la dinette, à la maîtresse, au docteur, etc. Il est donc en capacité de s'imaginer, de se représenter et de reproduire des situations de la vie quotidienne.

Cette fonction du jeu symbolique est intéressante, car elle va permettre à l'enfant de pouvoir comprendre ce qu'on lui explique à travers le jeu. Dans le cadre d'un soin, la puéricultrice peut expliquer le soin à travers le jeu et grâce à des jouets. Par exemple, une poupée peut servir pour expliquer et montrer la mise en place d'un cathéter périphérique. Il existe donc

---

<sup>8</sup> Les services de l'état en Loire-Atlantique, Le développement cognitif selon Jean Piaget [En ligne] [Consulté le 26 août 2017]. Disponible sur <http://www.loire-atlantique.gouv.fr/content/download/11841/65789/file/Le>

<sup>9</sup> XYPAS Constantin, Les stades de développement affectif selon Piaget. Paris : L'harmattan, 2001. 169 pages. ISBN : 2-7475-0648-7

<sup>10</sup> XYPAS Constantin, Les stades de développement affectif selon Piaget. Paris : L'harmattan, 2001. 169 pages. ISBN : 2-7475-0648-7

différents moyens qui vont permettre de nous adapter à l'enfant, cependant il faut également prendre en compte son niveau linguistique.

### **1.1.3 Le développement psychomoteur**

En parallèle avec le développement cognitif, le développement psychomoteur va se mettre en place étape par étape. Celui-ci va se développer progressivement depuis la naissance de l'enfant. Selon l'enseignement dispensé par Mme Leuridan, formatrice à l'école de puéricultrice IFSanté, le développement psychomoteur correspond à « *un processus continu qui comprend des acquisitions successives variées qui va faire passer l'enfant de l'état de dépendance à celui d'autonomie motrice et de perception du moi<sup>11</sup>* ». Il comprend la motricité, la préhension, la compréhension et le langage.

A la naissance, l'enfant est un être totalement indépendant, mais qui va progressivement développer ses compétences. Et celles-ci vont s'accroître de plus en plus. L'enfant va évoluer rapidement jusqu'à l'âge de trois ans. A partir de cet âge, l'évolution se fera de façon progressive.

Selon la faculté de médecine Pierre et Marie Curie, le développement est établie année par année. A trois ans, au niveau de sa motricité, l'enfant est capable de monter et descendre un escalier comme un adulte, c'est-à-dire en alternant les marches. Il tient en équilibre sur un pied et peut sauter sur celui-ci. Au niveau de sa préhension, il commence à s'habiller seul et à mettre ses chaussures. Il sait aussi dessiner un cercle qui représente un bonhomme. Au niveau de sa compréhension, il compte jusque dix, peut nommer 8 images et 8 parties de son corps. Il connaît et prononce son nom et son sexe. A quatre ans, au niveau de sa motricité, l'enfant est capable de monter dans une voiture et de pédaler sur une bicyclette. Au niveau de sa préhension, il construit des ponts et s'habille complètement. Au niveau de sa compréhension, il va poser des questions sur sa taille, sur la différence et sur les marqueurs du temps tel que hier, demain, quand et comment. Il peut reconnaître quel trait est le plus épais. A cinq ans, au niveau de sa motricité, l'enfant est capable de sauter à cloche pied. Au niveau de sa préhension il peut lacer ses chaussures. Au niveau de sa compréhension, il fait la différence entre le matin et l'après-midi. A six ans, au niveau de sa motricité, l'enfant est capable de taper dans une balle. Au niveau de sa compréhension, il connaît les jours de la semaine, la différence entre la droite et gauche. Et il est capable de donner son adresse.

---

<sup>11</sup> Claire Leuridan, Enseignement sur le développement psychomoteur de l'enfant dispensé lors de la formation de puéricultrice à IFSanté.

En ce qui concerne le langage, il peut varier selon les familles, les nationalités et les cultures. Il est essentiellement composé de lettres de l'alphabet, de sons et de mots.

Il est défini comme « *la fonction qui permet d'exprimer et de percevoir des états affectifs, des concepts, des idées au moyen de signes*<sup>12</sup> ».

Cette fonction se fait en deux étapes :

- La phase pré-linguistique : de la naissance à 12 mois.
- La phase linguistique : à partir de 12 mois. Dans cette phase, c'est l'apparition des premiers mots vers 12 à 16 mois. Ils seront composés de monosyllabes ou de dissyllabes associés à certains objets et/ou situations.

Dans le cadre de ce travail, nous allons nous intéresser à la phase linguistique. Vers 16 mois, le langage de l'enfant est composé de plus ou moins trente mots. Vers 24 mois, nous pourrions observer une nette augmentation de l'apprentissage avec la connaissance de 250 à 300 mots. Au cours de sa 3<sup>ème</sup> année, nous observerons une intensification du langage avec la connaissance de 1000 mots. Il perfectionnera l'articulation de ceux-ci et pourra mettre en place une syntaxe. Dans un premier temps, il commencera à dire un mot, puis en associera deux, avec par exemple, maman et boire : pour dire à sa maman qu'il a soif. Ensuite, il mettra en place des phrases avec un sujet, un verbe, un complément et un qualificatif. Il sera également capable de mettre une opposition. C'est également une période d'individualisation et de reconnaissance de sa propre identité, il va commencer à utiliser le *Je*. Entre trois et cinq ans, l'enfant acquiert le langage « *adulte de base, correctement articulé*<sup>13</sup> ».

La connaissance du développement psychomoteur de l'enfant est primordiale afin d'adapter notre prise en soin. Savoir à quel niveau se situe l'enfant dans son développement va nous permettre de pouvoir choisir les outils adaptés en fonction de ses compétences. On évitera ainsi de choisir une technique que l'enfant ne pourrait pas comprendre. La connaissance de son niveau linguistique va nous permettre de pouvoir adapter notre communication et de pouvoir interagir avec lui selon son niveau de compréhension et d'expression.

Il est important de noter que dans le cadre de notre travail, le fait de commencer à parler grâce à des mots est intéressant. En effet, cela va permettre à l'enfant de pouvoir verbaliser ce

---

<sup>12</sup> Bursztejn Claude, Développement normal du langage et ses troubles [En ligne] [Consulté le 29 Août 2017]. Disponible sur [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/08.modul\\_transdis\\_umvf-3.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/08.modul_transdis_umvf-3.pdf)

<sup>13</sup> Bursztejn Claude, Développement normal du langage et ses troubles [En ligne] [Consulté le 29 Août 2017]. Disponible sur [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/08.modul\\_transdis\\_umvf-3.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/08.modul_transdis_umvf-3.pdf)

qu'il voit, mais aussi ce qu'il ressent. Grâce à l'apparition de l'opposition, il va aussi pouvoir s'opposer clairement lorsqu'il n'est pas d'accord avec un acte ou des paroles. L'enfant est en capacité de comprendre et de s'exprimer.

#### **1.1.4 Le développement psycho affectif**

Avant d'être un enfant âgé de 3 à 6 ans, l'enfant, au début de sa vie est un nouveau-né qui ne possède pas encore un psychisme élaboré. Lorsqu'un enfant pleure ou crie, il permet à son environnement de pouvoir s'intéresser à lui et de créer des interactions. Celles-ci sont très importantes car elles vont permettre de stimuler son développement.

Selon Jacky Merklings et Solange Langefeld, l'enfant va grandir dans un milieu familial et social variable. S'il vit dans un milieu qui a régulièrement recours à la violence qu'elle soit physique ou morale, et qui a tendance à l'utiliser fréquemment au point qu'il soit considéré comme un élément relationnel normal. L'enfant sera conditionné de cette façon et aura tendance à reproduire ce comportement. Evidemment, il existe aussi le milieu inverse, où la violence est évitée. Il faut savoir que, quel que soit le contexte dans lequel l'enfant a évolué, la qualité de la relation instaurée conditionnera ses relations à l'autre.

Il existe un concept qui reprend cela. C'est l'attachement, instauré par John Bowlby, psychiatre et psychanalyste britannique. Ce concept se développe durant la première année de l'enfant, entre 6 et 12 mois. Si celui-ci est de qualité, il permettra une bonne adaptation de l'enfant à son milieu dans son avenir.

Selon John Bowlby, le concept de l'attachement se définit comme « *un besoin primaire inné qui viendrait s'ajouter au besoin physiologique classiquement défini. Une des racines de ce concept d'attachement vient de l'ethnologie et de l'étude de certains oiseaux à travers le concept d'empreinte. [...] L'empreinte est une attirance biologique du petit pour sa mère ou pour tout objet mobile entrant dans son champ de perception [...] <sup>14</sup>* ». C'est-à-dire que, contrairement aux animaux, l'enfant ne va pas pouvoir s'accrocher à sa mère. Il va cependant trouver des alternatives, comme citées précédemment comme les cris, les pleurs, les sourires qui vont permettre que sa mère puisse s'occuper de lui et lui assurer une protection. L'attachement est donc un concept qui va permettre à l'enfant d'avoir une protection : sa maman.

---

<sup>14</sup> Merklings J, Langefeld S, Psychologie, Sociologie, Anthropologie : unité d'enseignement 1.1. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011. 237 pages. Collection les essentiels en IFSI, n°8. ISBN 978-2-294-71057-5

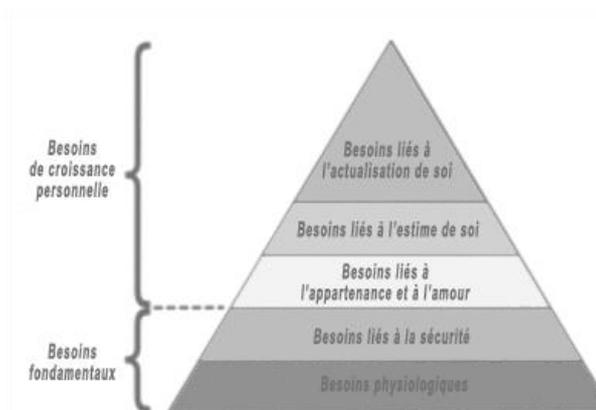
Dans le cadre de ce projet, cet élément est important à retenir. En effet, lors de la réalisation de soins qui pourraient être douloureux ou gênants, la présence de la maman est importante. Elle a une notion de protection pour l'enfant et est donc une personne ressource pour lui. Cependant l'enfant a besoin d'autres éléments afin de satisfaire différents besoins.

### **1.1.5 Les besoins de l'enfant**

Pour qu'un enfant puisse s'épanouir pleinement tout au long de son développement, il a besoin de pouvoir réaliser et satisfaire certains besoins qui vont lui permettre d'apprendre et de grandir. Un besoin peut être défini comme « *une exigence née d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique<sup>15</sup>* », mais aussi comme « *sentiment d'un manque, état d'insatisfaction portant quelqu'un ou un groupe à accomplir certains actes indispensables à la vie personnelle ou sociale, à désirer ce qui lui fait défaut<sup>16</sup>* ». Le besoin vise des objectifs précis qui doivent être absolument satisfaits afin de ne pas négliger la situation.

Les différentes définitions sont illustrées par la pyramide des besoins qui a été réalisée par Abraham Maslow, psychologue américain. Elle se compose de différents paliers. Le 1<sup>er</sup> palier se situe en bas de celle-ci. Lorsque le 1<sup>er</sup> niveau est atteint de manière suffisamment satisfaisante, nous pouvons passer au niveau supérieur chaque fois que le besoin sera suffisamment satisfait.

#### **La pyramide de Maslow<sup>17</sup>**



<sup>15</sup> Larousse, Dictionnaire de Français [En ligne] [Consulté le 14 Juillet 2017]. Disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

<sup>16</sup> Larousse, Dictionnaire du français au collège. Larousse/Vuef, 2003. 1405 pages. ISBN 2-03-320237-2

<sup>17</sup> ComEcole, Pourquoi maintenir le lien est indispensable [En ligne] [Consulté le 28 Juillet 2017]. Disponible sur <http://www2.ac-lyon.fr/services/comecole/pourquoi.php>

Par exemple, si les besoins physiologiques ne sont pas satisfaits, l'enfant ne peut réaliser et satisfaire son besoin de sécurité.

Dans le cadre de ce travail, nous aborderons uniquement le concept des besoins physiologiques et de sécurité.

- Besoins physiologiques : l'enfant a besoin de pouvoir manger et boire selon ses envies et ses besoins. Il doit également avoir un transit correct avec une bonne élimination et avoir un temps de sommeil suffisant selon ses besoins. L'enfant entre 2 et 6 ans doit avoir entre 10 à 12 heures de sommeil. A cet âge-là, il arrive encore que l'enfant fasse une sieste l'après-midi.
- Besoin de sécurité : celui-ci va se traduire par la présence d'un environnement stable. Cela aura tendance à lui procurer une sécurité affective et physique. Il faut également que l'enfant soit entouré de personnes connues. En effet, la présence d'une personne inconnue, un évènement traumatisant ou une violence indirecte (exemple : un contexte familial complexe) peuvent entraîner un sentiment d'insécurité. Comme vu précédemment, les parents et, plus particulièrement, la maman sont des personnes qui vont protéger l'enfant. Il est donc important qu'elles soient présentes.

Cette notion de besoin est à prendre à compte. En effet, on ne peut pas demander à un enfant de passer au besoin de sécurité si ses besoins physiologiques n'ont pas été satisfaits. Il faut donc veiller au bien-être de l'enfant en respectant son rythme du mieux qu'il soit.

## **1.2 L'environnement**

### **1.2.1 Le service de pédiatrie**

Lorsqu'un enfant est malade, c'est-à-dire qu'il y a une « *altération de l'état de santé se manifestant par un ensemble de signes et de symptômes perceptibles directement ou non, correspondant à des troubles généraux ou localisés, fonctionnels ou lésionnels, dus à des causes internes ou externes et comportant une évolution*<sup>18</sup> ». Dans ce cas, il sera admis dans un service de pédiatrie afin de pouvoir le soigner et prendre soin de lui.

