



Diplôme d'Etat de Puéricultrice  
Institut de Puériculture de Bordeaux

# **Accepter ou ne pas accepter sa réfection de pansement ?**

Présenté par  
Virginie BALAUZE

Promotion 2014-2015

Sous la direction de  
Mme Nathalie DEVERE





Diplôme d'Etat de Puéricultrice  
Institut de Puériculture de Bordeaux

# **Accepter ou ne pas accepter sa réfection de pansement ?**

Présenté par  
Virginie BALAUZE

Promotion 2014-2015

Sous la direction de  
Mme Nathalie DEVERE

## ***Remerciements***

Tout d'abord, je souhaite remercier vivement l'ensemble de l'équipe soignante du service de chirurgie viscérale et orthopédique pédiatrique qui m'a accueilli pendant 5 semaines lors de mon premier stage. C'est à partir de celui-ci que mon questionnement pour mon travail de recherche a commencé.

Je remercie également les familles et plus particulièrement les enfants qui ont bien voulu participer à mon enquête de terrain.

Mes remerciements s'adressent également à ma famille et mes amis qui m'ont soutenue pendant toute la période d'élaboration de ce travail de recherche, ainsi qu'à tous ceux qui ont pris le temps de lire mon travail.

Enfin, je remercie particulièrement ma référente de guidance, tant pour sa disponibilité tout au long de mon travail que pour ses précieux conseils qui m'ont permis de prendre le recul nécessaire afin de mener à bien mon projet professionnel.

## **Sommaire**

Introduction .....	6
1. Emergence du sujet.....	7
1.1. Présentation de la situation .....	7
1.2. Analyse de la situation .....	8
1.3. Cheminement et question de départ.....	10
2. Recherche théorique .....	11
2.1. L'enfant âgé de 8 à 10 ans .....	11
2.1.1. Le développement psychoaffectif.....	11
2.1.2. Le développement cognitif .....	13
2.1.3. Le corps .....	18
2.2. L'hospitalisation .....	22
2.2.1. Le vécu d'hospitalisation.....	22
2.2.2. Les représentations de l'hôpital.....	24
2.2.3. Les représentations du soignant.....	25
2.2.4. Les représentations du soin.....	27
2.3. L'acceptation du soin.....	29
2.3.1. Le consentement des soins .....	29
2.3.2. La résignation .....	32
2.3.3. La participation au soin .....	33
3. La problématique.....	37
4. Opérationnalisation des concepts .....	38
5. Recherche empirique .....	41
5.1. Enquête .....	41
5.1.1. Présentation du service .....	41

5.1.2.	Elaboration de l’outil d’enquête .....	41
5.1.3.	Présentation de la population témoin.....	42
5.1.4.	Réalisation de l’enquête.....	43
5.2.	Exploration des observations .....	44
5.2.1.	Au niveau quantitatif .....	44
5.2.2.	Au niveau qualitatif .....	47
5.3.	Exploration des entretiens.....	49
5.4.	Analyse .....	55
5.5.	Les limites à l’enquête .....	58
6.	Synthèse de notre travail de recherche .....	59
	Conclusion.....	60
	Bibliographie .....	61
	Annexes .....	I
	Annexe n°1 : Grille d’observation.....	II
	Annexe n°2 : Grille d’entretien .....	III
	Annexe n° 3 : Entretiens et observations.....	IV

## ***Introduction***

Durant cette année de spécialisation pour devenir infirmière puéricultrice, nous devons mener à bien un Projet Professionnel centré sur l'enfant et sa famille. C'est un travail individuel, réflexif, méthodique et rigoureux qui doit être réalisé. Le thème que nous avons choisi est celui de la réfection de pansement.

En fait, le début de cette aventure commença à la suite de notre stage en service de chirurgie pédiatrique. La réfection de pansement est un soin majeur de ce service. C'est pourquoi, les professionnels ont une attention envers ce soin. En effet, pour ceux-ci il fait partie intégrante de leur quotidien de soignant. Par contre, pour l'enfant, la réfection de pansement n'est pas son quotidien. Il se trouve dans un monde nouveau où l'on fait atteinte à son corps et où ses repères sont modifiés. C'est pourquoi, afin que celui-ci puisse accepter au mieux ce qui lui arrive, les professionnels de santé se doivent d'intégrer la question d'une prise en soin globale de l'enfant, en partant de son histoire, de son vécu, de sa famille...

Ce travail de recherche est donc axé sur l'enfant âgé de 8 à 10 ans, lors d'une hospitalisation ayant recours à des réfections de pansements.

Pour commencer, nous allons aborder la situation de départ qui nous a conduit à orienter notre réflexion vers ce sujet, en mettant en évidence le cheminement qui nous a permis de poser la question de départ.

Puis, à partir du résultat de nos recherches théoriques, nous développerons les concepts soulevés par cette question, ce qui nous permettra d'aboutir à une problématique et aux hypothèses de travail en découlant.

Enfin, nous compléterons notre analyse par la présentation d'une recherche empirique complémentaire s'appuyant sur nos outils d'enquête ainsi que de ses résultats obtenus et finirons naturellement par une conclusion sur ce travail.

## **1. Emergence du sujet**

C'est au travers de notre stage de référence, se situant dans un service de chirurgie viscérale et orthopédique pédiatrique, que le thème de notre travail de recherche vit le jour.

### **1.1. Présentation de la situation**

La situation se déroule un matin, Romain<sup>1</sup> 9 ans est à J6 d'une intervention pour corriger des pieds creux valgus bilatéral, il est réveillé par le chirurgien à 7h45. Celui-ci désire voir les talons de Romain car il présente un début d'escarre au niveau des deux talons. Lors de l'ablation des attelles plâtrées postérieures, le chirurgien souhaite revoir les pansements (4 par pied). Avant de sortir de la chambre de Romain, nous lui disons que nous revenons dans quelques minutes pour lui refaire ses pansements. Romain n'est pas d'accord. Nous lui disons que nous ne pouvons pas laisser ses plaies sans protection. Après la visite du chirurgien, nous préparons notre chariot afin de faire la réfection des pansements. Nous prévenons l'auxiliaire de puériculture (AP) pour que nous allions ensemble réaliser le soin. La mère restera présente lors de celui-ci.

Lorsque nous rentrons dans la chambre, Romain joue sur sa console de jeux et reste dessus tout au long du soin. Nous préparons notre matériel nécessaire à la réfection de ses pansements. Nous parlons (l'AP, la maman et moi) avec Romain sur son jeu vidéo, « Mario ». Il nous répond à peine et continue à jouer. Nous débutons par la réfection des quatre pansements du pied droit. Nous lui disons que nous commençons.

