

« Avoir peur d'avoir mal, c'est déjà avoir mal¹ »



Institut de Formation en Soins Infirmiers d'Auxerre

Promotion 2009/2012

Année 2012

¹MONTAIGNE, M.E, écrivain français de la Renaissance (XVI^{ème} siècle)

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
--------------------	---

PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL

I. LA DOULEUR.....	4
1.1 Définition.....	4
1.2 Historique de la douleur chez l'enfant.....	4
1.3 Cadre législatif et rôle infirmier.....	6
1.4 Mémoire de la douleur.....	7
1.5 Techniques et outils d'évaluation de la douleur.....	9
1.6 Moyens de prévention et traitements de la douleur.....	12

II PRELEVEMENT SANGUIN	16
2.1 Définition.....	16
2.2 Cadre législatif.....	16
2.3 Intérêts.....	16
2.4 Déroulement du soin.....	17
2.5 Mécanisme de la douleur.....	19

III DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT FACE A LA DOULEUR.....	21
--	----

DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DE L'OUTIL D'ENQUETE

I METHODOLOGIE	24
II ANALYSE DU TEST	26
CONCLUSION.....	29

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

Le travail de fin d'étude est l'aboutissement final de trois années de formation en soins infirmiers. Celui-ci « *a pour but de placer l'étudiant en soins infirmiers dans une réflexion professionnelle et personnelle qui le conduit à mobiliser des connaissances selon une méthodologie rigoureuse.*² »

Dès le commencement de ma formation, en première année, j'ai souhaité effectuer un stage en service de pédiatrie. J'ai pour projet professionnel de me spécialiser en tant que puéricultrice et je me suis interrogée sur ma capacité à garder une attitude professionnelle face à un enfant en souffrance.

En début de deuxième année, j'ai donc pu effectuer un stage dans ce type de service.

N'ayant pas encore acquis suffisamment d'expérience professionnelle, on ne m'a pas accordé le droit de poser des cathéters chez les enfants. J'ai cependant pu observer les infirmières exécuter cet acte médical.

Suite à cela, je peux vous décrire les deux situations d'appel, d'où je suis partie pour effectuer mon travail de fin d'études.

Première situation : lors de mes premiers jours dans le service, nous sommes rentrées, l'infirmière et moi, dans la chambre d'un patient de 7 ans. La soignante s'est mise à la hauteur de l'enfant et lui a expliqué qu'elle allait introduire un petit « tuyau » dans la veine de son bras afin de pouvoir passer les médicaments plus rapidement. Elle lui a dit qu'au bout de celui-ci, il allait y avoir une aiguille et que cela allait ressembler à une piqûre. Le petit garçon semblait avoir compris, et hocha la tête. Ensuite, elle lui expliqua que cela allait être légèrement douloureux (même avec le patch EMLA3) mais que s'il ne bougeait pas, ce serait rapide.

Sa mère lui tenait la main et l'infirmière annonça « attention je vais piquer », il se crispa, mais resta immobile. L'infirmière avait réussi, c'était fini pour le moment.

Deuxième situation : un matin, nous avons dû poser un cathéter à une patiente de 5 ans. L'infirmière a procédé de la même façon avec des informations similaires. Pourtant, lorsqu'elle a annoncé qu'elle allait la piquer, celle-ci a retiré son bras,

²NETTER, Jean-Luc. *TFE - Apporter du soin à la forme finale* [en ligne].

<www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/tfe/tfe-apporter-du-soin-a-la-forme-finale.html>
(consulté le 5 mai 2012).

³Mélange Eutectique d'Anesthésiants Locaux

elle pleurait, elle s'est mise à s'agiter et à refuser qu'on la touche.

Il était urgent d'avoir un prélèvement et nous lui avons donc de nouveau expliqué. Étant toujours dans le refus, j'ai aidé sa mère à la « maintenir » pour que l'infirmière puisse réaliser son acte.

Je me suis rendu compte que d'un enfant à l'autre l'impact qu'avait le fait de prévenir « attention ça va faire mal » pouvait influencer son comportement.

Suite à ces deux situations je me suis posée plusieurs questions :

- Comment se fait-il que deux enfants ayant eu la même approche ne réagissent pas de la même façon ?
- Est-ce qu'il faut réellement prévenir au moment où « ça va faire mal » ?
- L'âge peut-il être un facteur aggravant dans la « peur d'avoir mal » ?
- Comment fonctionne la « mémoire » de la douleur ?
- Est-ce qu'un enfant qui a connu des hospitalisations fréquentes devient « résistant » à la douleur ?
- Comment les traitements antalgiques agissent-ils ? Sont-ils efficaces de la même manière pour chaque patient ?
- Quelle(s) attitude(s) doit-on avoir face à un enfant en refus de soin ?
- Est-ce que le sexe de l'enfant peut avoir une influence sur la douleur ?

Ces interrogations m'ont amené à me questionner sur la douleur de l'enfant et plus particulièrement sur le fait de prévenir la douleur occasionnée par un soin.

C'est ainsi que j'ai formulé ma question de départ : **en quoi, le fait de prévenir un acte douloureux, agit-il sur le ressenti de la douleur chez l'enfant ?**

En service pédiatrique, selon le protocole, les enfants ont systématiquement à leur arrivée un cathéter de posé, les infirmières ainsi que les puéricultrices en profitent, par la même occasion, pour réaliser un prélèvement sanguin (selon la prescription médicale) afin d'éviter l'excès de soins invasifs.

C'est pourquoi, dans mon questionnement, lorsque j'évoque « l'acte douloureux » j'ai choisi de faire allusion au prélèvement sanguin, qui est un acte que l'on peut retrouver dans d'autres services ou d'autres situations, contrairement à la pose de cathéter.

D'autre part, je m'intéresserai plus précisément à une tranche d'âge comprise entre 5 et 10 ans. J'ai choisi celle-ci car avant 5 ans, la communication est plus difficile,

ainsi que l'auto-évaluation de la douleur par l'enfant.

Ce questionnaire pourra également m'aider si je me retrouve dans des services non spécialisés à l'enfant, que ce soit aux urgences ou en chirurgie par exemple.

D'après le Dr Annequin⁴ « *la douleur provoquée par les soins est une douleur aiguë très fréquente chez l'enfant.*⁵ » C'est un sujet qui m'intéresse, notamment pour améliorer ma prise en charge face à un enfant prêt à recevoir un soin, et être à même de comprendre ce qu'il peut ressentir.

C'est à partir de mon questionnaire de départ que ma réflexion va prendre forme et découler comme suit : dans un premier temps, j'aborderai la notion de douleur, qui représente le concept le plus important de mon questionnaire, puis le prélèvement sanguin et enfin le développement de l'enfant face à la douleur.

⁴Anesthésiste pédiatrique, psychiatre, responsable de l'Unité douleur de l'hôpital d'enfants Armand Trousseau à Paris et président de l'association PEDIADOL. Il est aussi un des membres fondateurs de l'association SPARADRAP.

⁵ANNEQUIN, D. Les moyens de lutte contre les douleurs iatrogènes en pédiatrie. *Impact Médecine*, novembre 2003, n°56, p.41.

PREMIERE PARTIE :

CADRE

CONCEPTUEL

Selon le dictionnaire de la psychologie (1991) : « *le concept est la forme la plus élémentaire de la pensée... C'est toujours une idée mais générale [...] Le concept sert à organiser les connaissances et permet le raisonnement logique.* »

I. LA DOULEUR

1.1 Définition

La douleur du latin *dolor*, est définie par l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) « *comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, en rapport avec une lésion tissulaire réelle ou potentielle⁶* ». C'est une notion subjective qui varie d'une personne à une autre, l'évaluation de celle-ci est donc déterminée en fonction du ressenti du patient.

La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique.

On peut distinguer deux grands types de douleurs selon la durée : la douleur aiguë (douleur vive et brève généralement due à une lésion) et la douleur chronique (qui est une douleur qui persiste au delà de 3 à 6 mois).

On retrouve également différents types de douleurs selon leurs origines : par excès de nociception (douleur par excès de stimulation des récepteurs de la douleur comme les brûlures, coups, arthroses, douleurs digestives...), la douleur neurologique (due à des lésions du système nerveux) et la douleur psychogène (sans cause somatique mais psychologique).

Ici, vis à vis de cette situation, nous allons donc nous intéresser d'avantage à la douleur aiguë qui est une douleur prévisible dans le cas de prélèvement sanguin.

1.2 Historique de la douleur chez l'enfant

⁶INSTITUT UPSA DE LA DOULEUR. *Mécanisme de la douleur* [en ligne]. <http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id-126/Mecanismes_de_la_douleur.igwsh> (consulté le 15 octobre 2011).

Dans les institutions scolaires, la douleur infligée lors des châtiments corporels, (notamment l'utilisation du martinet, du fouet...) était préconisée dans l'apprentissage des bonnes manières, et également en matière d'éducation.

Il était reconnu à l'échelle planétaire que dans l'éducation des enfants, la douleur restait le moyen éducatif et pédagogique le plus répandu.

Par la suite, ces châtiments ce sont vus qualifiés de maltraitance, et ont été remplacés par d'autres sanctions moins sévères.

Néanmoins, les douleurs quotidiennes (bosses, écorchures, petites brûlures...) restent nécessaires pour que l'enfant intègre les limites de son corps, les dangers qu'il doit éviter, et aussi pour structurer son schéma corporel. Le cerveau va les enregistrer pour envoyer un « signal d'alerte » lorsqu'une situation similaire se reproduira (ex : retirer sa main d'une source de chaleur).

Auparavant, lors des soins, on affirmait que l'enfant ne sentait pas la douleur de la même façon que l'adulte car son système neurologique était immature, il ne pouvait donc pas souffrir. D'après Stanislaw Tomkiewich, pédiatre et pédopsychiatre, *« on pensait autrefois que plus un soin était fait rapidement, moins il faisait mal, sans imaginer les traumatismes que cela pouvait engendrer chez l'enfant⁷ »*.

Il existe encore aujourd'hui, un courant de pensée, qui prétend que la souffrance et la douleur sont un mal nécessaire, afin de renforcer l'individu et de le rendre plus compatissant avec ses semblables : le dolorisme.

Malgré tout, les pensées évoluent. A l'époque de « l'enfant-roi », il devient inconcevable dans nos cultures, de ne pas accorder d'attention à un enfant.