---

<sup>18</sup> CNRTL, Centre nationale de ressources textuelles et lexicales [En ligne] [Consulté le 05 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.cnrtl.fr/definition/parent>

La pédiatrie est une spécialité de la médecine qui est consacrée à l'étude des pathologies et au développement de l'enfant. Nous y accueillons des enfants et des adolescents de la naissance jusqu'à l'âge de dix-huit ans.

Dans ce service, nous pouvons retrouver plusieurs types de personnel :

- Le personnel médical : les médecins ou pédiatres parfois spécialisés dans un domaine (exemple : en diabétologie, en néphrologie, etc...).
- Le personnel paramédical : les puéricultrices, les infirmières, les auxiliaires de puériculture, les kinésithérapeutes, les diététiciennes, ...
- Les autres personnels pouvant intervenir : les psychologues, les assistants sociaux, les associations de type école à l'hôpital ou clowns de l'espoir.

Dans le cadre de ce travail, nous allons nous intéresser à la puéricultrice car selon l'article R4311-13, c'est principalement elle qui, en priorité, va dispenser les soins auprès de l'enfant afin de rétablir un état de santé satisfaisant. Elle effectuera des soins et des protocoles de soins selon les prescriptions du médecin. Elle peut-être en collaboration avec une auxiliaire de puériculture qui pourra l'aider afin de réaliser un soin. Plus rarement, nous pouvons avoir de l'aide de la part d'une puéricultrice, lorsque le soin doit-être réalisé par deux personnes. La puéricultrice délègue alors le soin à sa collègue.

Comme le dit l'enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital, « *un enfant ne vient pas tout seul à l'hôpital. Il est accompagné par ses parents ou par une personne de référence. Soigner un enfant en pédiatrie implique donc obligatoirement être en rapport avec ses parents<sup>19</sup>* ». Les soignants doivent donc associer les parents à l'hospitalisation de leur enfant en leur expliquant les éléments importants et en les associant aux soins. Nous allons étudier la puéricultrice, qui est une des professionnelles les plus à même de s'occuper de l'enfant.

### **1.2.2 La puéricultrice**

Une puéricultrice est avant tout une infirmière diplômée d'Etat qui a suivi une formation spécifique afin de pouvoir s'occuper des enfants. De par sa formation initiale, elle doit-être en capacité de pouvoir assurer les compétences de l'infirmière qui sont décrites dans le décret du 29/07/2004 dans l'article R4311-1 et qui comporte « *l'analyse, l'organisation, la réalisation*

---

<sup>19</sup> Association Sparadrap, Enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital [En ligne] [Consulté le 20 Octobre 2017]. Disponible sur <http://www.sparadrap.org/>

*de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif<sup>20</sup>».*

Selon l'O.N.I.S.E.P, la puéricultrice est donc décrit comme « *une infirmière spécialisée dans les soins médicaux apportés aux bébés et aux enfants. Elle joue également un rôle de prévention, d'éducation et de conseils aux parents<sup>21</sup>* ». Et selon le décret du 29/07/2004 concernant l'exercice de la profession de puéricultrice et plus précisément concernant l'article R4311-13 « *les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme*

- 1) *Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;*
- 2) *Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;*
- 3) *Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;*
- 4) *Soins du nouveau-né en réanimation ;*
- 5) *Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie<sup>22</sup>».*

Nous pouvons donc observer que la puéricultrice est une professionnelle ayant reçue une formation spécifique aux besoins de l'enfant afin de pouvoir adapter sa pratique professionnelle. Cela lui permet également de pouvoir prendre en charge les parents, car comme nous avons étudié précédemment, elle a un rôle d'observation, de surveillance, de prévention, d'accompagnement, d'éducation et de soignante. Etant donné que l'enfant n'est pas toujours en capacité de pouvoir comprendre les informations le concernant, c'est alors ses parents qui prennent le relais, d'où l'importance de les inclure dans la pratique professionnelle. Cette notion d'intégration de la famille, est également appuyé par Catherine Devoldère, pédiatre au CHU d'Amiens, qui souligne que « *soigner un enfant amène*

<sup>20</sup>Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Légifrance. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, Article R. 4311-13 [En ligne] [Consulté le 26 Septembre 2017]. Disponible sur

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id>

<sup>21</sup> ONISEP, Informations nationale et régionale sur les métiers et les formations [En ligne] [Consulté le 6 Septembre 2017]. Disponible sur

<http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/puericulteur-puericultrice>

<sup>22</sup> Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Légifrance. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, Article R. 4311-13 [En ligne] [Consulté le 26 Septembre 2017]. Disponible sur

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id>

*obligatoirement le personnel soignant à réaliser simultanément des gestes techniques en tenant compte de la singularité des parents<sup>23</sup>».*

Comme nous avons vu à travers les besoins et le développement psycho-affectif de l'enfant, il a besoin de sécurité et de protection. Or pour l'enfant, ces deux notions lui sont satisfaites grâce à la présence des parents. René Spitz, psychiatre américain, a d'ailleurs réalisé des travaux sur l'hospitalisme qui ont montré l'importance des parents lors de l'hospitalisation de l'enfant. Certains soins réalisés peuvent être vécus comme douloureux tel que la pose d'un cathéter périphérique ou un bilan sanguin, tandis que d'autres peuvent être tout autant douloureux mais minimisés comme l'ablation d'adhésif. La présence des parents est très importante d'où l'intérêt de ne pas les exclure du soin.

De par ses connaissances théoriques et à travers ses expériences pratiques, la puéricultrice doit s'adapter à l'enfant selon son développement et ses capacités, et selon l'environnement y compris les parents. Elle doit informer l'enfant et ses parents des modalités du soin (explication, déroulement, conséquences) et les guider pour la suite de la prise en charge. L'observation qu'elle va faire tout au long de son intervention va lui permettre d'adapter au mieux cette prise en soin.

Il faut également savoir qu'il existe une association qui se nomme « Sparadrapp », composée de parents et de professionnels de la santé et de la petite enfance. Elle met à disposition des fiches expliquant le déroulement d'un soin pouvant servir de guide aux professionnels afin de trouver des mots simples et adaptés à l'enfant. Mais cela peut également servir aux parents afin qu'il puisse prendre connaissance en amont du soin que l'on va effectuer à leur enfant.

Il est essentiel en tant que soignant, de pouvoir intégrer les parents dans nos pratiques de soins et de les faire participer car comme le dit Agnès Lion, puéricultrice cadre de santé à Abbeville, « *associer les parents aux soins ce n'est pas simplement leur permettre d'être là, dans un coin, stressés et stressants<sup>24</sup>».*

### **1.2.3 Les parents**

Comme vu précédemment à travers la définition de l'enfant, celui-ci est associé à ses parents.

---

<sup>23</sup> Catherine Devoldère, Soignant, parents : une place pour chacun, 19<sup>ème</sup> Journée de la douleur de l'enfant. [En ligne] [Consulté le 21 Octobre 2017]. Disponible sur <http://www.pédiadol.org/>

<sup>24</sup> Catherine Devoldère, Soignant, parents : une place pour chacun, 19<sup>ème</sup> Journée de la douleur de l'enfant. [En ligne] [Consulté le 21 Octobre 2017]. Disponible sur <http://www.pédiadol.org/>

La plupart du temps, cela reste vrai jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de dix-huit ans et qu'il soit légalement responsable.

Un parent peut-être défini comme « *une personne qui est de la même famille*<sup>25</sup> » mais aussi comme « *celui, celle qui appartient à la même famille qu'une autre personne ; l'ensemble des membres de la famille*<sup>26</sup> ». D'autres termes peuvent être utilisés pour qualifier les parents par rapport à l'enfant : le père, la mère, le sang, la filiation. Ces termes montrent à quel point la relation parents et enfants et le lien qui existe entre eux est fort.

En ce qui concerne la place des parents auprès de l'enfant lors du soin et de l'hospitalisation, elle a été controversée durant de nombreuses années. En 2003, une enquête sur la place des parents à l'hôpital a été réalisée par l'association Sparadrap et révélée que :

- 23% des parents ne pouvaient pas rester auprès de leur enfant la nuit
- 18% des parents se voyaient imposer des horaires de visite
- 30% ne pouvaient pas être là lors des gestes simples (bilan sanguin)
- 60% ne pouvaient pas être là lors des gestes douloureux et impressionnants (ponction lombaire).

Pourtant, malgré ce que l'on a pu observer précédemment, la présence des parents est plus que recommandé que ce soit par les professionnels de santé et par les textes officiels.

Plusieurs textes démontrent bien qu'ils doivent être présents. Selon la charte de l'enfant hospitalisé adoptée en 1986 et appliquée en 1999, revendique que « *le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants*<sup>27</sup> ». Elle stipule dans l'article deux qu'« *un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, quel que soit son âge, ou son état*<sup>28</sup> ». Mais également dans l'article trois qu'« *on informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propre au service afin qu'ils participent activement aux soins*<sup>29</sup> ». La circulaire n°83/24 du 1<sup>er</sup> Aout 1983 relative à l'hospitalisation des enfants ajoute également que « *les parents doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers et si, à l'expérience, leur présence ou comportement ne s'avère*

---

<sup>25</sup> Notrefamille.com [En ligne] [Consulté le 3 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.notrefamille.com/dictionnaire/definition/parent/>

<sup>26</sup> CNRTL, Centre nationale de ressources textuelles et lexicales [En ligne] [Consulté le 05 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.cnrtl.fr/definition/parent>

<sup>27</sup> Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, La charte de l'enfant hospitalisé [En ligne] [Consulté le 26 Juin 2017]. Disponible sur [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Promouvoir\\_la\\_bienveillance\\_dans\\_les\\_ets\\_de\\_sante\\_Annexes2.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Promouvoir_la_bienveillance_dans_les_ets_de_sante_Annexes2.pdf)

<sup>28</sup> Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, La charte de l'enfant hospitalisé [En ligne] [Consulté le 26 Juin 2017]. Disponible sur [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Promouvoir\\_la\\_bienveillance\\_dans\\_les\\_ets\\_de\\_sante\\_Annexes2.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Promouvoir_la_bienveillance_dans_les_ets_de_sante_Annexes2.pdf)

<sup>29</sup> Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, La charte de l'enfant hospitalisé [En ligne] [Consulté le 26 Juin 2017]. Disponible sur [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Promouvoir\\_la\\_bienveillance\\_dans\\_les\\_ets\\_de\\_sante\\_Annexes2.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Promouvoir_la_bienveillance_dans_les_ets_de_sante_Annexes2.pdf)

*pas gênants. [...] La durée d'hospitalisation peut ainsi s'en trouver réduite<sup>30</sup> ». On peut également noter que selon cette même circulaire « l'admission conjointe mère ou père/enfant est à développer<sup>31</sup> ». Nous pouvons en déduire que comme nous l'avions vu précédemment l'admission de l'enfant doit inclure celle des parents. Ils ont le droit de pouvoir accompagner leur enfant afin de rester à ses côtés pendant toute la durée de l'hospitalisation quel que soit la durée et le contexte.*

Non seulement autorisé à accompagner leur enfant lors de l'hospitalisation, les parents peuvent tout aussi prétendre à accompagner leur enfant lorsque celui-ci doit subir un soin, qu'il soit douloureux ou non. En effet, selon le carnet de douleur pédiatrique destiné à être distribué aux parents, et publié par le ministère de l'emploi et de la solidarité, il nous informe que la « présence à côté de lui et en particulier lors des soins douloureux est un soutien pour votre enfant surtout lorsqu'il est petit. Vous pouvez le rassurer, le distraire, l'encourager et le consoler<sup>32</sup> ».

D'autres auteurs ont également mis en avant cette notion d'accompagner l'enfant lors du soin douloureux. Selon Isabelle Amyot, Anne-Claude Bernard-Benin, tous deux pédiatres, et Isabelle Papineau, travailleuse sociale, l'enfant qui est hospitalisé se retrouve dans une situation compliquée, au milieu d'un environnement étranger et dépourvu de ses repères habituels. Il a besoin d'aide de la part des personnes les plus importantes pour lui en cette période. Or dans notre partie concernant le développement de l'enfant, nous avons pu mettre en avant qu'à cet âge-là, ce sont les parents qui peuvent lui apporter sécurité. Elles ajoutent que les parents sont là pour lui parler et le rassurer mais aussi pour lui apporter confiance, sécurité et affectivité.

Cependant dans la pratique, tous les parents ne sont pas admis à accompagner leur enfant lors des soins douloureux, cela peut s'expliquer par deux phénomènes distincts :

- Le refus du soignant : parfois, certains soignants ont tendance à refuser la présence des parents en expliquant qu'ils ne sont pas formés pour cela, qu'il y a une difficulté supplémentaire sous leur regard, qu'ils ont peur d'être jugés, stressés et donc de faire une erreur. Ou, que les pleurs de l'enfant aggravent la situation. Mais dans ce cas-ci, l'absence des parents lors des soins douloureux peut être mal vécue. D'une part, pour

---

<sup>30</sup> Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, Circulaire N° 83-24 DU 1er AOUT 1983 [En ligne] [Consulté le 03 Septembre 2017]. Disponible sur <https://www.sparadrap.org/content/download/884/9294/version/4/file/Circulaire83.pdf>

<sup>31</sup> Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, Circulaire N° 83-24 DU 1er AOUT 1983 [En ligne] [Consulté le 05 Septembre 2017]. Disponible sur <https://www.sparadrap.org/content/download/884/9294/version/4/file/Circulaire83.pdf>

<sup>32</sup> Catherine Devoldère, Soignant, parents : une place pour chacun, 19<sup>ème</sup> Journée de la douleur de l'enfant. [En ligne] [Consulté le 21 Octobre 2017]. Disponible sur <http://www.pédiadol.org/>

l'enfant qui peut croire que ses parents ne veulent pas l'accompagner ou pire encore il peut croire qu'ils l'abandonnent alors que c'est le moment où il a besoin de leur présence. Cela permet également de ne pas leur ajouter un stress supplémentaire à celui du soin. Ou d'autre part, pour les parents, car comme le dit Stanislas Tomkiewicz, pédiatre et pédopsychiatre, « *si elle était derrière la porte, elle aurait imaginé une souffrance beaucoup plus grande*<sup>33</sup> ». En effet, rester éloignés de leur enfant, ne pas le voir, mais l'entendre pleurer est quelque chose qui peut-être frustrant. A l'extérieur, les parents ne peuvent pas faire la différence entre la peur, ou la douleur et peuvent ensuite éprouver de la culpabilité. Ils peuvent aussi se sentir en colère vis-à-vis de l'équipe soignante et ensuite perdre confiance en elle. D'où l'importance de les inclure dans les soins, que ce soit pour le bien-être de l'enfant ou pour la bonne poursuite de la prise en charge de l'enfant.