Dès le début du soin, il se met à hurler, à pleurer. Nous lui demandons si cela fait mal quand nous touchons le pied. Il ne nous répond pas. Nous continuons le soin en lui commentant nos gestes. Il tient toujours sa console de jeu mais regarde ce que nous faisons. Avec l'auxiliaire, nous lui demandons de respirer calmement en inspirant profondément et en expirant lentement. Tout cela en continuant le soin. Romain ne se concentre pas sur sa respiration. Sa maman est à côté de lui, le tient par la main et lui parle calmement. L'auxiliaire qui, pour le moment ne tient pas la jambe, essaye de parler avec lui, de lui parler

---

<sup>1</sup> Le prénom de l'enfant a été modifié par soucis d'anonymat.



de son jeu, de ce qu'il aime. Mais Romain ne répond pas. Il continue à crier et à pleurer et commence à nous supplier d'arrêter. Nous lui disons que nous comprenons qu'il ait mal, que nous faisons doucement mais qu'il faut que nous continuions car nous ne pouvons pas le laisser comme cela.

Une fois le pied droit fini, l'auxiliaire lui tient la jambe et nous lui remettons l'attelle plâtrée postérieure. Le temps de faire cela, il continue à pleurer. Puis, lorsque nous lui disons que nous allons maintenant faire l'autre pied, il n'est pas d'accord. Nous lui expliquons la nécessité de le faire. Nous commençons, il pleure, crie, nous supplie d'arrêter. Nous lui demandons s'il a mal, s'il a peur ou les deux. Il ne nous répond pas.

Durant le soin, la maman s'avance et s'éloigne du lit. Elle lui parle, le cajole, essaye de la rassurer mais Romain continue à pleurer et à crier. Elle se sent dépassée par la situation car il réagit comme cela depuis le début de l'hospitalisation. Le soin a duré environ 1h. Pendant la quasi-totalité du soin, Romain a pleuré et crié, nous a supplié à plusieurs reprises d'arrêter.

Après le soin, nous lui demandons ce qu'il veut pour le petit déjeuner. Il ne veut pas nous répondre. Sa maman lui demande, il ne veut pas lui répondre. Nous lui disons, avec l'auxiliaire de puériculture, qu'il nous appelle dès qu'il voudra manger et nous sortons de la chambre.

## **1.2. Analyse de la situation**

Cette situation nous questionne au travers de différents axes. En sortant de la chambre, avec l'auxiliaire de puériculture nous avons la sensation d'avoir mis en place une distraction mais que celle-ci n'a pas fonctionné. En prenant du recul par rapport à ce soin, nous nous rendons compte que toutes nos tentatives de distraction, qui en réalité n'en étaient pas, n'ont fait qu'accentuer les pleurs et les cris de Romain. En effet, nous le ramenions à chaque tentative à la réfection de ses pansements. Grâce à la vidéo «*A vous de jouer!*» de l'association SPARADRAP, nous avons pu nous rendre compte que la distraction nécessite d'être disponible et d'entrer en relation avec l'enfant. Ainsi par l'intermédiaire d'une chanson, d'un livre, d'un jeu, nous captions l'attention de l'enfant afin de créer un environnement positif. La distraction est une construction en perpétuelle mouvance avec l'enfant et tient compte de ce qu'il préfère sur le moment. Le but est de ne pas ramener l'enfant au soin pour

que la distraction soit efficace. Or tout au long du soin, nous n'avons fait que ramener Romain à son pansement, à sa chambre d'hôpital.

Par ailleurs, face aux comportements et à l'expression du mal être de Romain (pleurs, cris, supplications) lors de la réfection de ses pansements, nous nous sommes senties impuissantes, incapable de pouvoir le calmer, d'atténuer cette souffrance et même responsable de celle-ci. De plus, en analysant cette situation, nous avons pris conscience, que ce soin a aussi été éprouvant pour la maman de Romain, qui n'arrivait plus à trouver une juste place pour apaiser son enfant.

Le soin n'était pas prévu, nous avons dû réveiller Romain pour que le chirurgien puisse voir ses talons. Finalement, celui-ci voulait voir les plaies présentes sur ses pieds, nous avons défait les pansements alors que Romain n'était réveillé que depuis quelques minutes. Nous étions donc dans l'impossibilité de différer le soin, ne laissant pas le temps à Romain de se réveiller et d'accepter le fait que nous devons refaire ses pansements dans la matinée. Cela n'a permis ni à Romain ni à nous, soignants, d'anticiper le soin. Lors de cette situation, deux exigences s'imposaient à nous : l'une, qui est de respecter le savoir, la connaissance et le sommeil de l'enfant et l'autre étant la présence du chirurgien qui ne pouvait être différé dans le temps. Ce qui nous a amené à une obligation de soin envers Romain, l'empêchant notamment d'accepter celui-ci.

De même, le comportement de Romain face aux soins, et notamment face à la réfection de ses pansements, était connu par l'auxiliaire de puériculture et nous-même. Sommes-nous allées dans la chambre de Romain défaitiste ? Etions-nous dans un état d'esprit, lui permettant de s'apaiser face à ses craintes, à ses peurs, à sa souffrance ? Est-ce une forme de renoncement de notre part ? Est-ce la conjugaison de plusieurs de ces paramètres qui pourrait expliquer, notre incapacité face à cet enfant de mettre en place un environnement apaisant, et une distraction efficace ou y a-t-il d'autres raisons ? Lors de la réfection de ces pansements, nous nous sommes centrées sur le soin et non sur la prise en soin de Romain.

Cela faisait sept jours, lors de cette situation, que Romain était hospitalisé ; sept jours, loin de sa maison, loin de ses repères, dans un monde particulier qui est celui du milieu hospitalier. Ce qui nous amène à nous questionner sur son vécu d'hospitalisation, sur les représentations qu'il a des soins et des soignants.

Enfin, la réfection de pansement n'est pas un soin anodin, notamment en pédiatrie. Ce soin, sous-entend la présence de plaies et donc la présence d'une atteinte corporelle. Il est donc nécessaire d'avoir une connaissance approfondie du développement cognitif de l'enfant en fonction de son âge. Pour Romain, 9 ans, ce n'était pas la première réfection de ses pansements mais nous ne lui avons pas demandé s'il avait vu ses plaies, s'il voulait les voir, ce qu'il connaissait de ses pansements et ce qu'ils représentent pour lui.