Une journée internationale des droits de l'enfant est organisée les 20 novembre en commémoration de la signature de la Convention internationale des droits de l'enfant, du 20 novembre 1989. Cette journée permet aux acteurs du monde de l'enfance d'organiser des évènements, des manifestations (expositions...) sur le thème de l'enfant afin de favoriser leur bien-être et de revendiquer leurs droits à travers le monde.

A présent, nous allons nous intéresser aux principaux textes législatifs relatifs à la douleur.

⁷MONTERO, Michèle. Favoriser la présence des parents lors d'un soin douloureux. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, août 2009, n°249, p.9

1.3 Cadre législatif et rôle infirmier

La prise en charge de la douleur est inscrite dans le code de la Santé publique :
« toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.8 »

Voici, les principaux textes relatifs à cette prise en charge :

- Circulaire n° 98/94 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocole de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes dans les établissements de santé et institutions médico-sociales.

- Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Article 7 : *« 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. »*

- Charte du patient hospitalisé : *« La prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation de tous les intervenants.9 »*

- Charte de l'enfant hospitalisé¹⁰ rédigée en 1988 lors de la première conférence européenne des associations "Enfants à l' Hôpital":
« Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants. »
« On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur. »

⁸Article L1110-5 de la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé <<http://www.legifrance.gouv.fr/>>

⁹Circulaire DGS /DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés <<http://www.sante.gouv.fr/>>

¹⁰Cf Annexe I

Une des priorités du dernier plan de lutte contre la douleur (2006-2010) est « *d'améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents* ».

Un nouveau plan de lutte contre la douleur est en cours d'élaboration. La continuité de prise en charge des personnes vulnérables (dont les enfants font partie) y sera probablement encore à l'honneur.

Ainsi, ces textes législatifs mettent en avant l'obligation légale de prendre en charge la douleur de l'enfant.

1.4 Mémoire de la douleur

Aujourd'hui, il est reconnu qu'une exposition à la douleur dès la naissance laisse une trace indélébile qui aggrave les sensations douloureuses ressenties par la suite. La douleur a donc une mémoire. Ne pas prendre en compte la douleur de l'enfant peut avoir des conséquences sur celle-ci.

La mémorisation de la douleur a lieu dans le système limbique¹¹. Ce système comprend différentes zones du cerveau dont l'hippocampe et l'amygdale.

L'hippocampe a un rôle important dans le processus de mémorisation et de stockage de souvenirs conscients ou non.

L'amygdale, quant à elle, a pour rôle de décoder les émotions et plus particulièrement les stimuli menaçant pour l'organisme. Cette structure cérébrale reçoit des connexions de la part de plusieurs autres régions du cerveau dont principalement l'hippocampe. C'est probablement l'origine de ce phénomène qui entraîne le déclenchement d'une émotion. « *Or c'est à cause de l'hippocampe et de ses liens étroits avec l'amygdale que tout le contexte associé à un événement traumatisant peut devenir une source d'anxiété*¹². »

L'information émise par le stimulus, atteint l'amygdale par deux voies différentes : directement du thalamus à l'amygdale par une voie courte, rapide mais imprécise et, par le thalamus, le cortex sensoriel et enfin l'amygdale, voie plus longue, lente

¹¹Cf Annexe II

¹²DUBUC, Bruno. *Le Cerveau à tous les Niveaux* [en ligne].

<http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_04/i_04_cr/i_04_cr_peu/i_04_cr_peu.html> (consulté le 23 avril 2012).

mais précise. C'est par le cortex sensoriel que le stimulus émotionnel parvient à l'hippocampe, puis comme cité ci dessus, il atteint l'amygdale. La voie courte permet à l'individu de se préparer à un éventuel danger avant même de savoir précisément ce dont il s'agit, en une fraction de seconde il est sur la défensive. La voie longue quant à elle, envoie des données pour que l'individu adopte le comportement adéquat face à la situation ou au contraire corrige sa pensée, s'il n'y a pas de danger.

Malheureusement, ce sont les moments de souffrance qui restent gravés plus longtemps en nous, contrairement aux moments de bonheur. Mais, l'avantage est que plus l'on cherche à prévenir la souffrance et la douleur, et moins celles-ci restent stockées.

La peur de l'inconnu entraîne une anxiété importante chez l'enfant. Si, lors d'un soin, l'enfant présente un niveau élevé d'anxiété, la crispation entraînera une douleur liée à ce soin, et enregistrera un souvenir beaucoup plus exagéré de celui-ci entraînant inévitablement une crispation pour le prochain soin. Le fait d'anticiper la douleur contribue à élever le niveau d'anxiété et donc, l'intensité de la douleur ressentie. La peur a pour conséquence de générer un cercle vicieux « douleur-anxiété-douleur ». Cela met en avant l'aspect important de la prise en soin de l'enfant dans sa dimension multidimensionnelle.

La mémoire de la douleur est repérable très tôt et a un retentissement direct sur le comportement futur de l'enfant : anxiété, perte de confiance envers les adultes et plus particulièrement les professionnels de santé, hyperalgésie... « *Les attitudes acquises vis-à-vis des expériences douloureuses dans l'enfance tendent à se perpétuer à l'âge adulte.*¹³ »

L'hypnose permet de modifier cette mémoire afin d'avoir moins de caractère émotionnelle.

« Il faut dire à un enfant qu'il va guérir, pour qu'il comprenne qu'après la douleur, il connaîtra le bien-être qui accompagne la guérison. Ainsi la mémoire de

¹³Wolikow M. Douleur et anxiété : prise en charge chez les enfants et adolescents. *Médecine buccale*, 2011, 28-720-K-10, p.6-9

la douleur persiste, mais elle est accompagnée par la mémoire des paroles apaisantes.14 »

Chaque soin, chaque maladie ou même chaque blessure, peut engendrer une douleur, et celle-ci ne doit être, ni interprétée, ni minimisée. Ne pas prendre en compte la douleur de l'enfant peut avoir des conséquences sur la mémoire de la douleur. C'est pourquoi elle doit être systématiquement évaluée.

1.5 Techniques et outils d'évaluation de la douleur

« La sévérité de la douleur n'est connue que par celui qui souffre15 »

« L'évaluation de la douleur est l'objectivation de la douleur d'un enfant à l'aide d'un outil adapté à son âge et à son état.16 »

Il existe deux techniques d'évaluation : l'auto-évaluation et l'hétéro évaluation (plus particulièrement si l'utilisation de la première n'est pas pertinente). Elles ont pour but de diagnostiquer et d'évaluer l'évolution de la douleur, afin de mettre en place un traitement rapidement pour éviter que celle-ci ne s'intensifie. L'évaluation de la douleur doit être réalisée dès l'admission du patient et plusieurs fois dans la journée en vue de suivre son évolution.

Une évaluation de la douleur doit être mise en place :

- avant le soin : permettant d'évaluer l'anxiété de l'enfant, sa peur, ce qui favorisera le choix du ou des moyens antalgiques à mettre en œuvre,
- pendant le soin : permettant d'identifier l'efficacité de l'antalgique et de le réajuster si besoin,
- après le soin : afin de contrôler l'évolution de la douleur et mettre en place une nouvelle analgésie.

A présent, nous allons présenter les deux techniques d'évaluation de la douleur

¹⁴NATAF, Jean-Claude. *La douleur en 200 questions*. Paris : De Vecchi, 2001. 173 p.

¹⁵HUSKISSON, EC. 1979

¹⁶THIBAUT, Pascale et LOMBART, Bénédicte. *L'éVALUATION DE LA DOULEUR DE L'ENFANT*. [en ligne]. 2006. <<http://www.cnrd.fr/L-evaluation-de-la-douleur-chez-l.html>> (17 novembre 2011).

ainsi que leurs outils respectifs. Nous rappelons que nous nous intéresserons principalement aux outils d'évaluation destinés aux enfants âgés de 5 à 10 ans.

□ Outils d'auto-évaluation

Comme son nom l'indique ces outils sont utilisés par le patient afin qu'il nous renseigne sur l'intensité de sa douleur.

L'Echelle des visages¹⁷ (à partir de 4 ans).

L'Echelle Visuelle Analogique Pédiatrique¹⁸ (à partir de 4-6 ans) : elle doit être présentée verticalement pour les enfants.

L'Echelle numérique (à partir de 8-10 ans) : l'enfant doit donner une note à sa douleur comprise entre 0 et 10. « 0 : Tu n'as pas mal et 10 : c'est une douleur très très forte, la plus forte possible. »

L'Echelle Verbale Simple (à partir de 4 ans) : demander à l'enfant « tu as mal un peu, moyen, beaucoup, très fort ? »

Le « schéma du bonhomme » (à partir de 4 ans) : aide l'enfant à localiser sa douleur. Sur deux schémas qui représentent la douleur de face et de dos, l'enfant va devoir « dessiner sa douleur ». Pour cela, il va choisir 4 couleurs pour représenter 4 intensités de douleur (légère, moyenne, forte, très forte).

Le soignant doit s'assurer de la bonne compréhension du patient avant l'utilisation de l'un de ces outils.

L'échelle des jetons (à partir de 4 ans) : elle consiste à présenter 4 jetons avec pour consigne « chaque jeton est un morceau de douleur, prend autant de jetons que tu as mal. Quatre jetons est la plus forte douleur que tu peux avoir ».

□ Outils d'hétéro-évaluation

Utilisé lorsque l'utilisation du langage verbal n'est pas possible, à partir de l'observation des manifestations comportementales. On retrouve principalement :

EVENDOL (0 à 7 ans) : utilisé aux urgences pour des douleurs aiguës.

OPS (Objective Pain Scale) (6 mois à 13 ans) : pour des douleurs post-opératoires.

Echelle CHEOPS (children's hospital Eastern Ontario Pain Scale) (1 à 7 ans) : pour des douleurs post-opératoires (salle de réveil).

PPPM (Parent's Post-operative Pain Measure) (2 à 12 ans) : sert à mesurer au

¹⁷Cf Annexe III

¹⁸Cf Annexe III

domicile pour des douleurs post-opératoires.

FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) (4 à 18 ans) : pour des douleurs post-opératoires ou liées aux soins.

« *La plupart des échelles d'évaluation chez l'enfant sont comportementales :*

• *Observation des signes directs*

- *Raideur*

- *Position antalgique*

- *Atonie psychomotrice*

- *Baisse d'intérêt pour les choses ou les personnes*

- *Perte d'appétit*

- *Pleurs, geignements.*¹⁹ »

Mais l'on retrouve également des signes neuro-végétatifs pouvant indiquer une douleur : sueurs, pâleur, hypertension artérielle, tachycardie, polypnée...