- Le refus du ou des parent(s). Parfois, lorsqu'un parent ou les deux parents ne souhaitent pas rester auprès de leur enfant lors du soin douloureux, il est nécessaire de les questionner sur le pourquoi. Le refus peut être de nature et de cause variables. Certains peuvent avoir entendus des propos négatifs ou se souvenir d'expériences passées désagréables. Dans ce cas, il est important d'expliquer aux parents que malgré une mauvaise expérience, il est possible de s'adapter afin de ne pas reproduire de mauvais souvenir. Dans le cas, où les parents ne voudraient pas être là lors de la réalisation du soin il est important d'expliquer à l'enfant que ses parents ne l'abandonnent pas et qu'il va les retrouver juste après.

Selon le témoignage de Régine Piolat, infirmière, nous pouvons nous apercevoir qu'il arrive encore que des soignants refusent aux parents l'accès à la salle de soin. Pourtant le parent est une personne ressource pour le professionnel. Il peut servir d'intermédiaire car, parfois il se peut, que comme l'enfant est dans un environnement qu'il ne connaît pas, il ne veut pas s'exprimer directement auprès du professionnel. Dans ce cas, afin de nous exprimer ce qu'il ressent ou ce qu'il souhaite, l'enfant peut utiliser le parent comme interlocuteur.

Selon une étude menée au sein d'un service pédiatrique à l'hôpital d'Amiens, la présence des parents diminue l'anxiété des parents mais aussi celle des enfants. Il est intéressant de noter qu'un film a été réalisé par l'association Sparadrapp afin de sensibiliser les professionnels

---

<sup>33</sup> France, Dossier de presse, Soins douloureux en pédiatrie [En ligne] [Consulté le 06 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.sparadrapp.org/>

sur les soins douloureux avec la présence des parents. La place des parents n'est pas définie préalablement, il convient au soignant de les encadrer et de les conseiller. Mais cela est un bénéfice pour les enfants, les parents et le soignant. Le professionnel doit donc effectuer sa prise en soin de manière globale, en y incluant les parents du mieux qu'ils soient.

A ce jour, aucune autre enquête n'a été réalisée sur la place des parents lors de l'hospitalisation de leur enfant. Cependant, nous pouvons supposer que les chiffres seraient meilleurs aujourd'hui, étant donnée les différentes évolutions et moyens mise en œuvre pour pallier à ce problème.

### **1.3 La douleur**

#### **1.3.1 Définition**

Selon l'IASP et l'OMS, « *la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes*<sup>34</sup> ». La douleur ressentie est variable et dépend de la personne qui la ressent. Chacun peut la percevoir et l'exprimer différemment. Elle peut être ressentie de différentes manières, soit de façon physique ou de façon psychologique.

Lorsque cette douleur s'associe au soin et que celui-ci devient pénible et/ou anxieux, il est considéré comme un soin douloureux. L'aspect douloureux peut être défini de différentes façons :

- « *qui fait souffrir, qui fait mal*<sup>35</sup> »
- « *qui blesse, qui fait ressentir une peine*<sup>36</sup> »
- « *qui cause une douleur physique*<sup>37</sup> »
- « *qui exprime la douleur physique ou morale*<sup>38</sup> »

Dans ce contexte du soin qui entraîne la douleur, il est important de mettre en lien les besoins, que nous avons vu précédemment au cours de nos recherches, et les éléments nécessaires pour le bon développement de l'enfant. Par exemple, l'enfant a besoin de sécurité,

---

<sup>34</sup>INSERM, La douleur [En ligne] [Consulté le 04 Octobre 2017]. Disponible sur <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur>

<sup>35</sup> CNRTL, Centre nationale de ressources textuelles et lexicales [En ligne] [Consulté le 05 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.cnrtl.fr/>

<sup>36</sup> CNRTL, Centre nationale de ressources textuelles et lexicales [En ligne] [Consulté le 05 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.cnrtl.fr/>

<sup>37</sup> Larousse, Dictionnaire de Français [En ligne] [Consulté le 14 Juillet 2017]. Disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

<sup>38</sup> Larousse, Dictionnaire de Français [En ligne] [Consulté le 14 Juillet 2017]. Disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

et celui-ci peut lui être apportée par la figure maternelle et/ou paternelle. En l'absence de ceux-ci, l'enfant peut ressentir une douleur émotionnelle qui peut s'associer à une douleur physique ressentie lors de la réalisation du soin en lui-même. D'où l'importance de la présence des parents lors des soins douloureux qui peuvent limiter une partie de cette douleur.

### **1.3.2 Législation**

La douleur est un attribut que le soignant rencontre fréquemment dans le cadre de son exercice professionnel de par le contexte particulier dans lequel il exerce.

Le code de la Santé Publique et plus précisément l'article L110-5 stipule que « *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur. Celle-ci doit-être en toute circonstance prévenue, prise en compte et traitée*<sup>39</sup> ». Et, en effet, le cadre législatif autorise le personnel paramédical, qui englobe donc les infirmiers et les puéricultrices, à soulager cette douleur.

Dans le décret n°2004-11-28-802 datant du 29 juillet 2004, l'article R4311-8 du code de la Santé nous dit que « *l'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers*<sup>40</sup> ».

La douleur est une notion très importante dans le soin. Il faut-être capable de pouvoir la soulager. Et pour cela il est nécessaire de pouvoir l'identifier dans un premier temps et de l'évaluer dans un second temps.

### **1.3.3 L'évaluation**

Selon Margot Phaneuf, « *si reconnaître la douleur est la première étape de sa prise en charge, l'évaluer est sans aucun doute la meilleure façon d'adapter les moyens mis en œuvre pour la soulager ou la prévenir*<sup>41</sup> ». Il est essentiel de pouvoir évaluer le degré de cette douleur tout en prenant en compte les éléments qui peuvent perturber sa mesure, par exemple l'anxiété ou l'absence de parents. Pour mesurer le degré de cette douleur, les professionnels ont à

---

<sup>39</sup>Pédiadol, La douleur de l'enfant [En ligne] [Consulté le 15 Octobre 2017]. Disponible sur [https://www.pediadol.org/IMG/pdf/LIVRET\\_INF.pdf](https://www.pediadol.org/IMG/pdf/LIVRET_INF.pdf)

<sup>40</sup>Pédiadol, La douleur de l'enfant [En ligne] [Consulté le 15 Octobre 2017]. Disponible sur [https://www.pediadol.org/IMG/pdf/LIVRET\\_INF.pdf](https://www.pediadol.org/IMG/pdf/LIVRET_INF.pdf)

<sup>41</sup>Phaneuf Margot, Le soin de l'enfant et le jeu. Prendre soin. [Consulté le 05 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.prendresoin.org/>

dispositions de multiples échelles qui vont être adaptées selon l'âge, le niveau de développement et l'état de santé de l'enfant.

Dans le cadre de nos recherches et de ce projet, nous allons nous limiter aux échelles pouvant toucher la population que nous étudions c'est-à-dire les enfants âgés de 3 à 6 ans. Selon l'enseignement de Justine Goret, intervenante au sein de la formation de puéricultrice à IFSanté, nous avons vu qu'il était possible de réaliser une classification des échelles. Nous retrouvons les échelles d'autoévaluation qui permettent à l'enfant de déterminer par lui-même la douleur qu'il éprouve, et qui peut être utilisé à partir de l'âge de quatre ans. Contrairement aux échelles d'hétéro-évaluation où c'est le soignant qui détermine le degré de la douleur, et qui sont utilisé pour les enfants de moins de quatre ans, pour ceux qui sont en incapacité de s'exprimer ou en situation de handicap.

Nous allons rapidement aborder les différentes échelles d'auto-évaluation que le professionnel pourrait proposer à l'enfant en vue d'évaluer sa douleur :

- EVS (Echelle Verbale Simple) : c'est une échelle d'auto-évaluation qui permet d'évaluer la douleur selon différents paliers. Elle est utilisable à partir de l'âge de quatre ans. L'enfant va verbaliser sa douleur par un peu, moyen, beaucoup ou très fort.
- le dessin du bonhomme : cette échelle, utilisable à partir de quatre ans, consiste à demander à l'enfant de choisir quatre couleurs pour les différentes intensités. Ensuite sur la feuille où est représenté un bonhomme, l'enfant doit colorier les endroits où il a mal avec la couleur de l'intensité. Il est important de rester auprès de l'enfant pendant qu'il remplit l'échelle car il va d'abord colorier l'endroit le plus douloureux puis par amusement il finira par tout colorier. (Cf annexe 1)
- les jetons : cette échelle qui a été créée par une infirmière, a une consigne simple et claire pour demander à l'enfant le niveau de sa douleur : « *imagine que chaque jeton est un morceau de douleur, prends autant de jetons que tu as mal*<sup>42</sup> ». C'est une échelle simple et rapide. Il n'existe donc cependant pas de zéro. Elle est utilisable à partir de quatre ans.
- l'échelle des visages : cette échelle se présente sous la forme de visage. Elle est utilisable à partir de quatre ans. Nous avons une échelle de zéro à dix points, et les scores sont de deux, quatre, six huit ou dix points. Chaque point est représenté par un

---

<sup>42</sup>Pédiadol, La douleur de l'enfant [En ligne] [Consulté le 01 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.pediadol.org/>

visage qui a un peu plus mal à chaque fois. Il suffit de demander à l'enfant comment il a mal, en lui expliquant que le zéro correspond à pas mal du tout et le dix à très très mal. (Cf annexe 2)

Et celle que le professionnel pourrait utiliser afin d'évaluer lui-même la douleur de l'enfant :

- CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale) : c'est une échelle qui peut être utilisée pour évaluer la douleur post-opératoire et la douleur provoquée par les soins. Elle est utilisée à partir d'un an et ce jusque sept ans. Elle comprend six critères : les pleurs, le visage, les plaintes verbales, le corps, les mains et les jambes. Chaque item est noté de zéro à deux points sauf un item qui est noté sur trois points. Un enfant calme et non douloureux se situera à quatre sur treize points. Lorsque le résultat est de huit points, il faut introduire un antalgique. (Cf annexe 3)
- EVENDOL : cette échelle peut être utilisée de la naissance jusqu'à sept ans, et pour tout type de douleur. Elle comprend cinq items : l'expression, les mimiques, les mouvements, la position, et la relation. Chaque item peut être noté de zéro à trois points. Le score s'établit de zéro à quinze points. Le seuil qui autorise la mise en place d'un antalgique est de quatre sur quinze points. (Cf annexe 4)

La connaissance du développement de l'enfant et de ses différentes échelles vont permettre aux professionnels de pouvoir choisir celle qui est la plus adaptée aux capacités de l'enfant. Une fois le niveau de douleur repérée, la puéricultrice pourra mettre en place les moyens appropriés pour diminuer la douleur provoquée.

#### **1.3.4 Le traitement**

Une fois que le professionnel a identifié et évalué la douleur de l'enfant, il est nécessaire de mettre en place différents attributs pour permettre de pallier contre celle-ci. Selon Pédiadol et l'enseignement d'Alicia Louvet et Cécile De Clercq, intervenantes dans le cadre de la formation puéricultrice, nous pouvons voir qu'il existe différents moyens qui permettent de soulager la douleur ressentie. Ces différents moyens peuvent être classés en deux grandes catégories, nous retrouvons les moyens médicamenteux et ceux qui ne le sont pas.

| <u>Les moyens médicamenteux</u>   | <u>Les moyens non médicamenteux</u>   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>La crème anesthésique</u> : c'est une crème qui contient deux anesthésiques qui sont la prilocaïne et la lidocaïne. Elle a pour effet d'insensibiliser localement la zone cutanée sur laquelle elle a été appliquée auparavant. L'application d'une heure permet d'anesthésier trois millimètres de tissu cutané tandis que deux heures permettent d'anesthésier cinq millimètres. Nous avons par exemple de l'EMLA®</li> <li>• <u>Le M.E.O.P.A®</u> : c'est un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote qui permet d'entraîner une analgésie de surface et qui modifie la perception sensorielle. Il doit être administré sur prescription médicale et par une personne ayant suivi une formation au préalable.</li> <li>• <u>La médication</u> : Différents antalgiques existent pour atténuer voire faire disparaître la douleur. Il en existe trois niveaux qui correspondent aux différentes intensités. Les antalgiques de niveau un correspondent au paracétamol et aux ibuprofènes. Les antalgiques de niveau deux sont le tramadol, la codéine ou la nalbuphine. L'antalgique de niveau trois correspond à la morphine.</li> </ul> <p>Les doses de ces différentes médications sont bien-sûr à adapter à chaque enfant.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Les moyens thermiques</u> : cela se traduit par la thermothérapie qui consiste à appliquer du chaud pour favoriser la détente musculaire. A l'inverse la cryothérapie consiste à appliquer du froid pour diminuer la douleur sur la zone.</li> </ul> <p>Ces dispositifs doivent être appliqués de façon indirecte sur la peau de l'enfant.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Le massage</u> : il peut apporter un soulagement de la douleur ressentie mais également détendre l'enfant.</li> <li>• <u>La neurostimulation transcutanée</u> : elle permet d'envoyer des stimulations à travers des électrodes qui sont placées sur la peau et qui vont stimuler celle-ci.</li> <li>• <u>La distraction</u> : cela doit être adapté selon l'âge et le développement de l'enfant, mais aussi selon ses capacités du moment. Elles peuvent se faire à travers plusieurs moyens : raconter une histoire, chanter, jouets aux marionnettes, etc. Il en existe une multitude.</li> <li>• <u>La relaxation</u> : cela doit être pratiqué par un professionnel formé, et permet à l'enfant de se détendre et de diminuer l'anxiété, le stress et donc la douleur.</li> <li>• <u>L'hypnose</u> : cela doit également être pratiqué par un professionnel formé, et permet à l'enfant ne plus penser à la douleur mais à ce dont on lui parle.</li> </ul> |

Dans le cadre de ce travail, ils nous paraissent intéressant d'aborder rapidement les différents moyens pour pallier contre la douleur que l'enfant peut rencontrer. En effet lors de la réalisation du soin douloureux, la puéricultrice qui intègre les parents à sa prise en charge peut les faire participer, comme nous avons vu précédemment dans le point concernant les parents, pour réaliser un massage, mais également pour les distraire. Malgré leur participation, il est possible pour les puéricultrices d'associer différentes méthodes afin de pouvoir prendre en soin la douleur du mieux qu'il soit et donc réaliser le soin dans les meilleures conditions possibles afin de ne pas entraîner un souvenir qui pourrait être traumatique.