### **1.3. Cheminement et question de départ**

Après ce soin, nous avons senti la nécessité de l'analyser car il a été un moment éprouvant pour tous les intervenants présents mais surtout pour Romain qui l'a subi. Pour cela, nous sommes d'abord passées par une analyse de pratique, nous en avons discuté avec notre puéricultrice référente de stage puis nous l'avons évoqué avec le « groupe mémoire » nous permettant de prendre encore plus de distance avec la situation et nous ouvrant ainsi à toutes les perspectives. Suite à cette analyse, nous souhaitons nous intéresser, dans le cadre de notre projet professionnel, aux enfants âgés de huit à dix ans, hospitalisés en service de chirurgie viscérale et orthopédique pédiatrique. Nous décidons de centrer notre recherche sur la réfection de pansements, sur le vécu d'hospitalisation de l'enfant âgé de 8 à 10 ans et sur l'acceptation du soin. Ainsi, nous allons rechercher les influences de ces différents concepts entre eux et l'impact qu'ils ont sur l'hospitalisation de l'enfant.

Ce qui nous permet de poser notre question de départ :

***En quoi le vécu de l'hospitalisation influe sur l'acceptation de la réfection d'un pansement chez l'enfant âgé de 8 à 10 ans ?***

Pour essayer de répondre à cette question de départ, il nous est nécessaire de réaliser un cadre théorique qui nous permettra de poser une question de recherche.

## **2. Recherche théorique**

### **2.1. L'enfant âgé de 8 à 10 ans**

Dans cette partie, nous allons à la rencontre de l'enfant âgé de huit à dix ans, car pour en prendre soin, il est indispensable de le connaître et de le comprendre, afin de s'adapter aux mieux à ses besoins. Pour cela, nous allons évoquer le développement psychoaffectif, le développement cognitif et le schéma corporel de l'enfant âgé de huit à dix ans.

#### **2.1.1. Le développement psychoaffectif**

Entre huit et dix ans, l'enfant se situe au cœur d'une phase que nous nommons l'âge de raison. C'est une période de calme affectif, de découvertes et d'apprentissages. De ce fait, elle est aussi décrite comme une phase de latence, débutant vers l'âge de 6-7 ans et se terminant vers 11-12 ans.

Nous pouvons citer deux auteurs concernant le développement psychoaffectif durant l'âge de raison : Sigmund Freud<sup>2</sup> et sa fille Anna Freud<sup>3</sup>.

Pour S. Freud, fondateur de la psychanalyse, la période de latence est décrite comme aconflictuelle. Or des tensions libidinales et des conflits psychiques perdurent. Mais ceux-ci sont moins prégnants au regard des stades qui l'encadrent : le complexe d'Œdipe et l'adolescence. La période de latence se manifeste comme une phase de repos où les pulsions sexuelles demeurent, mais celles-ci se désexualisent progressivement grâce à un travail de refoulement permettant la sublimation. Ce mécanisme correspond au déplacement des buts pulsionnels, vers des objets, des activités socialement valorisées. Cela oriente l'enfant vers la recherche d'autres satisfactions, qui l'amène à la découverte du monde et qui lui permet d'investir d'autres apprentissages comme lire, écrire et vivre en société. Mais l'énergie initiale est d'origine sexuelle.

---

<sup>2</sup> Sigmund FREUD (1856-1939), psychanalyste

<sup>3</sup> Anna FREUD (1895-1982), psychanalyste chez les enfants

De plus, lors de cette période nous assistons à une relative obsessionnalisation de la personnalité de l'enfant, qui lui permet d'intégrer les rythmes réguliers et la discipline plus précise de l'école. Cette tendance obsessionnelle est liée à la mise en place de processus lui permettant de se dégager des pulsions et des conflits sexuels de la période précœdipienne. Cela permet à l'enfant de transformer son exhibitionnisme en sentiment de pudeur ainsi que de changer les sentiments amoureux en sentiment de respect et de tendresse, notamment envers ses parents. Etant donné qu'il détourne ses buts pulsionnels vers des cibles plus socialisées, sa curiosité intellectuelle s'accroît, ses goûts et ses activités se diversifient.

Lors de cette période, le cercle relationnel de l'enfant s'élargit dû à l'extension extrafamiliale de la problématique œdipienne. Il investit d'autres lieux, d'autres individus au travers de l'école, la maîtresse, les copains, le sport, l'entraîneur ... Ainsi l'enfant déplace ses conflits primitifs vers des substituts de l'image parentale. De plus, l'enfant commence à se préoccuper de l'autre et c'est à cet âge qu'apparaissent les bandes de copains, ces groupes sont homogènes soit au niveau du sexe soit au niveau de l'âge. Ainsi, le groupe devient une référence pour l'enfant, où il peut se sentir valorisé. C'est à partir de ceux-ci que l'enfant expérimente les lois parentales, ses valeurs et en fabrique d'autres, notamment à travers le jeu « jouer à », tout en passant par la cohérence et la contradiction. Ainsi, l'enfant confronte ses idées aux autres individus, qu'il fasse partie ou non du groupe auquel il appartient. Enfin, la coopération est forte entre les enfants mais la loi est fondamentale. Ainsi, l'enfant accorde une place majeure à l'amitié et aux relations avec ses pairs.

Anna Freud, psychanalyste chez l'enfant, suit la description faite par son père. Les sollicitations pulsionnelles de l'enfant régressent lors de la période de latence. Ainsi la libido va de l'image parentale vers les pairs, les professeurs, etc., grâce à la sublimation qui s'accompagne d'un cortège fantasmatique. Par ailleurs, Anna Freud se distingue de ses pairs en développant le concept de « ligne de développement ». Celui-ci envisage le développement de l'enfant dans une vision dynamique et serait la résultante d'un équilibre entre les contraintes extérieures à laquelle l'enfant se confronte et l'état de différenciation et de maturation psychique de celui-ci. A partir de ce concept, la notion de la personnalité est envisagée par une structuration cohérente pendant les différents axes de développement. Ceci correspond à une structuration harmonieuse de la personnalité.

Lors de la période de latence, l'estime de soi se développe de manière importante. C'est un élément fondamental de la personnalité, qui rassemble trois composantes essentielles : comportementale, cognitive et émotionnelle. La première est liée à notre comportement, ce qui nous permet d'agir en fonction de nos capacités. Elle s'étoffe à partir de nos succès. La seconde est cognitive et elle est en lien avec l'image que nous avons de nous-mêmes. Celle-ci permet de moduler l'estime de soi vers le bas ou vers le haut. Puis la dernière, qui est liée aux émotions à la dimension affective de l'individu. Cette composante dépend de l'humeur de base de l'individu mais a en retour un fort impact sur celle-ci. Ainsi, l'un des rôles de l'estime de soi est de favoriser le bien-être émotionnel de l'individu. Par ailleurs, l'estime de soi a une dimension sociale importante. En effet, l'un des mécanismes fondamentaux d'ajustement de l'estime de soi est de se positionner en lien avec les personnes de l'environnement immédiat. Dès lors, l'estime de soi, ne peut être conçue en dehors de la référence au regard d'un groupe social. De plus, le développement de l'estime de soi est favorisé par le sentiment d'avoir de la valeur aux yeux des autres et la nécessité de se prouver à soi-même que nous avons de la valeur. Cela nous montre, qu'un enfant ayant une bonne estime de lui-même, lui permet lorsqu'il est confronté à des difficultés d'employer des stratégies de résolution de problèmes adaptées en recherchant le soutien familial, social, de solliciter la présence réconfortante de l'autre. Ainsi nous constatons que l'estime de soi a une influence sur les capacités d'adaptation de l'enfant.