Lorsqu'un soignant a un doute sur le résultat de la douleur de l'enfant, il peut compléter le résultat de l'auto-évaluation par l'utilisation d'un outil d'hétéro-évaluation. Parfois, la douleur peut être parasitée par la faim, l'absence des parents, l'anxiété, l'inconfort... Le soignant doit prendre en compte ce que lui dit l'enfant et/ou ce qu'il observe. Il ne doit pas juger l'enfant par rapport à un autre qui réagira différemment. Plusieurs formes de douleurs peuvent apparaître et notamment des douleurs psychogènes qui montrent des difficultés à être évaluées. D'après Didier Cohen-Salmon, médecin anesthésiste à l'Hôpital d'enfants Armand-Trousseau « *Il faut accepter de se laisser surprendre par la réalité. Évaluer, c'est d'abord observer sans idée préconçue : on ne sait pas à l'avance, on veut savoir.* »²⁰

L'équipe soignante doit choisir l(es)outil(s) adaptée(s) à chaque situation douloureuse, et s'assurer que l'équipe est formée à leur(s) utilisation(s).

Une évaluation systématique, à distance de la prise d'antalgique, doit être réalisée après des soins ou examens qui peuvent s'avérer douloureux.

Il est également nécessaire de déterminer un seuil au delà duquel un traitement antalgique devra être administré.

¹⁹Mme DIDIER. *Traçabilité de la douleur*. 2012.

²⁰COHEN-SALMON, Didier. L'évaluation de la douleur de l'enfant, questions fréquentes et idées reçues. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, février 2009, n°246, p.41-42.

En réalité, il n'y a pas de méthode d'évaluation vraiment établie pour un type de douleur ou une tranche d'âge, le choix varie d'un enfant à un autre.

Il ne faut pas oublier que lorsqu'un soignant a utilisé une échelle d'évaluation de la douleur, l'équipe doit continuer à évaluer la douleur avec le même outil pour un même patient. Ce qui permettra d'obtenir des données pertinentes quant au suivi de la douleur.

Enfin, les scores d'évaluation de la douleur seront consignés dans le dossier du patient afin d'être consultable par tous professionnels de la santé et notamment le médecin qui pourra mettre en place ou ajuster un traitement antalgique.

Une fois la douleur évaluée, il est possible de devoir mettre en place un traitement antalgique pour soulager la douleur de l'enfant. C'est également le cas pour prévenir un soin douloureux.

1.6 Moyens de prévention et traitements de la douleur

□ **Traitements antalgique**

Leur objectif principal est de diminuer la douleur provoquée par les soins (ou les examens) invasifs.

Des moyens de prévention de la douleur peuvent être mis en place avant des soins douloureux (piqûres, point de suture...) :

- **Crème ou patch anesthésiant(e)** : (Emla®) mise en place avant chaque soin nécessitant une effraction cutanée (prélèvement veineux, injection sous cutanée...)

Cette méthode d'analgésie est utilisée pour une anesthésie de la peau ou des muqueuses sur une profondeur de 3 à 5 mm. Le patch est préféré à la crème pour les enfants.

Pour que ce patch soit efficace, le temps d'application doit être compris entre 1h et 4h après la pose. Sa durée d'efficacité après le retrait varie d'1 à 2h.

L'intérêt de cette utilisation est de :

« *Prévenir la douleur liée aux effractions cutanées :*

- *diminuer ou abolir la douleur liée à l'effraction cutanée*
- *diminuer le stress des enfants, prévenir l'apparition d'une phobie des soins*
- *permettre aux soignants d'obtenir une meilleure participation de l'enfant et de sa famille*
- *rétablir un climat de confiance entre le personnel soignant, l'enfant et sa famille.*²¹ »

• **Le gaz MEOPA**²² : utilisé pour des soins douloureux. On retrouve quatre présentations sur le marché : l'Antasol®, l'Oxynox®, le Kalinox® et le Medimix®. L'utilisation de ce gaz relève de la prescription médicale.

Selon l'A.M.M.²³, l'une des indications du Meopa est la « préparation des actes douloureux de courte durée chez l'adulte, chez l'enfant²⁴ [...] ».

Ce gaz a un double effet : antalgique et anxiolytique. Il peut être utilisé par le personnel paramédical spécifiquement formé, une fois que toute contre-indication est écartée par le médecin.

L'ANAES²⁵ préconise l'utilisation du Meopa pour tous les soins provoquant des douleurs légères à modérées dans tous les services de médecines et de chirurgie pédiatrique ainsi que dans tous les services d'urgence. Ce gaz ne doit pas être administré pendant plus de 30 minutes en continu. L'euphorie, les rêves, la modification des perceptions sensorielles (auditives, visuelles) peuvent être des effets associés à son administration. Tandis que des sensations de vertiges, des nausées, vomissements, une sédation profonde... sont reconnus comme effets indésirables.

• **Les antalgiques :**

Dès la détection de la douleur, il faut mettre en place un antalgique de faible intensité, plus la douleur est prévenue tôt et plus ce type d'analgésie sera efficace.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe les antalgiques en trois paliers ou niveaux :

- 1er palier : analgésiques non morphiniques (Paracétamol, Anti-inflammatoire non stéroïdiens (AINS), Aspirine...) pour des douleurs légères à

²¹Référentes douleur pédiatrie. *Utilisation de la crème ou du patch Emla*. Centre Hospitalier d'Auxerre

²²Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote

²³Autorisation de Mise sur le Marché

²⁴Dr M.E VALLE-DAUVISSAT. *Protocole de Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote*. Centre Hospitalier d'Auxerre

²⁵Agence National d'Acréditation et d'Evaluation en Santé

modérées,

- 2 ème palier : morphiniques faibles, actifs sur la perception de la douleur au niveau cérébral (Codéïne, Tramadol...),
- 3 ème palier : opioïde fort (Morphine, Fentanyl...) pour des douleurs sévères.

Chaque palier pourra être administré uniquement après que le précédent se soit montré inefficace et sur prescription médicale.

Il existe également des moyens de prévention adoptant une approche relationnelle de l'enfant.

□ **Prise en charge non médicamenteuse**

• **Méthodes « physiques »** :

- toucher-massage
- « traitement » par le chaud ou le froid grâce à des chauffeuses ou des poches de glace
- respiration
- relaxation

• **Techniques de distraction** : permet de détourner l'attention de l'enfant, pour qu'il se focalise sur autre chose que le soin. En réduisant la douleur par la distraction, on réduit également sa mémorisation.

La peur et la douleur sont deux sensations intimement liées, lorsque la première est prise en charge grâce à des moyens non médicamenteux, cela permet à la douleur, d'être diminuée.

Chanter, compter, faire des bulles, regarder la télévision, parler de ce qui se passe dans la vie de l'enfant (école, fraternité...), gonfler un gant et en créer un personnage, souffler dans un ballon pendant 20s... sont des techniques de distraction.

Pour un enfant tout peut être un jeu, allant même jusqu'au garrot. Qui n'a jamais joué avec l'emballage d'un jouet plutôt qu'avec le jouet lui même ?

• **Hypnose médicale** : son but est d'amener l'enfant à se concentrer sur autre chose, d'être moins focalisé sur le soin. Mais pour cela il faut adapter le choix des

techniques hypnotiques à l'âge de l'enfant. L'hypnose est un état modifié de la conscience. L'hypnose médicale c'est le principe de se servir de la concentration pour emmener l'enfant à penser à autre chose. Contrairement à l'hypnose du monde du spectacle, lors de l'hypnose médicale l'enfant garde le contrôle de ce qui se passe.

• **Neurostimulation trans-cutanée** : c'est une méthode simple d'utilisation et sans danger consistant à appliquer des électrodes sur les zones douloureuses que l'enfant pourra régler lui même (après apprentissage). Ces électrodes soulagent la douleur grâce à un courant électrique de faible intensité transmis par celles-ci. Cette méthode est particulièrement utilisée pour soulager des douleurs d'origine nerveuse ou musculaire.

Avant toute chose, le patient doit être informé sur les raisons et le déroulement du soin.

Si l'enfant est informé sur le type de douleur et sur les moyens pour y remédier alors il réagira mieux à la douleur, et par conséquent, demandera moins d'antalgique que celui qui n'a pas été informé de ce qui allait se passer.

Les moyens de lutte contre la douleur non pharmacologique ne remplacent pas les traitements antalgiques mais peuvent favoriser l'action de ces derniers.

Une douleur peut être atténuée si l'enfant se sent bien entouré, s'il fait confiance au soignant et s'il comprend ce qui se passe. «Quand on a moins peur on a moins mal. »²⁶

²⁶ASSOCIATION SPARADRAP. *J'aime pas les piqûres !* [en ligne]
<<http://www.sparadrapp.org/Enfants/Les-piqures/J-aime-pas-les-piqures/Pour-avoir-moins-peur-et-moins-mal/Avant-la-piqure>> (consulté le 24 novembre 2011)

II. PRELEVEMENT SANGUIN

2.1 Définition

« La ponction veineuse est le prélèvement d'un échantillon de sang veineux afin de réaliser une analyse de biologie médicale.²⁷ »

2.2 Cadre législatif

« L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

[...] 35. Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux.²⁸ »

2.3 Intérêts

« Il permet d'effectuer diverses recherches : hématologiques, bactériologiques, sérologiques, ...

Plusieurs intérêts:

- établir un diagnostic : connaître la cause de symptômes cliniques...
- surveiller l'évolution d'un état, d'une pathologie (gravité, guérison...)
- rechercher un lien génétique
- étudier la pharmacocinétique d'un médicament dans l'organisme

Le prélèvement sanguin peut être réalisé lors d'une hospitalisation, dans une situation d'urgence vitale ou lors d'une consultation en externe.²⁹ »

²⁷SOINS-INFIRMIERS.COM. *Le prélèvement de sang par ponction veineuse* [en ligne]. <http://www.soins-infirmiers.com/prise_de_sang_ponction_veineuse.php> (consulté le 11 mars 2012)

²⁸Article R4311-7 du Code de la Santé Publique (Modifié par Décret 2005-840 2005-07-20 art. 11 4° JORF 26 juillet 2005)

²⁹Référentes « étudiants » du service de Pédiatrie. *Prélèvement sanguin en macro méthode*. 2009.