### **1.3.5 La mémoire de la douleur**

Le soin douloureux est vécu par l'enfant comme un évènement traumatisant et difficile dont il se souviendra. Il faut tout de même savoir que la douleur peut entraîner des conséquences à long terme. Selon Pédiadol« *l'enfant, dont les facultés cognitives se développent progressivement, et dont les émotions sont très envahissantes, est particulièrement concerné par ce retentissement, dont il ne peut se défendre au cours des premières années*<sup>43</sup> ».

Le souvenir d'un évènement douloureux ou pénible sera différent d'un enfant à un autre. Cela est variable selon différents attributs tels que l'âge, le caractère, l'anxiété, la réponse à la douleur mais aussi selon les expériences antérieures. Les souvenirs sont conservés et stockés grâce à la mémoire qui est définie comme une « *faculté comparable à un champ mental dans lequel les souvenirs, proches ou lointains, sont enregistrés, conservés et restitués*<sup>44</sup> ».

La mémoire et les systèmes de perception de la douleur se développent durant le premier et le deuxième trimestre de la grossesse. L'enfant est donc pourvu très tôt pour percevoir cette douleur. Il existe deux types de mémoire :

- La mémoire implicite : qui elle, est inconsciente. Elle est acquise très tôt dans les premiers jours de vie. C'est une mémoire à long terme qui nous permet d'effectuer des actes sans même y penser ou pouvoir se rappeler comment nous l'avons appris. Elle n'est pas évidente à verbaliser.

---

<sup>43</sup>Pédiadol, La douleur de l'enfant [En ligne] [Consulté le 01 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.pediadol.org/>

<sup>44</sup> CNRTL, Centre nationale de ressources textuelles et lexicales [En ligne] [Consulté le 09 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.cnrtl.fr/>

- La mémoire explicite : qui elle, est consciente. Elle comprend la mémoire des évènements et des connaissances qui forment la mémoire autobiographique. Elle se met en place vers l'âge de trois à cinq ans. L'enfant va être capable de se souvenir et de raconter la douleur ressentie (siège, intensité, localisation, contexte).

Dans le cadre de ce projet nous avons décidé de nous consacrer sur des enfants âgées de trois à six ans. Il est important de noter que si le soin reçu par l'enfant est douloureux. Celui-ci sera capable de pouvoir se rappeler de cette douloureuse expérience, et pourra par la suite avoir une appréhension. De même que, si c'est un enfant ayant déjà reçu un soin, il sera d'autant plus angoissé si le précédent ne s'est pas déroulé correctement. D'où l'importance de la prise en soin de la douleur.

Les mémoires implicite et explicite aura un effet sur l'anticipation que l'enfant pourra avoir pour le prochain soin, et donc sur l'expérience douloureuse qui pourrait l'attendre. Des conséquences à long terme peuvent ainsi survenir, par exemple en induisant dans le futur, une appréhension des soins. Il est prouvé que l'appréhension des soins et l'hospitalisation sont plus difficile à vivre lorsqu'un membre de la fratrie déjà été hospitalisé. Par exemple, si son frère ou sa sœur ont déjà été hospitalisés et que celui-ci ou celle-ci a raconté son expérience, l'enfant va pouvoir, de par ses capacités, anticiper ce qui peut lui arriver. De par la mémorisation de la douleur et les conséquences qu'elles entraînent, il est primordial de pouvoir la prévenir et de la prendre en soin en la traitant. Quel que soit le passé de l'enfant, qu'il ait déjà vécu ou non une expérience douloureuse, il est nécessaire d'évaluer la situation en questionnant l'enfant mais également ses parents afin qu'ils puissent bénéficier d'une prise en soin optimale. Nous retrouvons ici l'importance de la présence des parents en ce qui concerne le partage d'informations. Parler avec l'enfant du geste réalisé et des points positifs peuvent aider à diminuer la peur qu'il ressent mais aussi la douleur pour le prochain soin et ainsi éviter un cercle vicieux de soins - peur - douleur.

## **1.4 Le soin**

### **1.4.1 Définition et représentation**

Un soin est défini dans le langage populaire comme un « *acte par lequel on veille au bien-être de quelqu'un : entourer ses hôtes de soins attentifs*<sup>45</sup> » mais aussi comme des « *actes de*

---

<sup>45</sup> Larousse, Dictionnaire de Français [En ligne] [Consulté le 14 Juillet 2017]. Disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

*thérapeutiques qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps : les premiers soins à un blessé<sup>46</sup>». Le terme de soin désigne aussi bien « le soucis, la sollicitude ou l'attention à l'autre, que la démarche qui vise à répondre aux besoins des autres, à les soulager, à les aider à guérir. Il s'agit alors d'une attention pour l'autre<sup>47</sup>».*

Comme nous avons vu précédemment, la puéricultrice a pour compétence la prévention et la prise en soin. Afin de mettre en lien ces définitions et notre thème, nous allons l'illustrer. Par exemple, la puéricultrice peut être amené à devoir réaliser un soin technique comme la réalisation d'un bilan sanguin afin de dépister toute anomalie susceptible d'impacter la santé de l'enfant. Son but pour réaliser ce soin est d'aider l'enfant à guérir, cependant pour cela elle peut entraîner de la douleur, qu'elle va pouvoir soulager grâce aux différents moyens vu précédemment. Nous pouvons observer que les soins dispensés par la puéricultrice correspondent bien à la définition de Bénédicte Lombart. Le soin concerne autant la personne qui le dispense, ici la puéricultrice, que la personne qui le reçoit, ici l'enfant.

La notion de soin dans le langage courant a été traduite par le « care » qui a été présenté dans une étude publiée aux États-Unis en 1982 par Carol Gilligan. Nous pouvons traduire la définition du soin que nous avons vu précédemment à travers deux termes :

- to cure : qui correspond au fait de prendre soin de quelqu'un en lui prodiguant des soins spécifiques → soins techniques.
- to care : qui va correspondre au fait de prendre soin de quelqu'un, d'être attentif et de veiller à son bien-être → soins relationnels.

Grâce à la définition du soin de Bénédicte Lombart et de Carol Gilligan, le soin peut-être de nature technique ou relationnel, comme le dit le cure et le care. Malheureusement dans les pratiques professionnelles, les soignants auraient tendances à voir le soin douloureux comme un soin technique et non relationnel. Ils ont tendance à favoriser le cure et à en oublier ou négliger le care. Pourtant, cela est tout aussi important.

---

<sup>46</sup> Larousse, Dictionnaire de Français [En ligne] [Consulté le 14 Juillet 2017]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

<sup>47</sup> Lombart Bénédicte, Les soins en pédiatrie. Paris : SeliArslan, 2016. 216 Pages. ISBN : 978-2-84276-223-0

Selon Joan Tronto, professeur de sciences politiques, le care peut se définir à travers quatre phases :

- le caring about : il s'agit de « *constater l'existence d'un besoin, de reconnaître la nécessité d'y répondre, et d'évaluer la possibilité d'y apporter une réponse*<sup>48</sup> ».
- le taking care off : il s'agit d'« *assumer une responsabilité par rapport à ce qui a été constaté, c'est-à-dire agir en vue de répondre au besoin identifié*<sup>49</sup> ».
- le care giving : « *désigne la rencontre directe d'autrui à travers son besoin*<sup>50</sup> ».
- le care receiving : « *pour le donneur de soins, il s'agit de reconnaître la manière dont celui qui le reçoit réagit au soin*<sup>51</sup> ».

Pour pouvoir effectuer un soin de qualité, il faut avant tout se soucier de la situation. Ensuite, il faut reconnaître les signes d'un besoin pour pouvoir en prendre conscience et évaluer la réponse à apporter. Il faut alors le prendre en soin, c'est-à-dire qu'après avoir identifié les actions à mener, il faut être en capacité de les effectuer et d'établir un contact avec la personne soignée. Enfin, il est nécessaire que le soignant soit en capacité de pouvoir observer et analyser la réaction de la personne qui reçoit le soin. Lorsque nous effectuons un soin à l'enfant, il ne se limite pas à l'acte technique. Il faut se soucier de lui, établir un contact avec lui et lui assurer une réponse spécifique à ses besoins. Ces éléments permettent à l'enfant de pouvoir se développer, s'épanouir et grandir.

Selon Bénédicte Lombart, les soins qui entrent dans un contexte médical vont apparaître lorsqu'une maladie fait son apparition et « *les parents sont contraints de confier leur enfant aux bons soins des professionnels médicaux et paramédicaux*<sup>52</sup> ». A l'hôpital, une coopération va se mettre en place entre les parents qui continuent de faire les soins habituels à leur enfant en répondant à leur besoin, et entre les professionnels de santé qui vont gérer les soins médicaux, c'est-à-dire ceux que les parents ne peuvent pas réaliser. La dimension du soin est souvent associée au contexte médical, cependant avec les notions que nous avons vues précédemment, les soins se font avant tout dans un contexte familial. Lorsque les parents, père et/ou mère, répondent aux besoins de leur enfant. Il est primordial d'instaurer une relation de

---

<sup>48</sup>Zielinski Agata, L'éthique du care. Publié en Décembre 2012. Tome 413, Page 631-641. [En ligne] [Consulté le 03 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.cairn.info/revue-etudes-2010-12-pages-631.htm>

<sup>49</sup>Zielinski Agata, L'éthique du care. Publié en Décembre 2012. Tome 413, Page 631-641. [En ligne] [Consulté le 03 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.cairn.info/revue-etudes-2010-12-pages-631.htm>

<sup>50</sup>Zielinski Agata, L'éthique du care. Publié en Décembre 2012. Tome 413, Page 631-641. [En ligne] [Consulté le 03 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.cairn.info/revue-etudes-2010-12-pages-631.htm>

<sup>51</sup>Zielinski Agata, L'éthique du care. Publié en Décembre 2012. Tome 413, Page 631-641. [En ligne] [Consulté le 03 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.cairn.info/revue-etudes-2010-12-pages-631.htm>

<sup>52</sup>Lombart Bénédicte, Les soins en pédiatrie. Paris : SeliArslan, 2016. 216 Pages. ISBN : 978-2-84276-223-0

confiance, de coopération entre les parents et les soignants, car les parents vont nous déléguer les soins

Dans le cadre des soins, l'enfant a été habitué à un contexte familial réduit et se retrouve soudainement dans un contexte médicalisé avec un certain nombre de personnes inconnues qui vont le regarder et s'occuper de lui. Le soin qui était si simple et si agréable jusqu'à présent peut facilement ainsi devenir un moment difficile. En effet l'enfant est capable d'anticiper le danger, l'anxiété et la peur. Cela entraîne une complexité pour la collaboration avec l'équipe soignante, cependant les parents présents peuvent faciliter le soin mais aussi l'acceptation de celui-ci.

#### **1.4.2 L'acceptation du soin douloureux**

L'acceptation peut-être défini comme une « *action d'accepter, de recevoir, d'agréer quelque chose* »<sup>53</sup>, mais peut-être aussi vue comme un « *consentement, accord : donner son acceptation à un projet*<sup>54</sup> ». L'acceptation est une notion qui consiste à être en accord pour réaliser quelque chose où dans notre cas ici, accepter la réalisation d'un soin qui peut être douloureux.

Selon Marie Claude Haumont, psychologue, « *l'acceptation pleine et entière [...] doit être recherchée tant d'un point de vue physique, émotionnel, mental que spirituel*<sup>55</sup> ». Il ne suffit pas que l'enfant soit d'accord pour réaliser le soin, et qu'au moment où le soin se présente, il commence à pleurer et qu'il faille le contentionner afin de réaliser celui-ci. Dans cette situation, la partie mentale accepte le soin, ce qui n'est pas le cas de la partie physique et émotionnelle. Il est nécessaire d'observer l'enfant afin de pouvoir voir la complète acceptation du soin et dans le cas contraire de pouvoir évaluer pourquoi cela ne l'est pas. Quelques facteurs tels que la douleur, l'absence des parents, la compréhension, et d'autres peuvent influencer sur l'acceptation du soin douloureux. Si les parents ne sont pas d'accord et n'acceptent pas le soin, ils ne peuvent pas être dans de bonnes conditions afin d'accompagner leur enfant dans l'acceptation de celui-ci. L'acceptation du soin est primordiale pour l'enfant mais aussi pour les parents et les soignants.