Durant ce paragraphe, nous venons de considérer le développement psychoaffectif de l'enfant lors de la période de latence au travers de deux auteurs. Or l'enfant ne peut pas être abordé que par un seul type de développement, de par le fait, que ceux-ci sont intimement et pleinement enlacés et corrélés. C'est pourquoi, nous nous devons de traiter le développement cognitif de l'enfant lors de l'âge de raison afin d'éclairer notre questionnement de départ.

### ***2.1.2. Le développement cognitif***

La période est nommée l'âge de raison car elle correspond à la conjonction du développement neurologique et des stimulations extérieures mises à disposition de l'enfant, ce qui lui permet d'accéder au raisonnement. Nous ne pouvons évidemment pas développer cette

partie sans évoquer les travaux de J. Piaget<sup>4</sup> concernant le développement cognitif de l'enfant afin de comprendre les mécanismes qui se jouent au travers de notre questionnaire.

Piaget a recherché les mécanismes par lesquels l'enfant passe pour parvenir à la connaissance. De cela, il décrits 4 stades de développement : l'intelligence sensorimotrice (de la naissance à 2 ans), le stade préopératoire ou l'intelligence symbolique (de 2 ans à 6-7 ans), le stade des opérations concrètes (de 6-7 ans à 11-12 ans) et le stade des opérations formelles (de 11-12 ans à 16 ans). Ceux-ci se mettent en place grâce aux processus d'adaptation de l'enfant au réel et se construit progressivement par des contacts répétés avec l'environnement. Cette succession de stades se fait de manière chronologique et ce qui est acquis lors d'un stade reste présent durant le suivant.

Pour Piaget, le biologique et le psychique de l'enfant sont en interaction, il compare l'organisme et l'intelligence. Cette dernière est le reflet de l'adaptation ou l'état d'équilibre de l'enfant à son milieu au travers de deux compétences : l'assimilation et l'accommodation. La première est la possibilité pour l'enfant d'intégrer et d'adopter les éléments du milieu extérieur ou schèmes. Ceux-ci correspondent aux schémas mentaux qui se rapportent à l'action. L'accommodation, elle, est la modification des schèmes pour s'ajuster aux nouvelles situations dans lequel l'enfant grandit. Ainsi, cela lui permet d'appréhender la diversité extérieure avec les règles de conduites préexistantes et de lui permettre la généralisation. Dès lors, le schème de départ se complexifie après chaque nouvelle expérience. De cela, l'équilibre entre les deux compétences permet l'adaptation de l'enfant, tant d'un point de vue affectif que cognitif. Le développement mental se fait au travers de 4 facteurs : la maturation nerveuse, l'exercice et l'expérience acquise dans l'action, les interactions et les transmissions sociales, et l'équilibration. Pour Piaget, le dernier facteur est le plus important. Ainsi, lors de l'âge de raison, l'enfant met à profit ces deux compétences pour lui permettre de s'adapter aux changements de son mode de vie (école, apprentissage, cercle relationnel étendu, découverte du monde, ...).

Nous venons de décrire les fondements de la théorie Piagienne et ainsi dépeindre le développement cognitif de l'enfant. Ainsi, grâce à la connaissance de ces stades, une meilleure compréhension des réactions de l'enfant en fonction de son âge est possible,

---

<sup>4</sup> Jean PIAGET (1896-1980), psychologue

notamment lors de situations inexplicées et inconnues jusque-là pour lui, comme lors d'hospitalisation. De plus, cela permet de mieux concevoir les représentations de l'enfant, notamment lors des soins. Dans le cadre de ce travail de recherche nous devons nous focaliser sur le stade des opérations concrètes.

Lors de ce stade, le mode de pensée de l'enfant devient plus global, et opératoire, grâce à l'acquisition de la réversibilité. C'est la possibilité d'annuler mentalement une transformation et ainsi de revenir à l'état antérieur. C'est donc la faculté pour l'enfant de réaliser ses actions en pensée. La réversibilité n'est possible qu'à l'acquisition de la notion d'invariant ou schème de conservation. Nous pouvons énumérer les différents types de conservations : les conservations physiques (substance, poids et volume), les conservations spatiales (temps et espace) et les conservations numériques. L'enfant acquiert grâce à cela trois structures logico-arithmétiques majeures : la classification, la sériation, le nombre. Lorsque l'enfant peut classer des objets ensembles, c'est qu'il a compris que ceux-ci avaient des équivalences ou des points communs. Pour la sériation, l'enfant est capable de regrouper des éléments selon une relation d'ordre. Enfin, pour le nombre, l'enfant comprend celui-ci dans sa dimension logique. Ainsi, l'enfant est capable de réaliser des opérations où se mêlent la logique, l'observation et la compréhension de l'environnement, de par la curiosité qu'il développe pour ce qu'il l'entoure. Dès lors, l'enfant passe d'une pensée intuitive vers une intelligence rationnelle ce qui lui permet d'avoir une meilleure perception de la réalité et du monde.

Grâce à cela, l'enfant développe la notion de la relativité, ce qui lui permet de se décentrer de sa perception égocentrique du monde et lui donne ainsi accès au jugement et à l'analyse de ses ressentis. Cela lui donne une meilleure souplesse dans la pensée mais celle-ci ne peut se faire que sur le concret comme classer, sérier, dénombrer mais il n'y a pas d'hypothèses possibles. Le stade des opérations concrètes est la phase de transition entre l'action et les structures logiques plus générales acquises lors de la période des opérations formelles.

Par ailleurs, Anna Freud en exposant le concept de « ligne de développement », dans le développement psychoaffectif de l'enfant, évoque aussi le développement cognitif de celui-ci. Ainsi, « *l'émergence de la pensée cognitive est conçue comme un dérivé et une transformation progressive des motions pulsionnelles affectives* » (Golse, 2008). L'évolution de la pensée de l'enfant serait la résultante de la transformation des pulsions sexuelles de



celui-ci. Au travers de la théorie d'Anna Freud, nous pouvons percevoir la complexité du développement de l'enfant et ainsi la difficulté de dissocier les différents développements de celui-ci.