2.4 Déroulement du soin

Avant tout prélèvement l'enfant doit être informé du soin. L'infirmière lui explique les raisons de celui-ci, et lui annonce également son déroulement, dans un vocabulaire adapté. L'association Sparadrap,³⁰ a créée des livrets pour expliquer aux enfants comment va se dérouler un soin, un examen, une opération. Il existe une fiche « Prise de sang³¹ » avec des illustrations, et des explications compréhensible pour un enfant.

Un soignant calme, apportant une information adaptée et positive à l'enfant, permettra à ce dernier de se sentir plus en sécurité.

L'information est indispensable dans la prévention de la douleur chez l'enfant.

Elle doit être appliquée au bon moment, ni trop tôt (cause d'anxiété) ni trop tard (inefficace). Elle doit être adaptée à l'âge de l'enfant et être juste. Il ne faut pas mentir à l'enfant en banalisant le soin, ni extrapoler ce qui engendrera de la crainte de la part de l'enfant. L'information pourra également être apportée par le jeu, grâce à la représentation du soin sur un objet (poupée, doudou...) pour l'aider à visualiser le soin.

Lander (1996 étude d'EMLA® contre placebo chez 258 enfants de 5-18 ans) a démontré que lors d'un prélèvement sanguin, « l'anxiété entraîne une surestimation de la douleur attendue et réduit l'efficacité de la crème EMLA.³² »

La présence des parents permet de sécuriser l'enfant mais elle n'est pas obligatoire. Le soignant pourra préciser le « rôle » qu'ils pourront jouer pour rassurer leur enfant (distraction, massage...). Un parent acteur vaut mieux qu'un parent spectateur qui se sentira impuissant face à la douleur de son enfant.

Les parents sont un outil clé dans la prise en charge de l'enfant, c'est pourquoi il ne faut pas qu'ils soient mis à l'écart et doivent être écoutés au même titre que l'enfant. Une relation de confiance est primordiale entre le soignant et les parents. Des parents confiants, vont renvoyer une « bonne image » à leur enfant qui va lui même adopter le même état d'esprit.

³⁰<http://www.sparadrap.org>

³¹Cf Annexe IV

³²CELESTIN-LHOPITEAU, Isabelle. *Prise en charge non pharmacologique de la douleur provoquée par les soins chez l'enfant* [en ligne]. <<http://www.cnrd.fr/Prise-en-charge-non.html>> (consulté le 24 avril)

La présence d'un parent anxieux, trop protecteur, peut apporter un frein au soin, et être la cause d'un échec.

C'est pourquoi il faut y remédier et apporter attention et écoute aux parents pour qu'ils puissent être présents. Dans certains établissements, la présence des parents lors des soins est critiquée et refusée. Nadine FIEZ, cadre infirmière de l'unité douleur à l'hôpital d'enfants Armand Trousseau ajoute :

« le gros défaut c'est de ne pas préparer les parents aux soins de l'enfant. Il est important d'effectuer un vrai travail préparatoire [...] mais je pense que c'est souvent une question de moyens. Si on a des moyens antalgiques efficaces, on va rapidement proposer aux parents de rester. Mais si on n'a pas de moyens efficaces, on n'a pas envie qu'ils soient témoins d'une prise en charge insuffisante, donc on a tendance à les faire sortir...³³ »

Parfois les parents peuvent renseigner le soignant sur les solutions qu'ils ont pour soulager la douleur de leur enfant : « Que faites vous quand votre enfant a mal ? » ; « Qu'est-ce qui est le plus efficace pour le soulager ? »
Mais l'enfant peut lui même apporter des solutions pour soulager son anxiété ou sa douleur : « Qu'est ce que tu voudrais qu'on fasse pour toi quand tu as mal ? » ; « Qu'est-ce qui t'aide le plus pour faire partir la douleur ? »...

En règle générale et en application du protocole, l'équipe soignante dispose un patch anesthésiant (patch EMLA® par exemple) sur la zone à « piquer ».

Une fois retiré, il est préférable d'attendre 10 à 15 minutes avant le prélèvement sanguin, ce qui permet à la peau, de faciliter sa recoloration et à la veine de réapparaître.

L'enfant est installé confortablement. L'ensemble du matériel pour la réalisation du soin doit être prévu. Une organisation scrupuleuse mettra en avant la confiance de l'enfant, contrairement à un soignant qui sortira régulièrement de la chambre car il a oublié son matériel. Pendant la préparation, il faut privilégier la mise du garrot sur les vêtements pour éviter le pincement de la peau.

Même s'il a eu connaissance du déroulement du soin, l'infirmière informe l'enfant de chacun de ses gestes avant de les réaliser (« je te mets le garrot », « je désinfecte l'endroit où je vais piquer »...)

Les infirmières peuvent utiliser le jeu par l'intermédiaire de l'auxiliaire de

³³CASTILLA, Cécile. Traiter la douleur de l'enfant. *Objectifs Soins*, mai 2003, n°116, p.9.

puériculture.

Il est difficile pour un soignant d'assumer seul le soin en même temps que le jeu. Distraire l'enfant, l'aiguille à la main n'est pas vraiment rassurant pour celui-ci. C'est pourquoi, le travail en équipe est important. Selon Cauvin, écrivain français, « *une équipe est le lieu où se développe les solidarités, où se renforcent les actions de chacun par le jeu des échanges, où s'unifie l'activité, où se crée un esprit commun*³⁴ ». Le travail en équipe permet à chacun, selon sa compétence, d'apporter des solutions face à un problème commun. Les membres d'une équipe sont interdépendants. Pour une prise en charge adéquate il est nécessaire d'organiser un travail en collaboration avec différents acteurs de soins. Chacun à sa place et peut exprimer ses idées. La collaboration puéricultrice/infirmière et auxiliaire de puéricultrice est essentielle pour une meilleure prise en soins de l'enfant. Lors du prélèvement sanguin, cette aide peut avoir différents rôles : maintenir l'enfant, le divertir, le rassurer...

A présent, pour comprendre comment un prélèvement sanguin peut être douloureux, nous allons expliquer comment survient la douleur.

2.5 Mécanisme de la douleur

« Il faut savoir, avant toutes choses, qu'il n'existe pas de récepteurs spécifiques de la douleur. De nombreux facteurs interviennent dans l'apparition d'un phénomène douloureux en périphérie, et les récepteurs situés au niveau de la peau et des organes peuvent envoyer des messages douloureux, soit par l'hyperstimulation, soit par l'irritation lors d'agressions locales. »³⁵

Le prélèvement sanguin reste l'action de piquer et c'est ce phénomène douloureux que nous allons illustrer.

Un stimulus douloureux, comme la piqûre, provoque l'excitation des terminaisons nerveuses. Cela entraîne la formation d'un message nerveux qui va se déplacer le long des neurones (éléments qui constituent les nerfs) pour arriver à la moelle épinière.

C'est alors qu'un phénomène a lieu : le mécanisme réflexe. Le message nerveux en

³⁴FORMARIER, Monique et JOVIC, Ljiljana. *Les Concepts en Sciences Infirmières*. Lyon : Mallet Conseil, 2009. 290 p.

³⁵Dr RODRIGUEZ. *La sensation douloureuse*. 2011

partant par les nerfs sensitifs va déclencher la contraction des muscles et provoquer le mouvement de retrait du membre. Ce mouvement est involontaire, stéréotypé (invariable et le même pour tous) et inné (attribué dès la naissance), c'est en cela qu'on le qualifie de réflexe.

Mais ce n'est pas lui qui est à l'origine de la sensation de douleur, c'est donc un deuxième phénomène, qui a lieu dans la moelle épinière et qui crée la douleur. Lorsque le message nerveux arrive dans la moelle épinière il est transmis jusqu'au cerveau, quand la douleur est trop intense ce dernier peut la réduire grâce à un interneurone. C'est un « *neurone de petite taille, localisé dans un centre nerveux et situé entre deux neurones*³⁶ ». Il va libérer les enképhalines et les bêta endorphines qui sont des opiacés naturels (substances qui permettent de lutter naturellement contre la douleur).

Cet exemple démontre les réactions du corps humain lorsqu'il ressent le sentiment douloureux d'être piqué. La douleur est un signal en cas de menace. Cela montre également ce que pourrait ressentir un enfant qui ne serait pas préparé à cette douleur, il retirerait son bras, pour ne plus éprouver ce phénomène douloureux.

³⁶L'*analgésie par acupuncture*. [en ligne]. <<http://analgesie-acupuncture.e-monsite.com/pages/lexique>> (consulté le 26 avril 2012).

II. DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT FACE A LA **DOULEUR**

Nous allons présenter la perception et la compréhension de la douleur en fonction de l'âge de l'enfant.

Le développement cognitif, c'est à dire le développement de la connaissance, est déterminant pour saisir ce que l'enfant comprend sur sa maladie, sur sa douleur et sur les moyens dont il dispose pour communiquer.

Jean Piaget, psychologue suisse, a tenté de comprendre ce développement.

De 0 à 2 ans : succession d'étapes : stade des réflexes, premières habitudes motrices puis l'intelligence sensori-motrice.

De 2 à 7 ans : stade de la pensée préopératoire. L'enfant a du mal à dissocier ses propres pensées de celles des autres. Ses pensées sont dominées par des représentations symboliques. Il ne sait pas faire la différence entre la cause et la conséquence de la douleur, ni le rapprochement entre traitement et soulagement. L'enfant a besoin d'être rassuré, sa douleur ne doit pas être le fruit d'une punition.

De 7 à 11 ans : stade des opérations concrètes. L'enfant peut enfin faire la distinction entre la cause et la conséquence de la maladie. La douleur peut être décrite d'un point de vue quantitatif et qualitatif. Il comprend l'importance de certains actes thérapeutiques. La description et l'évaluation de leur douleur se fait avec plus de précision.

A partir de 4-5 ans : l'enfant a la capacité d'évaluer sa douleur ainsi qu'à repérer des solutions pour lutter contre celle-ci (lors d'une chute, frotter sur la bosse par exemple).

A partir de 7 ans : il comprend le lien « cause à effet » et il est capable d'expliquer le pourquoi de la douleur.

A partir de 8-10 ans : il peut chiffrer sa douleur, la décrire et plus tard en comprendre la cause.