---

<sup>53</sup>Larousse, Dictionnaire de Français [En ligne] [Consulté le 14 Juillet 2017]. Disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

<sup>54</sup>Larousse, Dictionnaire de Français [En ligne] [Consulté le 14 Juillet 2017]. Disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

<sup>55</sup>Marie-Claude Haumont, Le chemin de l'acceptation. Edition les 2 encres, 2005. 69 pages. ISBN : 978-2912975881

Dans le cadre de l'association Sparadrap et de nos recherches, cela nous a permis de pouvoir mettre en avant les éléments qui peuvent-être utilisés afin de faire accepter le soin à l'enfant du mieux qu'il soit.

- **Le jeu** : « *tout est amusant pour lui, il est facile de trouver un moyen de rendre ludique les explications et les démonstrations préalables au soin*<sup>56</sup> ». Il est important de lui expliquer auparavant ce qu'il va se passer. Grâce à la fonction symbolique que l'enfant a développée, nous allons pouvoir nous en servir pour lui expliquer le déroulement du soin. Freud dit que l'enfant joue toujours. Il peut être intéressant d'utiliser la marionnette afin de faire voir à l'enfant le déroulement du soin.
- **La communication** : il est important que l'enfant puisse exprimer ses sentiments et ses ressentis. Mais nous devons également lui faire comprendre que nous avons repéré ses craintes, que nous le comprenons et que nous allons les prendre en compte et nous adapter à lui. La communication doit, bien entendue, être adaptée à l'âge de l'enfant et à son développement. Notons également qu'elle est toute aussi importante vis-à-vis des parents afin de pouvoir développer une relation sereine dans le but de pouvoir les avoir comme partenaire.
- **L'accompagnement des parents** : comme nous avons vu tout au long de ce travail, les parents sont des personnes ressources très importantes. Il faut intégrer au moins un des deux parents lors du soin afin que l'enfant puisse être en confiance et rassuré. Ils peuvent également être utile pour pallier contre la douleur ressentie par l'enfant.
- **La distraction** : elle permet de détourner l'attention de l'enfant sur un élément autre que celle de la réalisation du soin douloureux. Comme étudié dans le traitement de la douleur et comme moyens non médicamenteux, la distraction peut être toutes les moyens ludiques utilisés pour détourner l'attention de l'enfant. Un témoignage de professionnel de l'association Sparadrap nous dit « *je ne peux pas à la fois faire le geste technique et distraire l'enfant*<sup>57</sup> ». C'est pour cela que l'association Sparadrap indique qu'« *il n'est pas toujours possible de faire les deux en même temps. C'est pourquoi, il est préférable qu'elle soit réalisée par une tierce personne : soit un autre soignant, soit un parent*<sup>58</sup> ». La distraction peut autant être réalisée par les soignants que par les parents. Etant donné que nous avons vu qu'il était important de les inclure,

---

<sup>56</sup> XYPAS Constantin, Les stades de développement affectif selon Piaget. Paris : L'harmattan, 2001. 169 pages. ISBN : 2-7475-0648-7

<sup>57</sup> Sparadrap, Distraire les enfants lors des soins [En ligne] [Consulté le 20 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.sparadrap.org/>

<sup>58</sup> Sparadrap, Distraire les enfants lors des soins [En ligne] [Consulté le 20 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.sparadrap.org/>

ils peuvent donc distraire l'enfant afin que le soignant puisse se concentrer à une autre tâche que seul lui-même peut effectuer.

## **Du cadre de référence à la problématique**

Tout au long de nos recherches dans le cadre de ce travail, nous avons été amené à étudier le développement de l'enfant et ses besoins. Mais nous avons également développé l'environnement, que nous avons ciblé, c'est-à-dire le service de pédiatrie, ainsi que la puéricultrice et les personnes importantes pour l'enfant à cet âge-là, c'est-à-dire principalement les parents. Ensuite nous avons abordé la douleur avec ses différentes composantes et la notion d'acceptation du soin.

Ce cadre de référence nous a permis de mettre en avant l'importance de la prise en soin de l'enfant lors du soin douloureux. Celle-ci est primordiale et passe avant tout par les connaissances de la puéricultrice et de son observation mais également par l'intégration des parents lors de la réalisation du soin douloureux.

Cela nous a permis de pouvoir élaborer notre problématique qui est :

***Comment la puéricultrice peut-elle favoriser l'acceptation d'un soin douloureux par l'enfant de 3 à 6 ans en service de pédiatrie ?***

Elle a également permis l'élaboration de nos hypothèses qui sont :

- ***La puéricultrice intègre les parents lors du soin douloureux***
- ***La puéricultrice fait participer les parents lors du soin douloureux afin de favoriser l'acceptation de celui-ci par l'enfant.***

Afin de recueillir les informations nécessaires, pour pouvoir confirmer ou infirmer ces hypothèses, nous allons réaliser une enquête de terrain, auprès de puéricultrices travaillant en service de pédiatrie.

**L'ENQUETE ET L'ANALYSE**

## **2. L'enquête et l'analyse**

Dans cette partie, nous aborderons en premier lieu, la méthodologie de l'enquête avec les différents choix de l'outil, du terrain et de la population. Dans un second temps, nous analyserons ces données avant de les comparer au cadre de référence que nous avons étudiée auparavant.

### **2.1 Méthodologie du recueil de données**

#### **2.1.1 Choix de l'outil**

Au vue de notre problématique et de nos hypothèses, nous avons hésité entre des questionnaires et des entretiens. En effet le questionnaire nous permettrait de toucher plus de personnes à travers une étude dite quantitative. Mais après réflexion, celui-ci ne permettrait pas de pouvoir répondre simplement aux questions. Nous avons donc décidé de nous orienter vers des entretiens qui correspondent à une étude qualitative, à contrario des questionnaires. Cela permet à l'inverse du questionnaire de laisser une certaine liberté à l'interlocuteur en ce qui concerne les réponses. C'est également plus facile pour la personne car elle ne doit pas réfléchir pour la rédaction de ses réponses. L'entretien est un moment d'échange qui permet aussi de relancer si besoin.

Nous avons décidé d'effectuer des entretiens semi-directif, tout en utilisant une grille d'entretien (Cf. annexe 5) afin de ne pas dévier du sujet, mais également afin d'avoir un entretien cohérent et structuré.

Nous avons réalisé la grille d'entretien, puis nous l'avons réajustée à plusieurs reprises afin qu'elle puisse nous permettre de répondre aux hypothèses. Elle a ensuite été validée par l'équipe pédagogique. Puis nous avons envoyé cette grille dans les structures afin d'obtenir l'approbation et l'accord de celles-ci afin de pouvoir réaliser nos entretiens.

Avant de réaliser nos entretiens auprès des professionnels, nous avons d'abord testé celui-ci sur une infirmière, actuellement en formation puéricultrice, et ayant travaillé antérieurement en service de pédiatrie. Cela nous a permis de pouvoir déterminer la durée de l'entretien et de voir si des réajustements étaient nécessaires. Le déroulement des entretiens a été enregistré, avec accord bien sûr, des personnes interviewées. Cela nous a permis, dans un second temps, de pouvoir retranscrire les différents entretiens et d'en faire l'analyse.

### **2.1.2 Choix du terrain et de la population**

Afin de pouvoir réaliser ces entretiens et de mener à bien cette enquête, nous avons décidé d'interroger des infirmières ayant effectué la spécialisation de puéricultrice. En effet lors de cette formation, nous sommes amenés à aborder les différentes connaissances de l'enfant, telles que le développement et les besoins, qui sont nécessaires afin de le prendre en soin. Nous aborderons également aussi le thème de la douleur avec ses différentes composantes. Pour cela, il nous paraissait intéressant de nous centrer sur l'infirmière puéricultrice et non sur l'infirmière.

Ensuite en ce qui concerne le choix du terrain d'étude, nous avons décidé de nous orienter vers des puéricultrices travaillant au sein d'un service de pédiatrie. En effet, dans ce type de service qui n'est pas spécifique, la puéricultrice peut rencontrer et réaliser différents soins douloureux. Alors que dans un service spécialisé, nous pourrions rencontrer plus ou moins le même type de soins étant donné que le service n'accueille qu'un type de pathologie spécifique.

Dans le cadre de cette enquête, nous avons pu nous rendre dans deux services de pédiatrie générale, tous deux issus de Centre Hospitalier. Nous avons choisi de réaliser nos entretiens auprès de deux services différents afin de voir, si éventuellement, les pratiques des professionnelles peuvent-être influencées par les habitudes et pratiques du service dans lequel les professionnelles travaillent.

Afin de réaliser les entretiens dans ces deux structures, nous avons dû soumettre notre grille d'entretien à la cadre de santé pour la première structure et à la direction des soins pour la seconde structure. Après accord de ces dernières, nous nous sommes rendues sur place pour réaliser nos entretiens.

### **2.1.3 Le déroulement des entretiens**

Nous avons rencontré, comme nous le souhaitions lors du choix de la population, quatre puéricultrices réparties dans deux structures différentes.

Nous avons interviewé deux puéricultrices au sein de la première structure. Dans celle-ci les entretiens se sont déroulés dans la salle de pause du personnel, lors d'un poste d'après-midi. Les puéricultrices avaient du temps à nous accorder pour la réalisation d'entretien.

Lors du premier entretien, nous avons été dérangé une fois, par l'une de ses collègues pour un renseignement. Tandis que pendant le second entretien, nous n'avons pas été dérangé.

Nous avons également interviewé deux puéricultrices au sein de la deuxième structure.

Tout comme dans la première structure, nous nous sommes rendues dans le service en milieu d'après-midi afin de ne pas les déranger lors de leur premier tour de soins. Etant donné que l'activité du service était intense, nous avons dû patienter quelques heures afin qu'elles puissent nous accorder du temps. Pour la première puéricultrice, nous avons réalisé l'entretien au calme dans un bureau. Tandis que pour la seconde, nous avons commencé l'entretien dans ce même bureau avant d'être dérangées et de devoir changer de pièce pendant le cours de l'entretien.

La durée des entretiens était d'environ quinze à vingt minutes. Nous commençons par notre présentation, puis nous expliquons le thème de l'enquête, en demandant l'autorisation d'enregistrer l'entretien à l'aide d'un dictaphone, afin de pouvoir les retranscrire ultérieurement. Nous poursuivions en questionnant les professionnelles à l'aide de notre grille d'entretien. Et enfin nous terminions notre entretien par des remerciements pour le temps qu'elles nous avaient accordées.

## **2.2 Analyse des données**

Nous allons maintenant passer à l'analyse des données que nous avons recueillies lors de nos différents entretiens. Nous avons choisi d'effectuer cette analyse par thématique car cela nous permettra de pouvoir, en parallèle, les comparer à notre cadre de référence.

### **2.2.1 Autour de la population**

En ce qui concerne l'étude de la population, nous avons décidé de présenter les données des différentes professionnelles rencontrées sous forme de tableau, afin de pouvoir si besoin au cours de ce travail, retrouver aisément le parcours de chacune d'entre elles.

### Les différents parcours professionnels

|                          | <u>Date d'obtention du diplôme</u> | <u>Expérience en pédiatrie</u>   | <u>Expérience antérieure</u> | <u>Formation sur la douleur (+ nombre)</u> | <u>Type de formation</u>                                 |
|--------------------------|------------------------------------|--|------------------------------|--|--|
| <b>Puéricultrice n°1</b> | 1984                               | - Néonatalogie<br>- Médecine<br>- Chirurgie<br>- Médico-chirurgie<br>- Unité de soins continus | Non                          | Oui (1)                                    | Absence de données                                       |
| <b>Puéricultrice n°2</b> | 2015                               | - Médico-chirurgie   | Non                          | Oui (2)                                    | A travers la formation d'infirmière et de puéricultrice  |
| <b>Puéricultrice n°3</b> | 2016                               | - Pédiatrie générale   | Non                          | Oui (1)                                    | Prise en charge de la douleur chez l'enfant (en interne) |
| <b>Puéricultrice n°4</b> | 2012                               | - Neurochirurgie<br>- Chirurgie<br>- Rééducation<br>- Pédiatrie générale                       | Non                          | Oui (2)                                    | Absence de données (en interne)                          |

Nous pouvons observer que toutes les professionnelles interrogées soit quatre sur quatre sont des puéricultrices et que les trois quarts d'entre elles ont été diplômées récemment. Deux d'entre elles sont diplômées depuis moins de deux ans et ont donc une expérience dans un seul et unique service. En effet, elles travaillent dans ce service depuis l'obtention de leur diplôme. En ce qui concerne les deux autres puéricultrices, elles ont toutes les deux plusieurs expériences au sein de différents services. Elles ont toujours toutes travaillé dans des services auprès des enfants et n'ont aucune expérience antérieure auprès de l'adulte.

Toutes les puéricultrices nous disent avoir suivi des formations sur la douleur. La moitié d'entre elles disent avoir suivi une seule formation tandis l'autre moitié dit en avoir suivi deux. Pour l'une d'entre elles, elle est incapable de nous dire quelle était cette formation. En revanche pour les trois autres, l'une a réalisé ses formations à travers les études préparant aux diplômes d'Etat d'infirmière et de puéricultrice, tandis que l'autre a réalisé une formation en interne sur la prise en charge de la douleur chez l'enfant, et la dernière a réalisé ses formations en interne mais ne se souvient pas de leur intitulé.

En général, nous pouvons dire que toutes les puéricultrices interrogées ont des expériences uniquement auprès de l'enfant. De plus, elles ont toutes reçu une formation sur le thème de la douleur que ce soit à travers leurs études ou leur travail. Nous pouvons donc en déduire qu'elles ont les connaissances nécessaires pour prendre en charge le soin douloureux chez l'enfant.