Enfin, l'acquisition de la réversibilité et de la conservation, sont deux notions importantes. Elles deux nécessitent une capacité représentationnelle importante. C'est pourquoi, il nous est indispensable de développer le concept des représentations dans le développement cognitif de l'enfant car ces deux concepts sont liés l'un, l'autre.

Selon J. Piaget, en 1976, la représentation mentale est la « réunion d'un « signifiant » permettant l'évocation et d'un « signifié » fourni par la pensée ». La représentation ne se limite pas à l'immédiat, au contraire, la dimension dans l'espace et dans le temps y est fondamentale. De plus, le langage et la socialisation qu'il entraîne influence la formation de représentation mais pour acquérir le langage, l'évolution de la pensée est nécessaire. C'est pourquoi langage et représentation sont intimement liés.

L'enfant passe d'une intelligence sensori-motrice, à une représentation symbolique puis à une représentation conceptuelle lors de l'âge de raison. La possibilité de passer de l'intelligence sensori-motrice à la représentation conceptuelle est liée à 4 conditions simultanées :

- L'enchaînement des mouvements, des actions est intégré dans un ensemble et correspond au schème.
- La possibilité d'avoir un retour sur le schème c'est-à-dire l'accessibilité à la réversibilité et aux opérations concrètes comme la classification et la sériation.
- L'acquisition de signes, de langage permettant avec l'action la constitution de concept nécessaire au développement des opérations concrètes.
- La socialisation liée au langage qui intègre la pensée de l'enfant dans une réalité commune et objective.

L'intelligence sensori-motrice est basée sur la perception : il n'y a ni pensée, ni représentation, ni langage. Le monde se découvre par les sens. Durant la phase de représentation symbolique, l'enfant peut, par un signe, un symbole, évoquer l'objet absent. Il a donc la capacité de se représenter mentalement l'objet sans que celui-ci soit présent. C'est la fonction symbolique ou sémiotique qui permet à l'enfant d'évoquer les objets absents en se

servant du langage, de l'imitation différée, de l'image mentale, du dessin et du jeu symbolique.

Lors de l'âge de raison, les représentations de l'enfant évoluent. Il passe d'une représentation symbolique, à une représentation conceptuelle, cognitive d'ordre opératoire. « [...] *la représentation cognitive elle-même parvenant alors au niveau opératoire grâce à la réversibilité qui caractérise l'équilibre d'une assimilation et d'une accommodation toutes deux généralisées.* » (Piaget, 1976). En effet, nous pouvons constater que lors de l'âge de raison, les quatre conditions à l'acquisition de la pensée conceptuelle sont présentes. L'enfant acquiert donc une pensée plus objective et il ne se limite plus à son seul point de vue. De plus, lorsque la pensée devient opératoire par la réversibilité de l'assimilation, et de l'accommodation, celle-ci est totalement généralisée et ne se traduit plus en image. Elle persiste en tant que symbole du schème opératoire, mais n'en fait plus partie intégrante. Dès lors, la pensée de l'enfant se décentre de lui et ainsi découvre le monde qui l'entoure dans sa dimension plurielle. De ce fait, la pensée se détache de la perception et permet à l'enfant de créer des relations objectives.

Grâce à l'acquisition de la représentation conceptuelle et donc l'acceptation de points de vue différents sur le monde, la représentation sociale peut se développer. Selon Abric<sup>5</sup>, en 1999, les représentations sociales se définissent comme :

L'ensemble organisé des informations, des croyances, des attitudes et des opinions qu'un individu (ou un groupe) élabore à propos d'un objet donné. La représentation est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu (ou un groupe) reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique.

Les représentations sociales sont donc des savoirs pouvant être des opinions, des valeurs, des croyances, ... socialement élaborées. Ces représentations permettent la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement ainsi que l'interaction avec autrui. Elles ne sont pas issues de savoir scientifique. Par ailleurs, les représentations sont en perpétuelles mouvance car en interaction avec l'environnement. C'est pourquoi, Abric (2003) parle de

---

<sup>5</sup> Jean-Claude ABRIC (1943-2012), professeur en psychologie

processus. Enfin, les représentations varient d'un individu à l'autre mais aussi chez un même individu en rapport avec ces différentes expériences vécues dans leur contexte particulier.

Par ailleurs, Abric en 2003, définit les fonctions des représentations sociales comme l'orientation et la justification des conduites et des rapports sociaux, l'intermédiaire à la communication, l'interprétation de la réalité quotidienne ainsi que la constitution et la préservation d'une identité psycho-sociale.

La représentation fonctionne comme un système d'interprétation de la réalité qui régit les relations des individus à leur environnement physique et social, elle va déterminer leurs comportements ou leurs pratiques. La représentation est un guide pour l'action, elle oriente les actions et les relations sociales. Elle est un système de pré-décodage de la réalité car elle détermine un ensemble d'anticipations et d'attentes.

De ce fait à travers ces différentes recherches, nous pouvons en déduire que les représentations et notamment les représentations sociales peuvent influencer les comportements de l'enfant âgé de 8 à 10 ans.

Afin de mieux comprendre ce qui se joue par rapport au questionnement de départ, il faut également développer le corps, le schéma corporel de l'enfant et ce que son corps représente pour lui. Ceci dans le but de mieux comprendre ces réactions face aux agressions faites à son corps, notamment de la réfection de pansement.

### **2.1.3. Le corps**

Pour débiter ce paragraphe, il nous paraît pertinent d'évoquer le corps humain. Celui-ci est la résultante de l'interaction du matériel génétique et de l'environnement, notamment socioculturelle. Le corps humain peut être détaillé en deux parties : le corps objectif, qui serait le schéma corporel et le corps subjectif, qui serait l'image du corps. Le premier est perçu au travers du second, cela pouvant modifier l'image du corps, l'estime de soi et la relation au corps d'autrui.

C'est pourquoi, nous allons maintenant définir le schéma corporel. C'est la « *représentation en trois dimensions, conscientisée ou conscientisable à des degrés divers, que se fait l'individu de lui-même.* » (Grison et Rosselin, 2005). Cela correspond à la vision que nous avons de notre corps, de notre posture et de notre position dans l'espace, par

l'intermédiaire de la sensorialité. De plus Schilder<sup>6</sup>, psychiatre et psychanalyste, définit le schéma corporel dans une dimension dynamique, qui intègre toutes les perceptions de l'organisme.

Par ailleurs, F. Dolto<sup>7</sup>, pédiatre et psychanalyste, conçoit le schéma corporel comme l'élément anatomique du corps, qui de manière générale, est la même pour tous les individus, de même âge et de même origine socioculturelle. L'intégrité du corps et les lésions ou traumatismes subis ont une influence sur le schéma corporel contrairement à l'histoire de l'individu, et dans notre cas de l'enfant.