3-7 ans : âge rebelle, celui du rejet des soins, ou l'enfant exprimera sa douleur spontanément par des pleurs notamment.

7-12 ans : ont une facilité à raisonner sur les bienfaits d'un soin, mais sont en phase d'intériorisation, ce qui complique l'expression de la douleur.

« En effet, l'enfant de 8 à 12 ans nie fréquemment sa propre douleur, soit qu'il redoute les soins à venir, soit dans le souci de « protéger » affectivement ses parents, soit encore du fait d'un sentiment de culpabilité qui lui fait identifier la douleur incompréhensible avec la punition d'une faute. »

Jusqu'à l'âge de 6 ans, l'enfant attribue sa souffrance, sa maladie, à des éléments magiques, ou même à la sanction après une bêtise ou une faute. Puis de 7 à 11 ans, (âge de la pensée concrète), les causes sont dissociées de son corps (ex : « un microbe dangereux a attaqué son corps »).³⁷

Les enfants entre 3 et 5 ans (voir 7 ans) ont tendance à adopter la loi du « tout ou rien » en choisissant les extrêmes des échelles qui leur sont proposées car ils ne savent pas quantifier les choses.

En cas de doute (surtout chez l'enfant de moins de 6 ans) on pourra utiliser une échelle d'autoévaluation et une d'hétéro-évaluation.

Chez l'enfant de plus de 5 ans, il vaut mieux lui dire « je sais que tu as mal peux tu me dire combien tu as mal? » plutôt que de lui demander « est ce que tu as mal » ou la réponse serait plus facilement non, car l'enfant sera emprunt à penser qu'en disant oui, il va devoir rester plus longtemps à l'hôpital ou sera moins courageux.

Après 6 ans, les enfants sont capables d'expliquer leur douleur et de fournir une autoévaluation valable de celle-ci à condition qu'il leur soit proposés des outils d'évaluation et des explications adaptées à leur âge.

A partir de 8 ans, l'échelle numérique peut être utilisée, mais pour être fiable, il faut que l'enfant ait acquis la signification quantitative des chiffres. Le fait de savoir compter de 0 à 10 n'est pas suffisant.

³⁷HUOT-MARCHAND, Martine. Les relations parents-enfant-professionnels à l'hôpital. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, août 2009, n°249, p.16-20.

L'enfant ne comprend pas que pour qu'on lui fasse du bien il faut lui faire « du mal ». C'est seulement à partir de 7-8 ans qu'il pourra comprendre les bienfaits de la piqûre.

Il arrive que l'enfant refuse d'évaluer sa douleur dans certaines conditions (enfants trop fatigué...), il faut alors lui expliquer l'importance de cette évaluation et le rôle qu'il va jouer dans la prise en charge de sa douleur.

Même si les mentalités de la société ont évolués au cours des années, on retrouve tout de même des petits garçons qui doivent se montrer fort et ne pas montrer leur souffrance, car ce sont des « hommes » et être indulgent lorsqu'une petite fille pleure car elle est plus fragile. « Sois courageux ! Tu vois bien que ce n'est rien, tu ne vas pas pleurer, tu es grand ! »

« Catherine Devoldère, chef de service de pédiatrie et néonatalogie au CH d'Abbeville (80), même si la prévention de la douleur provoquée par les soins est possible dans la plupart des cas, elle doit tenir compte de l'âge de l'enfant, de son développement psychomoteur, de la pharmacologie des produits utilisés et des indications », « soulignant également la nécessité d'une démarche pluridisciplinaire, en équipe et d'une formation adaptée. »³⁸

³⁸BARSKY, Emmanuelle. Prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins. *Soins Pédiatrie/Puericulture*, février 2009, n°246, p.6.

DEUXIEME PARTIE
: ANALYSE DE
L'OUTIL
D'ENQUETE

I. METHODOLOGIE

« L'enquête est une recherche méthodique et une collecte d'information portant ou non sur l'ensemble de la population étudiée.³⁹ »

Avant de choisir un outil d'enquête (questionnaire, entretien...) il faut établir un lien avec les recherches effectuées afin d'élaborer une hypothèse de la situation qui permettra d'être vérifiée par l'étude.

Ce raisonnement que j'ai mené sur mon sujet d'étude m'a permis de déduire une hypothèse de recherche : **une « prévention de qualité » permet de diminuer la douleur liée au prélèvement sanguin.**

C'est à partir de là que j'ai décidé de choisir un outil d'enquête : le questionnaire.

Le questionnaire d'enquête n'est pas une liste de questions désordonnées, c'est un *« outil permettant de recueillir des informations de manière méthodique. Il se situe dans un travail de recherche. Les données permettent de vérifier les hypothèses de recherche.⁴⁰ »*

Mon thème étant définie par avance et mon hypothèse trouvée, il ne me restait plus qu'à trouver un échantillon de personnes à questionner. J'ai bien entendu choisi de le diffuser dans un service de pédiatrie, et de le destiner exclusivement aux infirmières et puéricultrices, seules soignantes à même de réaliser un prélèvement sanguin.

J'ai suivi la méthodologie d'élaboration d'un questionnaire d'après mes études

³⁹LEHU, Jean Marc. *L'encyclopédie du marketing*. Editions d'organisation, 2004. 956p.

⁴⁰IFSI PREMONTRE. *Methodologie TFE : Les outils d'enquête*. Octobre 2000

antérieures.

Mon questionnaire se compose de trois parties : une introduction, un corps (contenant les questions) et enfin une conclusion.

Dans ma partie introductive, j'ai précisé mon statut, afin que le questionné sache qui en est à l'origine. J'ai voulu préciser mon thème d'étude afin qu'il soit orienté sur les questions qui allaient être abordées par la suite, ainsi que ma question de départ permettant de voir ma démarche de recherche.

Bien entendu, dans mon questionnaire, j'ai précisé la garantie de l'anonymat, la rapidité des réponses à apporter et l'utilisation qui sera faite des réponses.

L'objectif principal de ce questionnaire étant d'en analyser la forme, et non de faire une analyse représentative des réponses. Lorsque l'on souhaite diffuser un questionnaire, il faut tout d'abord le soumettre à 2-3 personnes afin de le tester. En fonction des remarques il pourra être corrigé avant d'être diffusé à plus grande échelle. Pour les questionnaires, les consignes étaient d'en diffuser trois.

Dans mon corpus, j'ai décidé de séparer en deux rubriques mon questionnement : une partie concernant la personne interrogée personnellement et la deuxième concernant le prélèvement sanguin en lui-même. J'y ai introduit différent type de questions : fermées (oui ou non), questions proposant plusieurs choix de réponses à l'enquêté (ex : question 3⁴¹), ouvertes, laissant à l'enquêté la possibilité d'apporter des réponses personnalisées (ex : question 11) ainsi que des questions filtres, permettant d'orienter les personnes interrogées en fonction de leurs réponses (ex : question 14)

J'ai trouvé pertinent de terminer ce questionnaire par une question d'opinion sur mon outil, me permettant ainsi d'avoir une critique sur celui-ci, j'ai choisi de ne pas le mentionner dès le départ pour ne pas focaliser l'attention de l'enquêté uniquement sur ce critère.

Enfin, j'ai terminé cet outil par des remerciements.

Pour mes questionnements sur mon sujet et ma recherche d'information je me suis adressée à une puéricultrice du service de pédiatrie et plus particulièrement la référente douleur.

⁴¹Cf Annexe V

La restriction à 3 questionnaires étant pénalisant, nous avons décidé que ce serait elle qui choisirait trois de ses collègues afin qu'elles répondent scrupuleusement à mes questions.

C'est donc après accord du directeur des soins et de la cadre de santé du service de pédiatrie, que je lui ai transmis mes 3 questionnaires.

II. ANALYSE DU TEST

« *L'intérêt des réponses dépend largement de l'intérêt des questions.*⁴² »

Deux semaines après avoir transmis mes questionnaires, je suis retournée en pédiatrie pour les récupérer.

J'ai dépouillé mes trois questionnaires. Malgré le nombre non représentatif de cet outil d'enquête, j'ai choisi d'en analyser, de manière générale, son contenu.

Ce sont trois puéricultrices qui ont répondu à mon enquête. Toutes les trois ont plusieurs années d'expérience auprès des enfants (environ 9 ans).

A la question, demandant s'ils ont suivi une formation sur la prise en charge de la douleur, 2 puéricultrices ont répondu « oui », dont l'une spécifie qu'elle a suivi cette formation lorsqu'elle était à l'école de puéricultrice.

Pour les réponses apportées au prélèvement sanguin :

Chaque soignant informe l'enfant et le parent de l'intérêt du soin et son déroulement. Cependant, toutes ont répondu « non » quant à la représentation du soin sur un objet. Je pense que cela s'explique par le manque de temps que le soignant dispose et, c'est probablement la solution choisie vis à vis d'un enfant dont les informations ne suffisent pas à le rassurer.

Aucune soignante ne réalise un prélèvement sanguin seule, l'auxiliaire de puéricultrice est l'aide principale, une soignante a ajouté que les parents, le médecin et l'étudiant pouvaient aussi apporter leur aide. Cette aide permet, entre autre, de maintenir l'enfant, de le distraire.

Comme l'a mentionné l'une des personnes interrogée, la question 8, ainsi que la question 9 qui en découle n'avait pas de logique à être placée dans la partie prélèvement sanguin. Effectivement, cette question avait son importance, mais,

⁴²ARON, Raymond. *Les étapes de la pensée sociologique*. Paris : Gallimard, 1987. 370p.

j'aurai probablement dû la poser dans la première partie, car cela concerne la douleur en général et pas seulement lors d'un prélèvement sanguin. De même, ma question 9, aurait dut impliquer le fait que certains soignants n'utilisent pas d'outils d'évaluation de la douleur, contrairement à ce que j'ai fais.

Pour en revenir au prélèvement sanguin, chaque soignant a répondu qu'il utilisait des moyens de distraction diverses (chansons, discuter avec l'enfant de l'école, de ses amis...) l'une d'entre elles a précisé qu'il fallait parfois laisser faire les parents qui savent mieux que quiconque comment distraire leur enfant et elle a résumé les techniques de distraction comme étant « tout ce qui fait que l'enfant peut penser à autre chose et détourner son attention du prélèvement. »

Je me suis intéressée aux principales difficultés que pouvait rencontrer le soignant face à un enfant inquiet. D'une manière générale celles-ci m'ont répondu, que l'enfant se raidit, se débat, il n'accepte pas le soin... cela rend donc le prélèvement difficile et pénible pour l'enfant mais aussi le soignant. Cela augmente le stress de celui-ci, qui a peur d'échouer et qui transmet son inquiétude à l'enfant. Elles expriment leurs craintes de faire pleurer un enfant, de le faire souffrir sans le vouloir.