### **2.2.2 Autour du soin douloureux**

Autour de cette thématique, notre objectif est de savoir les représentations du professionnel sur les soins douloureux. Après avoir analysé les différentes définitions que les professionnels nous ont amené lors des entretiens, il en ressort divers mots-clés :

- l'anxiété
- la peur
- les gestes invasifs
- les pleurs
- la douleur
- les différentes douleurs
- un terme global
- une situation mal vécue
- considéré comme désagréable

Toutes les puéricultrices évoquent principalement le soin douloureux comme toute sorte de soin et mettent en avant le fait qu'il peut générer de la douleur, comme le dit la puéricultrice n°1 « *c'est une façon globale d'engendrer toutes sortes de soins* ». Elles utilisent le terme de soin et de douleur dans la globalité sauf pour la puéricultrice n°4 qui nous a développé la douleur comme « *pas forcément la douleur physique* » mais « *psychologique,*

*émotionnelle* », et fait donc référence aux différents aspects que nous avons étudiés dans notre cadre. Elles évoquent également, pour deux d'entre elles, que le soin douloureux peut-être uniquement engendré par de la peur ou de l'anxiété, comme le dit la puéricultrice n°3 « *cela peut être juste de l'anxiété avec de la douleur ou pas* ».

Notons que dans le soin douloureux, la moitié des puéricultrices interrogées pense immédiatement aux soins invasifs lorsque nous leur parlons du soin douloureux comme nous précise la puéricultrice n°2 « *tout ce qui est soins invasifs forcément* ». Une des puéricultrices pense immédiatement à une intervention chirurgicale tandis que l'autre nous parle des bilans sanguins, des poses de cathéters... Contrairement à deux autres qui nous ont tout de suite parlé de l'anxiété et de la peur, comme le dit la puéricultrice n°3 « *cela peut être juste de l'anxiété de l'enfant* ». Cependant lorsque nous analysons les réponses des quatre professionnelles, elles nous parlent toutes, en premier lieu ou non des soins invasifs.

Le soin douloureux est donc une notion qui est perçue par les professionnels comme une notion de soins global mais qui dans tous les cas n'est pas bien vécue par l'enfant. Et qui va provoquer de l'anxiété et/ou de la douleur quelle qu'elle soit, comme le dit la puéricultrice n°4 « *c'est un soin qui n'est pas bien vécu par l'enfant, tout simplement* ».

Dans notre cadre de référence, nous avons pu mettre en avant l'aspect global du soin douloureux selon les définitions du soin de Bénédicte Lombart et de Carol Gilligan en ce qui concerne le soin. Selon les propos importants que nous avons mis en avant, nous pouvons voir que ce sont ceux-ci qui sont identifiés par les professionnelles. Elles nous ont également cité, comme vues avec l'IASP, les éléments qui permettent d'identifier la douleur qu'elle soit physique ou psychologique.

Nous pouvons donc dire que les professionnelles identifient clairement la définition du soin douloureux, cependant pour toutes, elles ne voient pas l'aspect multidimensionnelle du soin. C'est-à-dire que pour certaines professionnelles, l'aspect psychologique n'est pas évident à identifier contrairement à l'aspect physique. Cet élément avait été mis en avant dans notre cadre de référence relative l'étude du soin toujours selon Carol Gilligan.

### **2.2.3 Autour des préalables aux soins douloureux**

Autour de cette thématique, notre objectif est d'apprendre quels sont les différents éléments, qu'ils soient humains ou matériels, mis en œuvre par les professionnels afin de limiter la douleur.

Lorsque nous interrogeons les professionnelles de santé sur les préalables nécessaires à la réalisation d'un soin douloureux, nous pouvons observer que toutes les puéricultrices pensent que les parents sont le préalable le plus important, comme le dit la puéricultrice n°3 « *je pense que c'est la présence des parents* ». Pour trois professionnelles sur quatre, nous retrouvons des éléments matériels tels que les médicaments comme précise la puéricultrice n°2 « *l'EMLA® et le MEOPA®* », non médicamenteux comme le jeu et des moyens relationnels, notamment à travers la préparation de l'enfant au soin et de l'explication de celui-ci. Pour la moitié des puéricultrices interrogées, le fait d'être à plusieurs soignants est important pour elles, car comme le dit la puéricultrice n°3 cela permet « *de faire plein de petites choses, heu, préparer l'enfant* » mais également de « *chanter avec lui* ». Puis pour une d'entre elles, d'autres notions interviennent comme l'identification et la prise en charge de la douleur, « *instaurer un climat de confiance* » selon la puéricultrice n°4, et l'adaptation du milieu au besoin de l'enfant, comme le dit la puéricultrice n°3 « *s'il veut le faire dans sa chambre, c'est possible* ».

Les préalables au soin douloureux sont des éléments qui doivent être mis en œuvre afin de limiter la douleur. Ils doivent être identifiés par le professionnel avant le début du soin, cependant pour déterminer lequel est approprié, il faut identifier quel est le type de douleur, l'intensité et quels moyens seront les plus efficaces. Comme nous avons vu dans le cadre de référence, notamment à travers Pédiadol et l'enseignement des intervenantes Alicia Louvet et Cécile De Clercq, les professionnelles identifient les mêmes moyens médicamenteux et non médicamenteux. Certains ne sont pas cités, comme l'hypnose ou le massage. Cependant nous avons vu qu'il était nécessaire que ceux-ci soient réalisés par un professionnel formé. Les puéricultrices interrogées ne nous ont pas précisé le contenu de leur formation, mais nous pouvons donc supposer qu'elles ne peuvent pas les appliquer. Il aurait été intéressant de leur demander plus d'informations sur les formations.

La présence des parents n'apparaît pas en tant que telle dans le traitement de la douleur cependant, comme nous avons pu le mettre en avant dans le point sur l'environnement avec

les parents, elle est très importante, et les professionnels l'ont bien identifié comme le préalable le plus important.

Un élément, qui est la confiance, n'a pas été abordé dans nos recherches, cependant après réflexion, ce concept nous semble intéressant.

#### **2.2.4 Autour de l'acceptation du soin par l'enfant**

Autour de cette thématique, notre objectif est de repérer dans la pratique du professionnel, les éléments importants qui permettent l'acceptation du soin

Lorsque nous interrogeons les professionnelles, elles s'accordent toutes les quatre à penser que la présence des parents va favoriser l'acceptation du soin. Cependant la puéricultrice n°4 ajoute tout de même que « *la présence des parents, c'est à double tranchant, parce que soit ça peu stresser l'enfant parce que les parents sont stressés, donc du coup il stresse aussi. Ou alors ça va être des parents hyper rassurants qui vont être vraiment très très aidants pendant le soin douloureux* ». La présence des parents est d'ailleurs une notion qui revient à plusieurs reprises lors des entretiens.

Ensuite, pour la moitié des personnes interrogées, l'explication, la démonstration du soin, la confiance et la communication sont également des éléments qui favorisent l'acceptation. En effet, la puéricultrice n°1 nous dit « *cela passe par l'information, l'explication en cours du soin...* ».

L'une des professionnelles, nous cite également les différents moyens médicamenteux que nous avons vus dans les préalables (MEOPA® et EMLA®) ainsi que la compréhension du soin par l'enfant, l'observation de l'enfant par la puéricultrice, et de laisser le libre choix à l'enfant : c'est-à-dire qu'il ait le droit de choisir quelques éléments. En effet la puéricultrice n°3 nous dit qu'il faut « *le laisser choisir aussi un petit peu, où il veut le faire, dans quelle position il veut le faire. C'est possible* ». Mais à cette notion de choix, elle y associe la notion des parents « *s'il veut le faire sur les genoux des parents.* »

Une chose qui ressort principalement pour toutes les puéricultrices interrogées, est la notion de parents mais celle-ci est complémentée avec d'autres éléments.

Selon la définition de l'acceptation que nous avons vu précédemment dans le cadre de référence, et selon les écrits de Marie-Claude Haumont qui définit l'acceptation selon

plusieurs points de vue (physique, émotionnel, mental et spirituel), nous pouvons observer que les professionnelles interrogées ont proposé différents moyens qui permettent à l'enfant d'accepter le soin sur ses différents plans.

Les différents moyens permettant l'acceptation du soin chez l'enfant ont d'ailleurs été nommés par l'association Sparadrap et tous les professionnels nous les ont cités, en y ajoutant pour l'une d'entre elles de laisser le choix à l'enfant pour décider du lieu de la réalisation du soin.

C'est un thème que nous n'avons pas abordé mais qui semble intéressant. En effet, si l'enfant est plus à l'aise dans une pièce qu'une autre, il sera moins stressé et pourra plus facilement accepter le soin.

Enfin, comme nous l'avons vu, selon Pascale Thibault Wanquet, la présence des parents est bénéfique pour faire face aux situations difficiles et c'est cela qui en ressort des différentes pratiques des professionnelles interrogées.

Nous retrouvons donc les mêmes similitudes que ce soit entre les auteurs et les professionnels.

### **2.2.5 Autour de la collaboration avec les parents**

Autour de cette thématique, notre objectif est d'identifier comment les parents peuvent aider le professionnel pour que l'enfant accepte le soin douloureux.

En ce qui concerne la participation des parents au soin, les quatre puéricultrices s'accordent à dire que les parents ont un rôle à travers leur présence mais surtout à travers la réassurance de l'enfant, comme le dit la puéricultrice n°1 c'est être « *vraiment rassurant* » et la n°2 dit « *c'est plutôt de les rassurer* ».

La moitié des professionnelles s'accordent à les faire participer en tenant le masque du MEOPA®, ou en tenant l'enfant. Cependant, en ce qui concerne le maintien de l'enfant, la puéricultrice n°1 ajoute que cela « *n'est pas toujours forcément bien vécu parce que quelque fois l'enfant pleure plus, parce que on le tient* ».

La moitié des puéricultrices considèrent les parents comme des partenaires ou des binômes et « *que c'est une collaboration* » comme le dit la puéricultrice n°1. Tandis que la puéricultrice n°2 insiste sur le fait qu'elle « *leur laisse quand même une bonne place dans le soin.* » Pour

une professionnelle sur quatre, cela peut dépendre des habitudes de services. Une puéricultrice sur quatre, fait participer les parents en leur demandant de réexpliquer le soin à l'enfant avec des mots qu'il connaît. Une sur quatre fait également participer les parents en leur proposant de distraire l'enfant, comme le dit la puéricultrice n°2 « *les parents vont faire des bulles, raconter des histoires, le distraire, faire des caresses* ».

Il est également important de noter que pour la moitié des professionnelles interrogées, celles-ci nous ont confié que les parents ne participaient pas aux soins. Or, lorsqu'elles nous expliquent comment elles travaillent avec eux, nous pouvons remarquer qu'elles les intègrent dans les soins et qu'en réalité elles les font participer. Elles pensent certainement que, parce que le parent ne participe pas en tant que tel, en tenant le masque par exemple, alors ce n'est pas de la participation. Or, comme nous avons vu, le fait de rassurer l'enfant fait partie de la participation.

Dans notre cadre de référence, nous avons vu que la présence des parents était importante mais selon Isabelle Ayot, Anne-Claude Bernard-Bonnin et Isabelle Papineau, elle ne suffit pas. Il faut également qu'ils puissent participer lors du soin en ayant un rôle de protection, d'explication, compréhension, et de communication. Agnès Lion insiste également sur le fait que les parents ne sont pas juste observateurs mais qu'ils peuvent participer sur différents points.

Les éléments mis en avant par les professionnelles dans la participation des soins correspondent à ceux que nous avons étudiés à travers les différents auteurs. Une puéricultrice nous a tout de même dit que le fait « *que les parents soient présents influe sur la réalisation du soin et entraîne du stress* ». Pourtant, l'étude menée par Sparadrap montre le contraire.

Toutes les puéricultrices font participer les parents et cela permet à l'enfant de pouvoir mieux accepter le soin, la preuve en est avec cette citation de la puéricultrice n°2 qui nous a dit « *la seule chose qu'elle avait besoin et la seule chose qui la calmait c'est un câlin de sa maman et voilà... J'ai voulu tout de suite l'agresser avec mon masque alors qu'elle avait juste besoin d'être rassurée par sa mère et après le soin c'est très bien passé* ».

### **2.3 Validation des hypothèses**

La réalisation et l'étude du cadre de référence avait permis de nous positionner sur notre problématique qui est, comment la puéricultrice peut-elle favoriser l'acceptation d'un soin douloureux par l'enfant de 3 à 6 ans en service de pédiatrie ? Cela nous a permis d'en déduire nos deux hypothèses. Suite au recueil de données auprès de professionnels et de leur analyse, nous sommes en capacité de pouvoir confirmer ou infirmer les hypothèses posées au début de cette enquête.

La première hypothèse qui avait été soumise était que la puéricultrice intègre les parents lors du soin douloureux. En effet, selon les données recueillies, notamment à travers la thématique des préalables aux soins, nous avons pu constater que toutes les professionnelles interrogées, priorisent les parents sur les autres préalables. La puéricultrice intègre donc les parents lors du soin douloureux. Cette hypothèse peut être validée.

La seconde hypothèse qui avait été émise était que la puéricultrice fait participer les parents lors du soin douloureux afin de favoriser l'acceptation de celui-ci par l'enfant. En ce qui concerne cette hypothèse, nous avons pu voir au cours de notre analyse que dans un premier temps les professionnelles disent ne pas faire participer les parents. Pourtant, lorsque nous recherchons comment elles travaillent avec eux, nous pouvons observer qu'ils participent de différentes façons au soin de leur enfant. Les professionnelles considèrent même, pour certaines d'entre-elles, les parents comme des partenaires. Comme nous avons vu à travers la notion d'acceptation, celle-ci doit se faire sur différents plans. Et selon les professionnelles, mais également selon le cadre de référence, les parents permettent de rassurer l'enfant. Cela est un attribut qui permet l'acceptation du soin douloureux par l'enfant. La puéricultrice fait donc participer les parents pour favoriser l'acceptation du soin douloureux par l'enfant. Cette hypothèse peut également être validée.

## La conclusion

Nous allons conclure ce travail qui était principalement axé sur le soin douloureux chez l'enfant en service de pédiatrie.

Dans un premier temps nous avons construit notre cadre de référence à travers les différents auteurs que nous avons étudié et les différentes recherches menées. Ce cadre a permis de mettre en exergue l'importance de la présence des parents lors des soins douloureux. De cela, en a découlé une problématique et deux hypothèses dont une où la puéricultrice intègre les parents au soin et l'autre où l'on considère que la puéricultrice fait participer les parents lors du soin. Afin de pouvoir répondre à ses hypothèses, nous avons réalisé une enquête auprès des professionnelles.