C'est grâce au schéma corporel que nous sommes dans la capacité de localiser avec précision une partie de notre corps, quel que soit le type de sensation ressenti (plaisir, douleur, ...). Celui-ci se construit au travers des différentes perceptions expérimentées durant l'enfance, notamment par les individus qui l'entourent, qui le touchent, par sa propre image dans le miroir. Ceci permet à l'enfant d'acquérir une représentation de lui-même.

Lors de l'âge de raison et notamment lorsque l'enfant est âgé de 8 à 10 ans, le schéma corporel est acquis car la représentation du corps humain se fait vers 4-5 ans, grâce à l'acquisition de la fonction symbolique. C'est plutôt le nombre d'organes connus qui augmente considérablement durant cette phase. En lien avec son appétence pour la connaissance, et notamment les sciences naturelles.

En détaillant le corps humain, nous avons vu que celui-ci avait deux composantes : l'une objective, que nous venons de traiter et l'autre subjective, l'image du corps. Cette notion a été décrite par Schilder, qui ne différencie pas le schéma corporel de l'image du corps. Pour lui, l'image du corps est divisible en trois aspects :

- l'un qui est physiologique et qui se rapproche du schéma corporel ;
- l'autre qui est libidinal, où le corps est chargé d'affectivité ;
- le dernier est social, où le corps est comme un outil de communication.

---

<sup>6</sup> Paul SCHILDER (1886-1940), psychiatre et psychanalyste

<sup>7</sup> Françoise DOLTO (1908-1988), pédiatre et psychanalyste

La construction de l'image du corps se fait au travers de deux grandes notions : le stade du miroir et le moi-peau. Le premier, le « stade du miroir », selon Lacan<sup>8</sup>, se situe entre les six mois et les deux et demi de l'enfant. Il acquiert l'image de son corps, c'est-à-dire qu'il passe d'une image morcelée à une image structurée et unifiée de celui-ci, où le « Je » fait son apparition. Mais, il n'est pas encore en capacité d'expérimenter son corps dans le réel. Son identité se construit donc à partir d'une image et non des perceptions du réel. Le second, le Moi-peau, selon Anzieu<sup>9</sup>, serait

[...] une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps [...] Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif.

Ainsi la peau ne serait pas seulement une enveloppe physiologique mais aussi une enveloppe psychologique qui contient, délimite et met en contact. La peau a donc par ses propriétés sensorielles un rôle dans la relation à autrui. De là, une peau fantasmatique commune existerait entre l'enfant et sa mère. Lors de la séparation de celle-ci, une double intériorisation se réaliserait : celle de l'interface devient l'enveloppe pour les contenus mentaux et celle de l'entourage maternant crée les pensées, les affects et les fantasmes. En effet, la notion d'image du corps renvoie à celle des limites de celui-ci et donc du processus d'individuation de l'enfant.

Pour Dolto, l'image du corps est en constante construction lors du développement de l'enfant, puis de l'adulte, à travers son vécu relationnel et ses expériences sensitives et émotionnelles. Ainsi, elle différencie le schéma corporel et l'image du corps, puisque le premier serait le même pour tous les individus alors que le second serait propre à chacun. Ainsi, l'image du corps, serait selon F. Dolto, seulement inconsciente. C'est l'assemblage des fantasmes de la petite enfance et des conflits affectifs présents tout au long de l'histoire de l'individu. C'est le témoignage des expériences émotionnelles et la trace inconsciente du vécu relationnel. Dès lors, l'image du corps est un vecteur de la communication à l'autre car c'est le support du narcissisme de l'individu. Le passé influence ainsi le présent.

---

<sup>8</sup> Jacques LACAN (1901-1981), psychiatre et psychanalyste

<sup>9</sup> Didier ANZIEU (1923-1999), psychanalyste et professeur de psychologie

L'image du corps est une représentation imaginaire que l'individu construit de son corps, qui peut être en décalage avec la réalité. Cette représentation fluctue, elle se construit et se modifie au travers du regard de l'autre porté sur ce corps. L'image du corps n'est pas accessible directement, parce qu'en partie inconsciente. L'image du corps se construit aussi grâce aux expériences vécues, avec la perception que l'individu se fait de son corps, qui est liée à l'estime qu'il a de lui-même, de ses ressources et de sa maturité cognitive, et de ce qu'il accorde au regard de l'autre. Ainsi, l'enfant lorsqu'il entre dans l'âge de raison, bâtit son identité sur un corps global, unifié et sexué.

Tout ceci nous montre en quoi le corps au travers de sa dimension physique et sa dimension psychologique permet à l'enfant de se construire un vécu d'expériences corporelles. Le corps a une dimension relationnelle, il permet d'entrer en relation avec autrui, par des mimiques, sourires, gestuelles ... L'individu tout au long de son existence investit, utilise et s'exprime avec son corps, en lien avec ce qu'il ressent, ce qu'il expérimente dans la relation avec l'autre, et de ce qu'il déduit du regard de l'autre.

En grandissant, et notamment lors de l'âge de raison, grâce à l'acquisition du langage et de la maturité neurocognitive, l'enfant utilise comme vecteur de communication le langage. Mais dès lors, que l'utilisation de celui-ci, lui est impossible, le corps est de nouveau investi pour évoquer les émotions, les ressentis qui ne peuvent être décrits par des mots. Cela, peut se produire, notamment lors d'hospitalisation.

L'enfant âgé de 8 à 10 ans, s'ouvre au monde qui l'entoure. La famille, l'école, l'hôpital sont des milieux de vie et des situations de vie où l'enfant évolue, rencontre des situations nouvelles, voire inconnues jusqu'alors. La représentation de ces situations va construire sa connaissance, sa pensée. Celle-ci va se développer, au fil du temps, grâce à la maturité ainsi que la manière dont sont vécues les expériences, les épisodes de vie passés. C'est pourquoi, il nous paraît fondamental de s'éclairer sur le vécu d'hospitalisation de l'enfant et les représentations qu'il peut avoir de l'hôpital, du soignant et du soin, notamment de la réfection de pansement.

## **2.2. L'hospitalisation**

Dans cette partie, nous allons évoquer le vécu de l'enfant lors de l'hospitalisation, les représentations qu'il se fait de ce lieu, des soignants, des soins et notamment de la plaie et du pansement.

### **2.2.1. Le vécu d'hospitalisation**

Il nous semble pertinent de débiter ce paragraphe par une définition du terme de vécu. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales lui donne trois significations :

- Qui appartient à l'expérience de la vie, qui s'est passé réellement ;
- Qui appartient à l'expérience subjective (espace, temps vécu) ;
- Expérience vécus, réalité telle qu'elle a été vécue, ressenti.