Par rapport à la question concernant les techniques de prévention de la douleur utilisés par les soignants (question 12), l'un des questionné a trouvé que cette question se recoupait avec celle concernant les techniques de distraction (question 10). Pour elle les techniques de prévention permettent la prévention de la douleur. J'aurai éventuellement pu reformuler ma question autrement, afin d'éviter les répétitions.

Actuellement, dès la sensation de douleur nous nous dirigeons vers un soin pharmaceutique (analgésiques notamment), je voulais donc savoir quelle était l'importance de l'utilisation des techniques non médicamenteuse, pour les soignants. Ceux-ci sont tous d'accord sur son importance et le justifie en parlant de valorisation de leur travail, que leur utilisation relèvent de leur rôle propre. L'une des soignantes évoque le fait que la douleur dépend du vécu de chacun ainsi que de sa mémorisation, elle évoque notamment le facteur psychologique qui peut jouer sur la douleur.

Le prélèvement sanguin, réalisé sur un enfant, peut apporter des difficultés, en raison de son capital veineux qui est moins facile à piquer que celui de l'adulte. J'ai voulu formuler une question sur l'attitude qu'adoptait l'infirmière, lorsqu'elle

échouait lors d'un prélèvement sanguin et au besoin si elle passait le relais. Pour ne pas juger et être négative, j'ai préféré construire une question neutre en demandant s'il leur arrivait d'échouer lors d'un prélèvement sanguin. Toutes les trois ont répondu affirmativement à cette question et l'une d'entre elle a précisé que, l'échec est probable pour tous. Elle propose une reformulation : « Quand vous échouez lors d'un prélèvement passez-vous le relais? » ce qui implique forcément l'échec. L'idée générale qui en ressort est qu'elles passent le relais mais pas forcément au premier échec. Quant aux raisons de cet échec, elles évoquent principalement l'état de santé de l'enfant, le problème de veines collabées, impossible à voir, l'agitation de l'enfant et le stress lié à l'urgence.

Enfin, toutes les soignantes m'ont apportés leur opinion concernant mon questionnaire. Leurs avis sur certaines questions ont été abordés ci-dessus. Dans l'ensemble, elles évoquent un questionnaire « pas trop long », avec des questions claires, mais l'une d'elle me rapporte qu'il a été « assez rapide à répondre » tandis qu'une autre mentionne « j'ai mis une demi-heure pour le remplir ».

Les raisons de cette variation de temps peuvent elles résulter d'un manque d'implication ou de temps ?

En dépit du nombre non significatif de questionnaire, je pense néanmoins que mon hypothèse peut être affirmée : une « prévention de qualité » permet de diminuer la douleur liée au prélèvement sanguin. Cela a pu être démontré grâce à l'utilisation, par les soignants, de techniques de prévention de la douleur et notamment les techniques de distraction.

CONCLUSION

De nos jours, le monde du travail se caractérise par le fait de faire plus et encore plus. C'est une vraie course contre le temps. Les services hospitalier n'échappent pas à la règle, en tant qu'étudiant, nous avons le « temps de prendre le temps » pour rester auprès d'un patient, puisque nous ne faisons pas partie de l'effectif du service. Malheureusement, en général, les soignants manquent de temps, à leur grande insatisfaction. C'est probablement la raison du manque d'explication à l'avance, lors d'un soin que l'on peut retrouver parfois, principalement, dans les services non spécialisés à l'enfant.

La lutte contre la douleur est devenue l'un des enjeux majeurs du système de santé et particulièrement en pédiatrie.

« La douleur n'existe que parce qu'elle est ressentie. Elle ne se voit pas, ne se palpe pas, elle n'est pas directement mesurable. Il n'y a pas d'accès direct à la douleur d'autrui. Toute approche de la douleur de l'autre passe par la communication.⁴³ »

Il me semble que, cette prise en charge est une priorité face à laquelle tout soignant doit adopter des stratégies de prévention et ce, particulièrement pour des enfants qui ne savent pas toujours comment y faire face. Il ne suffit pas de leur faire des soins, il faut les prendre en soin.

La prise en charge de la douleur est un droit fondamental reconnu pour tous.

Ce travail de recherche m'a permis de m'investir pleinement dans un cheminement de pensée et m'a permis de renforcer mon ambition de spécialisation. Travailler sur le thème de la douleur, nous remet en question aussi bien en tant que soignant,

⁴³GAUVAIN-PIQUARD, Annie et MEIGNIER, Michel. *La douleur de l'enfant*. Paris : Calmann-Levy, 1993. 265p.

qu'en tant qu'être humain. La douleur existe depuis le début de la création de l'homme, et l'homme lui-même, n'a jamais trouvé le remède pour la faire disparaître totalement. Les progrès de la médecine, ont permis néanmoins, d'en supprimer un grand nombre, notamment grâce aux anesthésiants utilisés lors d'interventions chirurgicales.

On ne s'intéresse à la douleur de l'enfant que depuis les années 1980. Cette prise en charge tardive, est dû à la réflexion humaine qui pensait que l'enfant ne pouvait pas ressentir la douleur, puisque son système nerveux n'était pas encore abouti. Ce sont de nombreuses recherches, qui ont permis de se rendre compte que l'enfant pouvait avoir mal, et que cette souffrance avait la capacité de rester gravé dans sa mémoire.

L'enfant est un être fragile, incapable de faire face à sa souffrance. C'est pourquoi, il est important de continuer à trouver des moyens, pour diminuer cette douleur, ou bien même la supprimer.

Un enfant dont la douleur n'est pas prise en charge dès la naissance, risque de devenir un adulte phobique des soins médicaux. Prendre en soin la douleur d'un enfant est important, dans le présent mais également pour son futur. De ce fait, l'information apportée au patient est importante, diminuer ses craintes, sa peur, permet de diminuer la douleur causée par les soins.

Ainsi, les recherches et les formations permettant de prendre en compte la douleur occasionnée par les soins ne doivent jamais cesser. Chaque enfant deviendra adulte, aussi, leur prise en charge dès la naissance permettra d'éviter l'accumulation de la mémorisation douloureuse.

En outre, toutes ces informations m'ont permis de comprendre l'importance de prévenir la douleur chez l'enfant, mais également de connaître un moyen de prévention encore peu développé : l'hypnose.

En définitif, une étude en amenant une autre, le travail de recherche ne s'arrête jamais.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- ARON, Raymond. *Les étapes de la pensée sociologique*. Paris : Gallimard, 1987. 370 p.
- FORMARIER, Monique et JOVIC, Ljiljana. *Les Concepts en Sciences Infirmières*. Lyon : Mallet Conseil, 2009. 290 p.
- GAUVAIN-PIQUARD, Annie et MEIGNIER, Michel. *La douleur de l'enfant*. Paris : Calmann-Levy, 1993. 265 p.
- LEHU, Jean Marc. *L'encyclopédie du marketing*. Editions d'organisation, 2004. 956 p.

Articles de périodiques :

- ANNEQUIN, D. Les difficultés de prise en charge de la douleur de l'enfant. *Séance thématique*, 2000, n°2, vol 58, p.84-93.
- ANNEQUIN, D. Les moyens de lutte contre les douleurs iatrogènes en pédiatrie. *Impact Médecine*, novembre 2003, n°56, p.41.
- BARSKY, Emmanuelle. Prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, février 2009, n°246, p.6.
- BRUNHOFF, Matthieu. Après-propos : Le point de vue du pédiatre sur la douleur de l'enfant. *Enfance*, 2006, Vol. 58, p. 100-102.

- CASTILLA, Cécile. Traiter la douleur de l'enfant. *Objectifs Soins*, mai 2003, n°116, p.9.
- CINERMAN, Patricia. Apporter des réponses à la douleur de l'enfant. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, avril 2004, n°216, p.7.
- CINERMAN, Patricia. Réponses à la douleur de l'enfant. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, janvier-février 2003, n°210, p.8-9.
- COHEN-SALMON, Didier. L'évaluation de la douleur de l'enfant, questions fréquentes et idées reçues. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, février 2009, n°246, p.41-42.
- COUMAU, Cécile et DUMERY, Sophie. La douleur au centre de soin pédiatrique. *Impact Médecine*, octobre 2004, n°91, p.50.
- FOURNIER-CHARRIERE, E. et DOMMERGUES, J.P. Avant la prescription : reconnaître et évaluer la douleur, rassurer. *La Presse Médicale*, 7 juin 1997, n°19, p. 919-923.
- GOSSET, B. et al. La prévention de la douleur liée aux injections de toxine botulique chez l'enfant. *Soins*, avril 2012, n°764, p.21-24.
- HUOT-MARCHAND, Martine. Les relations parents-enfant-professionnels à l'hôpital. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, août 2009, n°249, p.16-20.
- SALMON, Karen et al. Mémoire et douleur chez l'enfant. *Douleurs*, 2004, n°3. p.133-142.
- MELLIER, Daniel et REZRAZI, Amine. Les douleurs passées ont-elles une mémoire chez les enfants ? *Enfance*, 2006, Vol. 58, p. 40-51.
- MONTERO, Michèle. Favoriser la présence des parents lors d'un soin douloureux. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, août 2009, n°249, p.9.
- OLIVIER, D. L'antalgie pédiatrique en question. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, août 2004, n°219, p.13.
- SCREPEL, Anne Laure et GATBOIS, Edith. Prendre en charge la douleur en hospitalisation à domicile pédiatrique. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, février 2009, n°246, p.27-29.
- THIBAUT, Pascale. "La douleur de l'enfant, quelles réponses ?", 12^{ème} journée de l'Unesco, 2 juin 2005. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, août 2005, n°225, p.4-5.
- THIBAUT, Pascale. Comprendre et prévenir la douleur provoquée par les soins. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, décembre 2006, n°233, p.7.