Dans un second temps, nous avons réalisé notre enquête de terrain auprès de puéricultrice travaillant en service de pédiatrie. Celle-ci a été réalisé par l'intermédiaire d'entretien semi directif avec l'aide d'une grille d'entretien. Lors de ces entretiens, nous avons cherché à évaluer si les professionnelles ont le même point de vue que les auteurs cités dans le cadre de référence. Globalement, les professionnelles définissent toutes le soin douloureux comme un soin global qui entraîne de la douleur, cependant elles n'identifient pas toutes le type de celle-ci. En ce qui concerne les préalables aux soins, toutes les puéricultrices identifient les moyens possibles et citent en premier lieu, les parents. Comme vu dans le cadre de référence, pour favoriser l'acceptation du soin, les professionnelles utilisent les moyens recommandés par l'association Sparadrap et par les auteurs du livre « *le séjour de mon enfant à l'hôpital* », en insistant tout de même pour la majorité d'entre elles, sur la présence et la participation des parents.

La validation de nos hypothèses clôture la fin de ce projet professionnel. Lors d'un entretien, une puéricultrice nous a confié identifier la confiance comme un élément favorisant l'acceptation du soin. Cet attribut n'a pas été développé dans le cadre de nos recherches. Cependant étant donné que nous avons mis en avant l'importance des parents lors du soin, nous pourrions ouvrir ce travail sur l'instauration d'une relation de confiance dans la triade soignant, parents et enfant lors du soin douloureux.

## **Les perspectives professionnelles**

La conception de ce travail fut longue et difficile, cependant celles-ci nous a beaucoup apporté d'un point de vue personnel et professionnel.

Sur le plan personnel, cela nous a demandé un investissement de taille mais cela nous a également permis d'apprendre à dépasser nos limites, nos craintes et nos doutes. Nous en sommes sorties plus fortes, mais aussi très fières de la réalisation de ce projet professionnel.

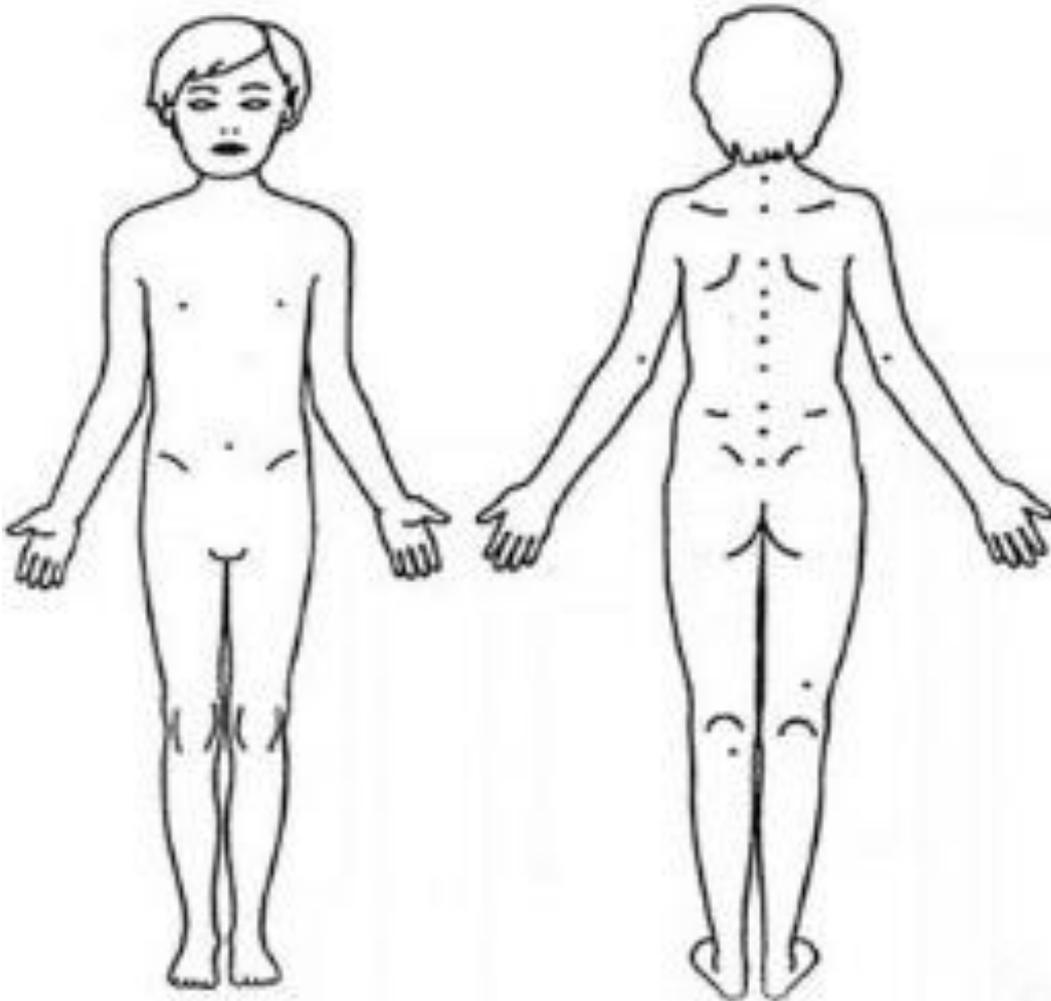
Sur le plan professionnel, les recherches que nous avons menées depuis le début de ce projet, nous ont permis d'acquérir des connaissances plus approfondies sur le développement et les besoins de l'enfant âgé de trois à six ans. Mais également sur la notion du soin douloureux. L'élément principal qui ressort de nos recherches, c'est bien évidemment la présence et la participation des parents lors du soin douloureux. En effet, lorsque nous avons commencé nos recherches, nous savions que les parents avaient une place importante, mais nous n'imaginions pas à quel point, ils pouvaient avoir un rôle essentiel dans l'acceptation du soin douloureux par l'enfant. Les différents attributs étudiés dans le cadre de référence, nous ont permis de pouvoir mettre en exergue les éléments pouvant être utilisés par la puéricultrice afin d'avoir une prise en soin optimale de l'enfant, lors du soin douloureux.

Nous sommes amenées au cours de notre pratique professionnelle a effectué des soins qui peuvent être douloureux physiquement, psychologiquement ou les deux. Ce projet nous permettra donc de pouvoir appréhender le soin douloureux, en ayant des bases solides afin de pouvoir optimiser notre pratique en y incluant bien sûr l'enfant et surtout les parents, qui sont des personnes ressources indispensables pour lui. Nos recherches nous ont permis de pouvoir comprendre l'importance de la place des parents lors du soin douloureux de leur enfant.

Ce projet a été réalisé dans le cadre d'un service de pédiatrie mais peut bien entendu être appliqué pour des services spécifiques.

**Les Annexes**

1) L'échelle d'évaluation : Le dessin du bonhomme



Ça fait mal : Choisir la couleur correspondant à l'intensité de la douleur puis colorier la zone du corps concernée

un peu  moyen  beaucoup  très mal

## 2) L'échelle d'évaluation : Les visages



10                      8                      6                      4                      2                      0

**Échelle de visages pour l'enfant à partir de 4 ans (Faces Pain Scale - Revised) [FPS-R]**

**Consigne :** "Ces visages montrent combien on peut avoir mal. Ce visage (montrer celui de gauche) montre quelqu'un qui n'a pas mal du tout. Ces visages (les montrer un à un de gauche à droite) montrent quelqu'un qui a de plus en plus mal, jusqu'à celui-ci (montrer celui de droite), qui montre quelqu'un qui a très très mal. Choisis le visage qui montre combien tu as mal en ce moment."

Reproduit avec l'autorisation de l'Association Française pour l'Étude de la Douleur (AFED) [www.afed.fr](http://www.afed.fr)  
Avec le soutien des laboratoires IFF

Hicks CL, et al. The Faces Pain Scale - Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. Pain 2001; 93: 173-183. Echelle adaptée de : Best D et al. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Development, initial validation and preliminary investigation for cross-scale properties. Pain 1990; 41: 159-166.  
Copyright ©2001 International Association for the Study of Pain. Toute reproduction sans autorisation. D'autres informations sont disponibles sur [www.painmanagement.ca](http://www.painmanagement.ca)

### 3) L'échelle d'évaluation : CHEOPS



# CHEOPS

| ITEMS                  | PROPOSITIONS   | SCORE |
|------------------------|--|-------|
| <b>Pleurs</b>          | 1 Pas de pleurs  |       |
|                        | 2 Gémissements OU Pleurs   |       |
|                        | 3 Cris perçants  |       |
| <b>Visage</b>          | 0 Sourire  |       |
|                        | 1 Visage calme   |       |
|                        | 2 Grimace  |       |
| <b>Verbalisation</b>   | 0 Verbalisation positive   |       |
|                        | 1 Aucune verbalisation OU Plaintes diverses  |       |
|                        | 2 Plaintes de douleur OU Plaintes mixtes   |       |
| <b>Torse</b>           | 1 Neutre   |       |
|                        | 2 Changements de position OU Corps tendu<br>OU Frissonnement OU Torse vertical OU Contention |       |
|                        |  |       |
| <b>Touche la plaie</b> | 1 N'avance pas la main vers la plaie   |       |
|                        | 2 Avance la main OU touche<br>OU Agrippe OU Contention                                       |       |
| <b>Jambes</b>          | 1 Neutre   |       |
|                        | 2 Torsion, gigotement OU Jambes levées/tendues<br>OU Debout OU Contention                    |       |
| <b>SCORE TOTAL</b>     |  |       |

Score 4 à 13 si > 8 ➡ Antalgiques

#### 4) L'échelle d'évaluation : EVENDOL

**EVENDOL** est validée pour la mesure de la douleur en urgence chez l'enfant de moins de 7 ans

**Evaluation Enfant Douleur** **EVENDOL**

Echelle validée de la naissance à 7 ans.  
Score de 0 à 15, seuil de traitement 4/15.

Notes: tout ce que vous observez... même si vous pensez que les signes ne sont pas dus à la douleur, mais à la peur, à l'inconfort, à la fatigue ou à la gravité de la maladie.

| Nom  | Signe absent     | Signe faible ou passager | Signe moyen ou environ la moitié du temps | Signe fort ou quasi permanent | Evaluation à l'arrivée                |   | Evaluations suivantes<br>Evaluations après antalgique <sup>3</sup> |   |   |   |
|--|------------------|--------------------------|---|-------------------------------|---------------------------------------|---|--|---|---|---|
|  |                  |                          |   |                               | Antalgique                            |   | R  |   | M |   |
|  |                  |                          |   |                               | au repos <sup>1</sup><br>ou calme (R) | à l'examen <sup>2</sup> ou<br>la mobilisation (M) | R  | M | R | M |
| Expression vocale ou verbale<br>pleure et/ou crie et/ou gémit<br>et/ou dit qu'il a mal                             | 0                | 1                        | 2   | 3                             |                                       |   |  |   |   |   |
| Mimique<br>a le front plissé et/ou les sourcils froncés<br>et/ou la bouche crispée                                 | 0                | 1                        | 2   | 3                             |                                       |   |  |   |   |   |
| Mouvements<br>s'agite et/ou se raidit et/ou se crispe  | 0                | 1                        | 2   | 3                             |                                       |   |  |   |   |   |
| Positions<br>a une attitude inhabituelle et/ou antalgique<br>et/ou se protège et/ou reste immobile                 | 0                | 1                        | 2   | 3                             |                                       |   |  |   |   |   |
| Relation avec l'environnement<br>peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux<br>et/ou communique avec l'entourage | normale<br>0     | diminuée<br>1            | très diminuée<br>2                        | absente<br>3                  |                                       |   |  |   |   |   |
| Remarques  | Score total / 15 |                          |   |                               |                                       |   |  |   |   |   |

## 5) La grille d'entretien

|                                  |
|----------------------------------|
| <b><u>Grille d'entretien</u></b> |
|----------------------------------|

Etudiante en école de puéricultrice à l'IFSanté, j'effectue actuellement un travail de recherche pour mon projet professionnel sur le soin douloureux chez l'enfant de 3 à 6 ans.

Cette grille d'entretien est un support d'enquête qui s'adresse à vous professionnels, travaillant en service de pédiatrie générale. Il permettra de recueillir des informations nécessaires à l'élaboration de mon travail.

Conformément aux exigences propres au travail d'enquête, cet entretien vous garantit la confidentialité de vos réponses ainsi que votre anonymat.

La durée de cet entretien est approximativement de 15 minutes.

Autorisez-vous l'enregistrement de cet entretien, qui sera bien entendu détruit après la soutenance de ce travail ?

### 1) Pourriez-vous me décrire votre parcours professionnel ?

*Objectif : Connaître le parcours du professionnel de santé, son expérience professionnelle et ses formations sur la douleur.*

Questions de relance :

- Depuis quand êtes-vous diplômé ?
- Depuis combien de temps exercez-vous en pédiatrie ?
- Avez-vous des expériences antérieures ?
- Avez-vous suivi des formations spécifiques à la douleur ?
- Si oui, lesquelles ?

### 2) Pourriez-vous me parler du soin douloureux ?

*Objectif : Savoir les représentations du professionnel sur les soins douloureux.*

Question de relance :

- Qu'est-ce que pour vous le soin douloureux ?

### 3) Quels sont pour vous, les préalables à la réalisation d'un soin douloureux ?

*Objectif : Apprendre quels sont les différents éléments, qu'ils soient humains ou matériels, mis en œuvre par le professionnel afin de limiter la douleur.*

Question de relance :

- Quels moyens humains utilisez-vous ?