A partir de cela, nous constatons que ce terme sous-entend une notion de ressenti et donc une notion subjective, en lien avec les expériences réellement passées. L'hospitalisation, elle, renvoie au fait d'être admis dans un établissement de santé et sous-entend la nécessité de soins, dû à une maladie, un accident, une intervention chirurgicale ... Le vécu d'hospitalisation est donc les ressentis de l'enfant lors de cette hospitalisation.

Pour l'enfant âgé de 8 à 10 ans, la maladie représente un état de malaise. Il peut évoquer la notion de douleur en précisant la localisation de celle-ci. L'importance de la maladie, est liée pour l'enfant à ses conséquences pratiques : l'hospitalisation, l'immobilisation, les traitements, les soins.

Ainsi, la maladie et notamment lors d'hospitalisation, peut entraîner deux types de comportements :

- l'un où l'enfant s'accommode à la situation
- l'autre où celle-ci l'exaspère.

Pour le premier, l'enfant comprend que la maladie lui donne une attention particulière de la part de ses parents. Elle prend une position centrale qui lui apporte des bénéfices : les parents le câline, le maternelle, et les règles peuvent devenir plus souple, le temps de la maladie

et le temps de l'hospitalisation. Cela peut amener l'enfant à une régression, c'est-à-dire à un comportement antérieur. Pour le second, la maladie paralyse le désir d'autonomie de l'enfant, le freine dans ses jeux, ses expériences, ses nouvelles possibilités ce qui le rend irritable. Tout ceci peut aussi entraîner de l'anxiété chez l'enfant qui se manifeste de différentes façons comme une agitation incessante, un repli sur soi ...

Par ailleurs, nous pouvons constater des variations chez l'enfant malade ou hospitalisé :

- soit une avancée cognitive, surtout chez les enfants présentant des maladies chroniques
- soit une régression, surtout lors de traumatismes, d'interventions chirurgicales ... et serait l'expression d'un réflexe de défense.

Mais surtout l'hospitalisation est éprouvée comme une contrainte, une difficulté par l'enfant. Puisque, même si l'enfant est capable d'un raisonnement logique et de comprendre donc la nécessité des traitements, il peut refuser ceux-ci car c'est difficile pour lui d'envisager les effets du traitement sur le long terme. De plus, lors de maladie ou d'hospitalisation, l'enfant souffre de l'isolement, et surtout du fait d'être immobilisé, même si à l'âge de 8 à 10 ans, l'enfant supporte mieux cette immobilisation, puisqu'il est habitué avec l'école à des moments de calme psychomoteur. Par ailleurs, il est en capacité d'exprimer ses ressentis et par ses capacités cognitives, imaginer qu'il est en mouvement et ressentir celui-ci. Mais l'immobilité forcée peut avoir pour conséquence pour l'enfant, la crainte de l'intégrité de son corps. « *Etre immobilisé, c'est avoir, pour le moment en tous les cas, quelque chose en moins, c'est se sentir diminué* » (Pericchi, 2003). De cette immobilité forcée, peut naître la crainte de ne représenter qu'un objet qu'on manipule, par les soignants et les parents.

Tout ceci représente des agressions du corps et du psychisme de l'enfant. Cela entraîne des modifications de ses repères notamment temporels, de son image corporelle et de la représentation qu'il a de ce lieu. La souffrance, les incertitudes que la maladie, l'hospitalisation entraînent, ont pour conséquences une modification des habitudes, des croyances de l'enfant, de sa confiance en lui et en l'autre.

Enfin, les réactions de l'enfant face à la maladie, la douleur, l'hospitalisation varient d'un enfant à l'autre puisque dépendantes du vécu imaginaire de celui-ci. Ainsi le vécu d'hospitalisation est soumis à l'histoire de l'enfant, à ses représentations, à son tempérament, à son psychisme et à son environnement. De là, l'enfant peut réagir avec la même intensité



face à des gestes très divers comme une prise de sang, la réfection de pansement ou la prise de la tension artériel.

Au vue de ce paragraphe, il nous semble maintenant pertinent de développer les représentations de l'hôpital par l'enfant âgé de 8 à 10 ans.

### ***2.2.2. Les représentations de l'hôpital***

Comme vue précédemment, les représentations de l'enfant se construisent à partir des perceptions et des opérations qu'il peut opérer sur celles-ci : ce qu'il a entendu, observé, vu (réel, télévision, livre), échangé, ce qu'il connaît déjà. Les représentations se développent donc à partir de son expérience et de son savoir.

L'hôpital est souvent un lieu inconnu pour l'enfant, c'est pourquoi la représentation qu'il a de ce lieu est plutôt vague, floue. Mais cette représentation a un caractère plutôt négatif, anxiogène. L'hôpital renvoi à la notion de souffrance, de douleur, de piqûre ... Mais aussi, l'hôpital sert, pour les parents, de menace envers l'enfant pour que celui-ci accepte de se soigner lors de maladie bénigne. Cette anxiété est donc souvent véhiculée par la famille et le milieu dans lequel évolue l'enfant. En effet, dans la majorité des milieux socio-économiques, le soin est associé à l'hôpital, celui-ci acquiert par lien une notion de souffrance, de douleur et de peur.

Par ailleurs, l'hôpital représente aussi un lieu de séparation de son milieu familiale et de ses pairs. Or lorsque l'enfant est âgé de 8 à 10 ans, la place des pairs est très importante dans la vie de celui-ci. La famille, même si elle est moins investie par l'enfant, reste un pilier solide. L'hôpital représente alors une rupture avec ses habitudes, avec ses repères. Ceci peut être un frein à la réalisation d'expériences nécessaires à son développement et de ce fait peuvent avoir un impact important dans le développement psychologique de l'enfant. C'est pourquoi, la Charte européenne de l'enfant hospitalisé, élaborée à Leiden au Pays-Bas, en 1988, met en avant le droit aux enfants d'avoir leurs parents auprès d'eux lors d'une hospitalisation. De plus, la place des parents auprès de leur enfant durant les soins a été mise en avant pour le bien être de ceux-ci. Cela permet à l'enfant de diminuer ses peurs, de pouvoir avoir recourt à leur soutien.

L'hôpital acquiert donc une image hostile pour l'enfant où l'anxiété et la peur de ce qui s'y passe est prégnant. Ce lieu est souvent découvert par celui-ci lors de visite de proches. C'est un milieu différent. Il est inconnu, étrange, mystérieux où les bruits, les odeurs sont particuliers. Le monde médical est un milieu compliqué à déchiffrer : individus en blouses avec un vocabulaire inconnu, où la vie est codifiée (heure des repas, de la toilette, du sommeil ...). Ceci ne favorise pas à changer les représentations de l'enfant de manière positive et influence son caractère anxiogène.