- THIBAUT, Pascale. Prendre en charge la douleur de l'enfant. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, février 2004, n°216, p.7.
- THIBAUT, Pascale. Un centre national pour la prise en charge et la prévention de la douleur aiguë induite par les soins. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, août 2003, n°213, p.9.
- THIOLLIER, Anne et DUPARC, Nathalie. Evaluer la douleur en pédiatrie, un vrai défi. *Revue de l'infirmière*, octobre 2008, n°144, p.36-37.
- VINCENT, B. et HORLE, B. et WOOD, C. Evaluation de la douleur de l'enfant. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2010, p.349-357.
- WOLIKOW, M. Douleur et anxiété : prise en charge chez les enfants et adolescents. *Médecine buccale*, 2011, 28-720-K-10, p.6-9

Textes officiels :

- FRANCE. Article L1110-5 de la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. <<http://www.legifrance.gouv.fr/>>
- FRANCE. Article R4311-7 du Code de la Santé Publique (Modifié par Décret 2005-840 2005-07-20 art. 11 4° JORF 26 juillet 2005).
- FRANCE. Circulaire DGS /DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés <<http://www.sante.gouv.fr/>>

Mémoires :

- BURON, Bénédicte. *Douleur et inconfort de l'enfant en néonatalogie*. Mémoire. 2000.
- DERUT, Vanessa. *La communication au cœur de la pédiatrie*. Mémoire IFSI. Les Murets : IFSI, 2004. 35 p.
- GUENDOUZE, Mounir. *Distraction, le meilleur moyen d'attirer l'attention ?* Mémoire IFSI. Neufchateau-Vittel : IFSI, 2009. 34 p.
- HEIME, Mathieu. *L'enfant, ses parents et le soin invasif*. Mémoire IFSI. Auxerre : IFSI, 2003. 40 p.

Références Internet :

- <<http://www.pediadol.org/>> (consulté tout au long du travail de recherche).
- <<http://www.sparadrap.org>> (consulté tout au long du travail de recherche)
- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION DE LA SANTE. *EVALUATION ET STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUË EN AMBULATOIRE CHEZ L'ENFANT DE 1 MOIS À 15 ANS* [EN LIGNE]. <<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulenfrap2.pdf>> (consulté le 18 avril 2012).
- CELESTIN-LHOPITEAU, Isabelle. *Prise en charge non pharmacologique de la douleur provoquée par les soins chez l'enfant* [en ligne]. <<http://www.cnrdr.fr/Prise-en-charge-non.html>> (consulté le 24 avril).
- CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR. *Enfant* [en ligne]. <<http://www.cnrdr.fr/-Enfant-.html>> (consulté le 10 novembre 2011).
- CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR. *La douleur n'est pas une fatalité* [en ligne]. <http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Contrat_d_engagement_de_prise_en_charge_de_la_douleur_de_1_enfant-2.pdf> (consulté le 27 novembre 2011).
- DUBUC, Bruno. *Le Cerveau à tous les Niveaux* [en ligne]. <http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_04/i_04_cr/i_04_cr_peu/i_04_cr_peu.html> (consulté le 23 avril 2012).
- HORDE, P. *La prise en charge de la douleur chez l'enfant* [en ligne]. <<http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/pediatrie/la-prise-en-charge-de-la-douleur-chez-l-enfant>> (consulté le 16 avril 2012).
- IFSI PREMONTRE. *Methodologie TFE : Les outils d'enquête*. [en ligne]. Octobre 2000. <<http://promothee2004.free.fr/Documents/methodotravecrit.pdf>> (consulté le 6 Novembre 2011).
- INSTITUT UPSA DE LA DOULEUR. *Mécanisme de la douleur* [en ligne]. <http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id-126/Mecanismes_de_la_douleur.igwsh> (consulté le 15 octobre 2011).
- *L'analgésie par acupuncture*. [en ligne]. <<http://analgesie-acupuncture.e-monsite.com/pages/lexique>> (consulté le 26 avril 2012).
- LAINE, S. *Cheminement de la douleur* [en ligne]. <<http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/douleur/articles/12615-origine->

douleur.htm> (consulté le 6 mars 2012).

□ MUNDIPHARMA. *Parcours douleur* [en ligne]. <<http://www.youtube.com/watch?v=3w-wjZxjmmM&feature=related>> (consulté le 26 avril 2011).

□ NETTER, Jean-Luc. *TFE - Apporter du soin à la forme finale* [en ligne]. <www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsitfe/tfe-apporter-du-soin-a-la-forme-finale.html> (consulté le 5 mai 2012).

□ PRISER, C. *Cours-Physiologie-La douleur* [en ligne]. <<http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsitcours/cours-physiologie-la-douleur.html>> (consulté le 17 octobre 2011).

□ RIBAU, Claire et SUC, Agnès. *La douleur chez l'enfant* [en ligne]. <[http://www.ethique.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/f1d9d7eb4224eb49c1256f8c0055981a/\\$FILE/Page1.pdf](http://www.ethique.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/f1d9d7eb4224eb49c1256f8c0055981a/$FILE/Page1.pdf)> (consulté le 23 Février 2012).

□ THIBAUT, Pascale et LOMBART, Bénédicte. *L'éVALUATION DE LA DOULEUR DE L'ENFANT*. [en ligne]. 2006. <<http://www.cnrdr.fr/L-evaluation-de-la-douleur-chez-l.html>> (17 novembre 2011).

□ VAN DER ROOST, D. *Prévenir la douleur des prises de sang chez l'enfant ; que choisir ? Iontophorèse, musique, Synera, sucre...* [en ligne]. <http://www.sfm.org/urgences2010/donnees/pdf/108_vanderroost.pdf> (consulté le 14 mai 2012).

□ VANDERSTEE, B. et RUFIN, F. *Guide méthodologique de travail écrit de fin d'étude*. Octobre 2000 <http://www.epsmd-aisne.fr/IMG/pdf/methodo_TEFE.pdf> (consulté le 7 février 2012).

Autres documents :

□ ASSOCIATION POUR LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR DE L'ENFANT. *La douleur de l'enfant : stratégies soignantes de prévention et de prise en charge*. 2006.

□ ASSOCIATION SPARADRAP. *Aïe ! J'ai mal...* 1998.

□ ASSOCIATION SPARADRAP. *Je vais à l'hôpital*. 2006.

□ ASSOCIATION SPARADRAP. *Soins douloureux en pédiatrie : avec ou sans les parents ?* 2007.

□ BURON, B. et PICOT TAILLARDAS F. *La douleur : Les échelles d'évaluation de la douleur*. 2012.

□ VALLE-DAUVISSAT, M.E. *Protocole de Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote*. Centre Hospitalier d'Auxerre.

□ Dr RODRIGUEZ. *La sensation douloureuse*. 2011.

□ Mme DIDIER. *Traçabilité de la douleur*. 2012.

□ PETIT, E. et MAKAREWICZ, S. *La douleur de l'enfant*. 2010.

□ Référentes « étudiants » du service de Pédiatrie. *Prélèvement sanguin en macro méthode*. 2009.

□ R

référentes douleur pédiatrie. *Utilisation de la crème ou du patch Emla*. Centre Hospitalier d'Auxerre.

ANNEXES

Annexe I

Charte de l'enfant hospitalisé

Charte de l'enfant hospitalisé

Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants.



1

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



2

Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.



3

On encourage les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offre pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire.

On informe les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.



4

Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.



5

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

On essaie de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.



6

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



7

L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.