**4) Selon vous, quels sont les éléments qui favorisent l'acceptation du soin douloureux ?**

*Objectif : Repérer dans la pratique du professionnel les éléments importants qui permettent l'acceptation du soin.*

**5) Comment travaillez-vous avec les parents pour que l'enfant accepte le soin douloureux ?**

*Objectif : Identifier comment les parents peuvent aider le professionnel pour que l'enfant accepte le soin douloureux.*

Questions de relance :

- Quelle place occupe les parents lors du soin ?
- Comment participent-ils lors du soin ?

**6) Que voulez-vous ajouter ?**

*Objectif : Savoir si le professionnel souhaite ajouter des éléments qu'il n'aurait pas pu exprimer auparavant.*

Je vous remercie du temps que vous avez bien voulu accorder à cette enquête.

## 6) L'entretien retranscrit d'une puéricultrice

|                                  |
|----------------------------------|
| <b><u>Grille d'entretien</u></b> |
|----------------------------------|

Etudiante en école de puéricultrice à l'IFSanté, j'effectue actuellement un travail de recherche pour mon projet professionnel sur le soin douloureux chez l'enfant de 3 à 6 ans.

Cette grille d'entretien est un support d'enquête qui s'adresse à vous professionnels, travaillant en service de pédiatrie générale. Il permettra de recueillir des informations nécessaires à l'élaboration de mon travail.

Conformément aux exigences propres au travail d'enquête, cet entretien vous garantit la confidentialité de vos réponses ainsi que votre anonymat.

La durée de cet entretien est approximativement de 15 minutes.

Autorisez-vous l'enregistrement de cet entretien, qui sera bien entendu détruit après la soutenance de ce travail ?

### 1) Pourriez-vous me décrire votre parcours professionnel ?

*« Heu oui, alors j'ai... en sortant du baccalauréat, j'ai enchainé avec les études d'infirmières, et après les études d'infirmières, j'ai enchainé les études de puéricultrice. Et du coup je travaille à Saint-Vincent depuis Septembre 2015 donc deux ans ».*

#### Questions de relance :

➤ **Avez-vous des expériences antérieures ?**

*« Non, je travaille ici depuis que j'ai eu le diplôme ».*

➤ **Avez-vous suivi des formations spécifiques à la douleur ?**

➤ **Si oui, lesquelles ?**

*« Euh non, par heu, enfin à l'école d'infirmière, à l'école de puéricultrice mais heu depuis que je travaille de formation continue, non.*

*Là, prochainement je dois partir en formation sur le M.E.O.P.A®, mais pour l'instant non. »*

## **2) Pourriez-vous me parler du soin douloureux ?**

### **Question de relance :**

#### **➤ Qu'est-ce que pour vous le soin douloureux ?**

*« Beaucoup de choses quand même en pédiatrie, tout ce qui est soins invasifs forcément heu... Là, je pense à la pose de cathéter, le bilan sanguin qui est un geste quand même récurrent heu... L'hospitalisation, euh, mais après même, même des choses pas forcément très douloureuses mais gênantes comme la pose de sonde nasogastrique avec, avec tout leurs anxiétés qu'il y a autour, enfin ... Ce n'est pas, enfin je considère cela comme un soin douloureux quand même puisqu'il y a heu, ce n'est pas agréable en tout cas pour l'enfant. Heu, après oui, les pansements douloureux, enfin tout cela... Parce que c'est vraiment axé sur les soins douloureux ? »*

#### **➤ Oui**

*« Dès que l'enfant pleure, dès qu'on fait un soin. Pour moi c'est qu'il y a soit de l'anxiété, soit de la douleur derrière. Il faut faire aussi un peu la part des choses entre les deux. »*

## **3) Quels sont pour vous, les préalables à la réalisation d'un soin douloureux ?**

*« Tous tous les moyens que l'on peut mettre en place contre cette douleur, donc heu l'EMLA®, heu le M.E.O.P.A®, c'est vraiment les deux gros outils que l'on utilise ici en prévention de la douleur.*

*Après chez les bébés, on utilise aussi le G30%, heu ...*

*Après ben comme je parlais, la douleur et l'anxiété sont toujours tout le temps lié plus ou moins donc heu, bien expliquer le soin, y allait progressivement heu, montrer sur une peluche ou etc... tous des ... avoir le parent à coté c'est tout des choses qui vont rassurer l'enfant aussi et qui vont du coup diminuer la douleur ».*

## **4) Selon vous, quels sont les éléments qui favorisent l'acceptation du soin douloureux ?**

*« Heu ben, si toutes ces conditions-là, au préalable, elles sont bien mises, si la douleur est bien prise en charge et que du coup elle est bien diminuée et s'il comprend ce qu'on lui fait. Si on y va doucement et à son rythme.*

*Je pense que si toute ces conditions sont mises, on optimise nos chances pour que cela se passe bien, pour que l'enfant accepte bien le soin.*

*Après, des fois on a beau mettre toutes ces mesures en place, cela ne suffit pas, des fois l'enfant est, il a déjà été hospitalisé et l'angoisse est tellement forte qu'on arrive pas à faire quoi que ce soit.*

*Mais heu vous pouvez répéter la question ? »*

## **Selon vous, quels sont les éléments qui favorisent l'acceptation du soin douloureux ?**

« Oui, voilà je n'ai rien de plus à dire ».

### **5) Comment travaillez-vous avec les parents pour que l'enfant accepte le soin douloureux ?**

« En partenaire, en binôme avec eux heu, c'est eux qui connaissent l'enfant, qui connaissent ce qui marche et qui connaissent quand est-ce qu'il a mal, et quand est-ce qu'il a peur. Ce qu'ils peuvent faire pour le rassurer. C'est eux qui connaissent l'enfant donc heu, je leur laisse quand même une bonne place dans le soin, et enfin c'est nos partenaires quoi.

C'est heu... il y a plein de choses, qu'eux, ils peuvent faire et que nous on ne peut pas faire. La dernière fois je vois une enfant arriver en pleurant sur heu dans la salle des soins, pour heu je sais plus, faire un bilan sanguin.

Et tout de suite je me dis oh mince, elle est trop paniquée, enfin on doit limite la trainer jusqu'à la salle de soins, elle est trop paniquée, et je me dis je vais mettre du M.E.O.P.A® tout de suite car souvent ça se passe mieux. Même là, si je vois qu'ils sont anxieux avant je mets directement du M.E.O.P.A® et là elle n'a pas du tout acceptée le masque.

La seule chose qu'elle avait besoin et la seule chose qui la calmait c'est un câlin de sa maman et voilà... J'ai voulu tout de suite l'agresser avec mon masque alors qu'elle avait juste besoin d'être rassurée par sa mère et puis après le soin c'est très bien passé. Elle m'a donné sa main, elle n'a pas bougé donc heu faut vraiment les utiliser, enfin les utiliser, les... compter sur les parents.

Et la maman m'avait dit d'ailleurs non non, pas le masque, pourquoi le masque ? Et je l'aurai écouté voilà quoi ... »

### **Questions de relance :**

#### **➤ Comment participent-ils lors du soin ?**

« Oui, ben en distrayant l'enfant je pense, faut pas les faire participer, enfin je pense que le mieux c'est de pas les faire participer vraiment au soin en tant que telle. Heu mais où même la contention ou tenir la main, ou des choses comme ça. Parce que des fois, l'enfant, on est obligé de vraiment vraiment bien le tenir, et là je ne trouve pas que c'est le rôle des parents de tenir leur enfant.

Mais c'est plutôt de le rassurer. Ma collègue auxiliaire va plutôt tenir le membre pour que je puisse faire le soin, et les parents vont faire des bulles, raconter des histoires, lui parler, le rassurer, le distraire, faire des caresses».

### **6) Que voulez-vous ajouter ?**

« Ben heu, non je n'ai rien à ajouter ».

Je vous remercie du temps que vous avez bien voulu accorder à cette enquête.

## **La bibliographie**

### **1) Livres**

#### **➤ Ouvrages**

- Amyot Isabelle, Bernard-Bonnin Anne-Claude, Papineau Isabelle, Le séjour de mon enfant à l'hôpital. Montréal : Editions de l'hôpital Sainte-Justine. 110 pages. ISBN : 2-922770-84-2
- Haumont Marie-Claude, Le chemin de l'acceptation. Edition les 2 encres, 2005. 69 pages. ISBN : 978-2912975881
- Larousse, Dictionnaire du français au collège. Larousse/Vuef, 2003. 1405 pages. ISBN 2-03-320237-2
- Lombart Bénédicte, Les soins en pédiatrie. Paris : SeliArslan, 2016. 216 Pages. ISBN : 978-2-84276-223-0
- Merklng J, Langenfeld S, Psychologie, Sociologie, Anthropologie : unité d'enseignement 1.1. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011. 237 pages. Collection les essentiels en IFSI, n°8. ISBN 978-2-294-71057-5
- Thibault-Wanquet Pascale, Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008. 155 pages. 1<sup>ère</sup> édition. ISBN : 978-2-294-74741-0
- Thibault-Wanquet Pascale, L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2015. 172 pages. 2<sup>ème</sup> édition. ISBN : 978-2-294-74741-0
- XYPAS Constantin, Les stades de développement affectif selon Piaget. Paris : L'harmattan, 2001. 169 pages. ISBN : 2-7475-0648-7

### **2) Enseignements**

- Claire Leuridan, Enseignement sur le développement psychomoteur de l'enfant dispensé lors de la formation de puéricultrice à IFSanté
- Alicia Louvet et Cécile De Clercq, Enseignement sur la douleur dispensée lors de la formation de puéricultrice à IFSanté.

### **3) Textes législatifs**

- Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, Circulaire N° 83-24 DU 1er AOUT 1983 [En ligne] [Consulté le 05 Septembre 2017]. Disponible sur <https://www.sparadrap.org/content/download/884/9294/version/4/file/Circulaire83.pdf>

- Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, La charte de l'enfant hospitalisé [En ligne] [Consulté le 26 Juin 2017]. Disponible sur [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Promouvoir\\_la\\_bienveillance\\_dans\\_les\\_ets\\_de\\_sante\\_Annexes2.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Promouvoir_la_bienveillance_dans_les_ets_de_sante_Annexes2.pdf)
- Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Légifrance. **Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004**, Article R. 4311-13 [En ligne] [Consulté le 26 Septembre 2017]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id>

#### 4) **Documents électroniques**

##### ➤ **Sites internet complets**

- CNRTL, Centre nationale de ressources textuelles et lexicales [En ligne] [Consulté en Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.cnrtl.fr/>
- Larousse, Dictionnaire de Français [En ligne] [Consulté le 14 Juillet 2017]. Disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- Levert Isabelle, Petit guide de la psychologie clinique [En ligne] [Consulté le 24 Août 2017]. Disponible sur <http://www.la-psychologie.com/>
- Pédiadol [En ligne] [Consulté plusieurs fois]. Disponible sur <http://www.pediadol.org/>
- Phaneuf Margot, Le soin de l'enfant et le jeu. Prendre soin. [Consulté le 05 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.prendresoin.org/>

##### ➤ **Pages de sites internet**

- 1001 Citations, Accueil 1001 citations [En ligne] [Consulté le 25 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.1001-citations.com/>
- Carnet de Psychologie, Définition de Equilibration [En ligne] [Consulté le 23 Août 2017]. Disponible sur <https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-equilibration.html>
- Infirmiers.com [En ligne] [Consulté le 10 Octobre 2017]. Disponible sur <https://www.infirmiers.com/images/votre-carriere/puericultrice/puericultrice-vaccin-bebe-tg.jpg>
- ComEcole, Pourquoi maintenir le lien est indispensable [En ligne] [Consulté le 28 Juillet 2017]. Disponible sur <http://www2.ac-lyon.fr/services/comecole/pourquoi.php>
- INSERM, La douleur [En ligne] [Consulté le 04 Octobre 2017]. Disponible sur <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur>

- Notrefamille.com [En ligne] [Consulté le 3 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.notrefamille.com/dictionnaire/definition/parent/>
- ONISEP, Informations nationale et régionale sur les métiers et les formations [En ligne] [Consulté le 6 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/puericulteur-puericultrice>

### ➤ **Articles électroniques**

- Association Sparadrap, Enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital [En ligne] [Consulté le 20 Octobre 2017]. Disponible sur <http://www.sparadrap.org>
- Burstejn Claude, Développement normal du langage et ses troubles [En ligne] [Consulté le 29 Août 2017]. Disponible sur [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/08.modul\\_transdis\\_umvf-3.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/08.modul_transdis_umvf-3.pdf)
- Catherine Devoldère, Soignant, parents : une place pour chacun, 19<sup>ème</sup> Journée de la douleur de l'enfant. [En ligne] [Consulté le 21 Octobre 2017]. Disponible sur <http://www.pédiadol.org/>
- France, Dossier de presse, Soins douloureux en pédiatrie [En ligne] [Consulté le 06 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.sparadrap.org/>
- Les services de l'état en Loire-Atlantique, Le développement cognitif selon Jean Piaget [En ligne] [Consulté le 26 août 2017]. Disponible sur <http://www.loire-atlantique.gouv.fr/content/download/11841/65789/file/Le>
- ONU, Convention Internationale relative aux droits de l'enfant [En ligne] [Consulté le 28 Juin 2017]. Disponible sur [www.humanium.org/fr/convention/texte-integral-convention-internationale-relative-droits-enfant-1989/](http://www.humanium.org/fr/convention/texte-integral-convention-internationale-relative-droits-enfant-1989/)
- Pédiadol, La douleur de l'enfant [En ligne] [Consulté en Septembre et Octobre 2017]. Disponible sur [https://www.pediadol.org/IMG/pdf/LIVRET\\_INF.pdf](https://www.pediadol.org/IMG/pdf/LIVRET_INF.pdf)
- Sparadrap, Distraire les enfants lors des soins [En ligne] [Consulté le 20 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.sparadrap.org/>

### ➤ **Livre électronique**

- Zielinski Agata, L'éthique du care. Publié en Décembre 2012. Tome 413. [En ligne] [Consulté le 03 Septembre 2017]. Disponible sur <http://www.cairn.info/revue-etudes-2010-12-pages-631.htm>