8

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



9

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

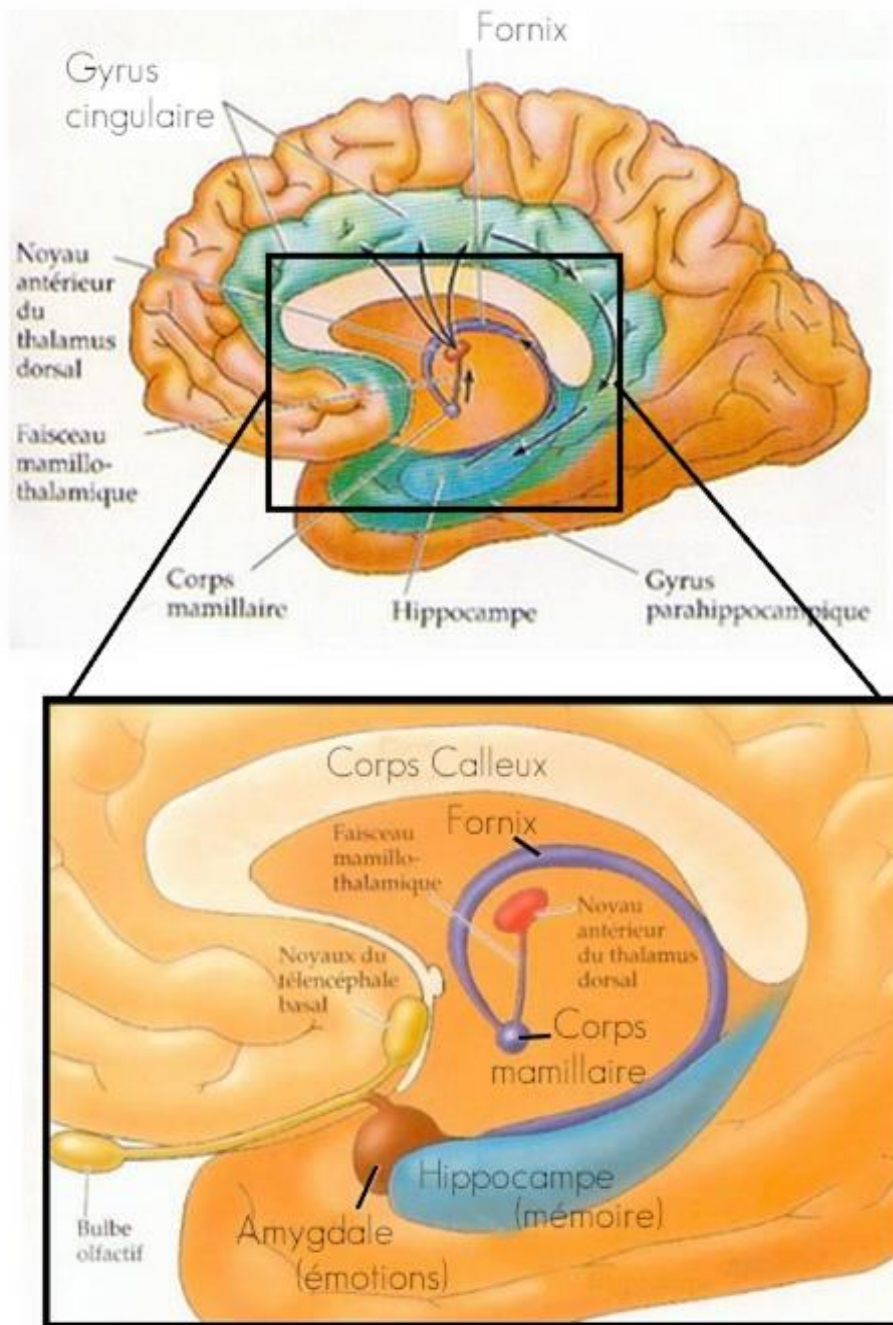


10

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

Annexe II

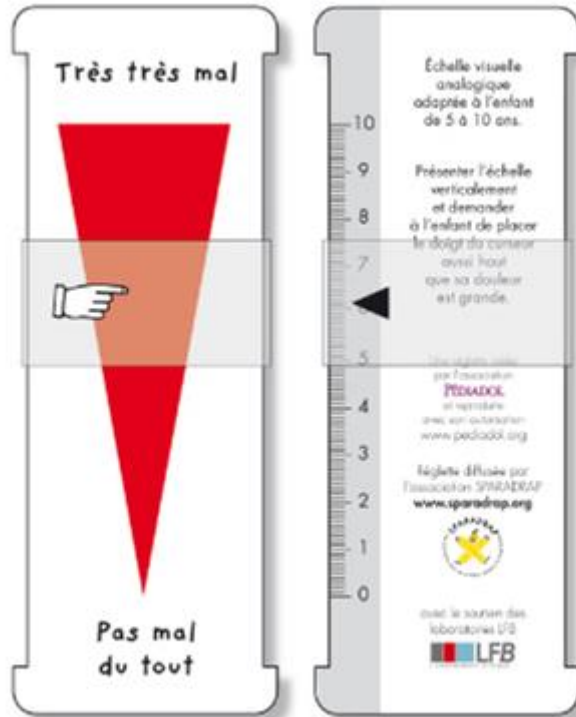
Description du système limbique



Annexe III

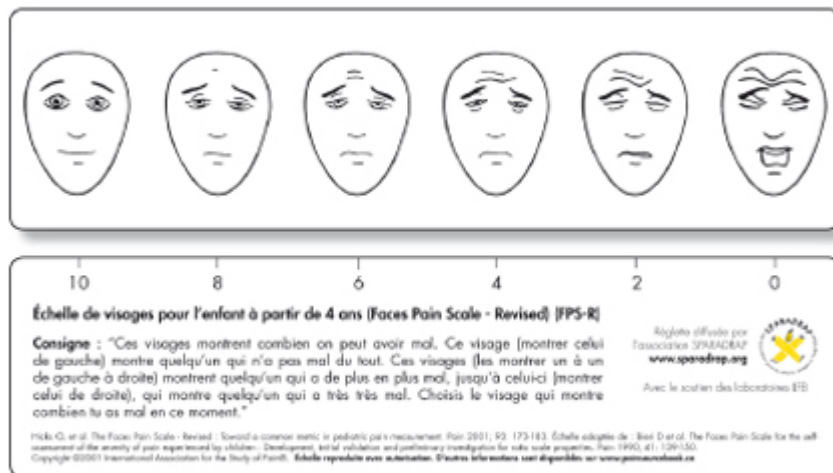
Outils d'auto-évaluation les plus utilisés en pédiatrie

L'Echelle Visuelle Analogique Pédiatrique



© Association SPARADRAP

L'échelle des visages



© Association SPARADRAP

Annexe IV

Fiche explicative sur le prélèvement sanguin destinée à l'enfant

Comment ça se passe ?

Avant la piqûre

- Tu t'installes confortablement, parfois sur les genoux d'une personne qui va t'aider à ne pas bouger.
- On* te met un garrot. C'est un gros élastique qui serre ton bras.
- Tu dois serrer fort le poing.
- On désinfecte ta peau.



* Une infirmière, un médecin biologiste ou une personne du laboratoire.

Pendant la piqûre

- On pique dans ta veine et on prend juste la quantité de sang nécessaire dans un petit tube.
- Tu peux choisir de ne pas regarder ou de regarder mais c'est parfois impressionnant.
- Ça ne dure pas très longtemps.
- Important ! Pendant toute la durée de la prise de sang tu ne bouges surtout pas, tu gardes le poing serré et tu respires tranquillement.



Après la piqûre

- Tu desserres le poing.
- Il faut appuyer environ une minute avec un coton pour que ça ne saigne plus.
- On met un pansement. C'est fini.



© Association SPARADRAP

ANNEXE V

Questionnaire

Actuellement en troisième année à l'école d'infirmière d'Auxerre, je réalise

mon Travail de Fin d' Étude sur la **prise en charge de la douleur des enfants de 5 à 10 ans** dans les services de pédiatrie, lors de prélèvements sanguin. Je me questionne sur le fait de savoir « en quoi le fait de prévenir un acte douloureux agit sur le ressenti de la douleur chez l'enfant ? ». Par ce questionnaire anonyme, je sollicite quelques minutes de votre temps. Vos réponses me permettront d'analyser la pertinence de mon questionnaire et de confirmer ou d'infirmer mon hypothèse.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous consacrerez à répondre à celui-ci, ainsi que pour les éléments que vous apporterez à cette réflexion.

- Vous concernant

1. Quelle est votre fonction dans le service :

- Infirmier(e) Puéricultrice(eur)

2. Depuis combien de temps travaillez-vous auprès d'enfants?

... année(s)

3. Avez vous suivi une ou plusieurs formation(s) sur la prise en charge de la douleur de l'enfant ?

- Oui Non

- Lors d'un prélèvement sanguin chez les enfants âgés de 5 à 10 ans

4. Apportez-vous une information sur l'utilité du soin et sur son déroulement

:

A l'enfant :

- Oui Non

Aux parents :

- Oui Non

5. En règle général, exercez-vous le soin sur un objet (doudou) au préalable ?

- Oui Non

6. Effectuez-vous ce soin :

- Seul(e)

- Avec l'aide d'un(e) auxiliaire de puériculture
- Avec l'aide des parents
- Autre(s) : Précisez :

7. Si vous n'effectuez pas ce soin seule, qu'elle a été le rôle de cette aide :
(plusieurs réponses possibles)

- Maintenir l'enfant
- Vous servir
- Distraire l'enfant
- Autre(s) : Précisez :

8. Utilisez-vous un ou plusieurs outil(s) d'évaluation de la douleur lors des soins ?

- Oui
- Non

Si oui, le(s)quel(les)

?

.....

9. A quelle moment du soin utilisez-vous cet (ou ces) outil(s) ? (plusieurs réponses possible)

- Avant
- Pendant
- Après

10. Utilisez vous des techniques de distraction ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

Pouvez-vous les citer ?.....

.....

11. Quelles principales difficultés rencontrez-vous lors d'un prélèvement sanguin sur un enfant inquiet ?

.....

.....
.....

12. Quelles techniques de prévention de la douleur utilisez-vous ?

.....
.....
.....

13. Accordez vous de l'importance aux techniques non médicamenteuses ?

- Oui Non

Pouvez vous justifier

?

..

.....

14. Vous arrive t il d'échouer lors d'un prélèvement sanguin ?

- Oui Non

Si oui, passez vous le relais à un(e) de vos collègues ?

- Oui Non

15. Quelles peuvent être les raisons de cet échec ?

- Stress Présence des parents
 Localisation impossible du site de prélèvement Urgence du prélèvement
 Peur manifesté par l'enfant Agitation de l'enfant
 Autre(s) : Précisez :

Ce questionnaire est maintenant terminé, j'aurai souhaité votre opinion sur celui-ci (longueur du questionnaire, compréhension des questions, simplicité...).

.....
.....
.....
.....

Merci de votre participation.

SIMON Virginie

« Avoir peur d'avoir mal, c'est déjà avoir mal »

Résumé :

Depuis la nuit des temps, la douleur a une place importante dans nos civilisations.

En France, sa prise en soin reste encore à améliorer, et plus particulièrement pour des populations dites vulnérables dont font partie les enfants. C'est une priorité de santé publique.

Pendant des années, les scientifiques ont pensé que le nouveau-né et l'enfant étaient dans l'impossibilité de ressentir la douleur, dû à l'immaturité de leur système nerveux. Depuis 20 ans, les mentalités ont évolué et nous observons des progrès dans la prise en soin de la douleur.

D'après l'enfant, l'un des actes les plus douloureux et le plus appréhendé reste le prélèvement sanguin. Il existe des moyens de prévention pour pallier cette peur.

C'est pourquoi, la douleur, le prélèvement sanguin et le développement de l'enfant de 5 à 10 ans seront les concepts abordés dans ce travail de fin d'étude.

Ce mémoire m'a permis de me questionner sur l'importance de prévenir un acte douloureux. C'est grâce à ces recherches que j'ai réalisé l'impact que la douleur pouvait avoir sur l'enfant et les répercussions que cela pouvait entraîner sur son futur. C'est aussi cette étude qui m'a permis de renforcer mon choix de travailler auprès d'enfant et de prendre en charge leur douleur.

Finalement, comme l'a dit l'écrivain Bozena Nemcova « Si l'on veut s'approcher des enfants, il faut parfois devenir enfant soi-même. »

Mots clés : Enfants, douleur, prélèvement sanguin, développement de l'enfant.

« A man who fears suffering is already suffering from what he fears »

Abstract :

For ages, pain has had an important place in our civilization.

In France, its taking into account is still to ameliorate, particularly for vulnerable populations including children make part. It's a priority of Public Health.

For years, scientists thought that newborns and children couldn't feel pain, because of the immaturity of their nervous system. Twenty years ago, mentalities started to change and progress in pain caring can be noticed.

According to children, one of the most painful and most frightening acts is still blood test. There are means of prevention to suppressate this fright.

That's why, pain, blood test and the development of children between 5 and 10 years will be the approached concepts in my study.

This memoir allowed me to think about the importance to avoid a painful act. It's thanks to these researches that I've really become aware of the importance of pain on children of the need, to avoid the repercussions that it can pull in their future life. It's also this study which allowed me to reinforce my choice to work with children and to care about their pain.

Finally, as the writer Bozena Nemcova said « If you want to approach children, you must sometimes become a child oneself. »

Keywords : children, pain, blood test, children development