Ainsi, l'hôpital est pour l'enfant une entité abstraite tant qu'il n'y a pas été. Puisque ce n'est qu'à partir de 12 ans que la représentation de l'hôpital se structure. Les médecins sont emmagasinés dans la représentation de l'hôpital tant que ceux-ci n'ont pas été rencontrés par l'enfant. Ils ne deviennent concrets pour celui-ci qu'à partir du moment où ils se sont présentés à lui. L'hôpital ne représente que le lieu. Celui-ci est rempli d'individus en blouse blanche : les soignants. Il est donc important au vue de notre questionnement d'évoquer également les représentations des soignants par l'enfant.

### **2.2.3. Les représentations du soignant**

L'enfant se représente le soignant en lien avec son activité : le soin et son habillement, la blouse blanche. Ainsi, toute personne investie d'une fonction de soins se trouve prise dans une dimension imaginaire. Celle-ci fait évoquer à l'enfant une relation affective parentale sur le plan psychique. La blouse blanche, elle représente l'image du soignant. Ainsi, le soignant au travers de ses connaissances sur le développement cognitif et affectif de l'enfant, s'adapte à la construction de l'imaginaire de l'enfant pour préserver la continuité de son épanouissement sur le plan affectif et relationnel.

De plus, la représentation du soignant par l'enfant est fortement liée à son environnement familial, puisque celui-ci est potentiellement soignant par les soins qui lui sont prodigués. En effet, l'enfant peut accorder aux soignants des particularités parentales par le fait qu'ils s'occupent de lui comme le font ses parents à son domicile. Cette représentation du soignant renvoie l'enfant à une « *dépendance infantile* » (Bass, 2000) Celle-ci peut avoir une incidence favorable dans la prise en soin globale de l'enfant, mais aussi, si la relation soignante entraîne

de la dépendance et de l'angoisse, aboutir à des phénomènes de régressions, qui sont favorisés lors d'évènements émotionnellement intenses, répétitifs et de durée prolongée.

Par ailleurs, le soignant peut être pour l'enfant, un « bon » soignant ou un « mauvais soignant ». Par ses émotions, l'enfant montre la dimension psychique que le soignant a pour lui : soit un « bon parent » qui le soutient, l'aide ; soit un « mauvais parent » qui lui fait subir des soins douloureux, vécu par l'enfant comme une intrusion, une agression. (Bass, 2000). C'est cette dualité émotionnelle intense qui évoque la représentation du soignant par l'enfant et qui par les comportements de celui-ci, guide le soignant sur le ressenti des soins. La dimension affective et la fonction soignante se mêlent, aboutissant à une double dimension : la dimension objectale (professionnelle) et la dimension imaginaire (parentale). Le soignant est alors investi d'une fonction protectrice envers l'enfant, d'autant plus que celui-ci est fragilisé par l'hospitalisation, par les soins. Ainsi, un « *attachement réciproque* » se met en place au travers de la relation de soin qui s'instaure. (Pericchi, 2003). Les soignants représentent un substitut maternel pour celui-ci.

L'enfant associe majoritairement le soignant à ses gestes, à ses soins, puisque il n'est pas capable de faire des déductions à partir d'éléments non présents et attribue donc le caractère pénible du geste à la personne qui le réalise. Par exemple, si l'infirmière lui fait une prise de sang et qu'elle lui fait mal, il exprimera : « *elle est vilaine l'infirmière* » (Pericchi, 2003). Mais la représentation que l'enfant se fait de manière générale de l'infirmière et qu'elle est une personne « *dévouée, experte, jeune, jolie et souriante* » (Pericchi, 2003).

Les infirmières et auxiliaires de puériculture sont les professionnelles les plus présentes auprès de l'enfant durant l'hospitalisation. Leurs gestes sont concrets, il peut leur parler plus facilement, leur poser des questions plus facilement qu'au médecin. L'enfant est capable d'identifier ce qu'elles font. C'est à partir de là que l'image mentale s'élabore, l'infirmière et l'auxiliaire de puériculture sont perçues alors comme des personnes attentionnées, respectueuses, gentilles, patientes et souriantes. Le médecin lui est considéré « *comme une personne chaleureuse et sympathique surtout lorsque « la visite se termine en apprentissage »* » (Pericchi, 2003). Pour cela, le médecin doit créer une relation authentique avec l'enfant et ainsi créer une relation affective.

Ainsi, nous pouvons constater que l'enfant a plutôt une représentation négative de l'hôpital, même si celui-ci n'y a pas été confronté. Mais paradoxalement même si le soin et

associé au personnel soignant, celui-ci est plutôt représenté par l'enfant de manière positive et représente donc un élément contre l'anxiété de l'enfant.

Après avoir évoqué les représentations de l'hôpital et des soignants. Nous allons développer maintenant les représentations du soin par l'enfant.

#### **2.2.4. Les représentations du soin**

La représentation du soin par l'enfant a souvent une connotation négative. Puisqu'il se représente principalement les soins comme faisant mal. Même si la crainte de la douleur tend à se réduire à partir de huit ans elle reste malgré tout prégnante. En effet, lors des soins, l'enfant a très souvent peur, et cette peur est celle d'avoir mal, de souffrir. Cette peur et cette douleur lors des soins, ont une influence sur le vécu, l'expérience que l'enfant a de ceux-ci. La maladie et les conséquences de celle-ci ne sont pas vraiment craintes par l'enfant mais plutôt par ses parents. Lui, ce qu'il craint, ce sont les soins que la maladie entraîne comme les piqûres, les réfections de pansement...

De plus, l'enfant se représente aussi les soins comme des gestes pouvant faire atteinte à l'intégrité de son corps. Ceci est une peur réelle, surtout chez les enfants plus petits : le point de ponction qui ne se referme pas, la cicatrice qui reste grande ouverte pour toujours ... L'enfant âgé de 8 à 10 ans a les capacités cognitives, son schéma corporel est défini, pour appréhender les soins. Mais ceux-ci peuvent entraîner une modification importante de l'image du corps. Ils représentent une agression de l'image inconsciente de celui-ci. Mais peut être aussi une agression réelle du corps notamment lors de chirurgie créant des plaies sur celui-ci.

Notre questionnement se porte sur la réfection de pansement, ce qui sous-entend qu'il y a présence de plaies. C'est pourquoi nous allons maintenant évoquer les représentations du pansement, de la plaie et de la cicatrice de l'enfant.

Ainsi, lorsqu'il y a présence de plaies l'enfant peut percevoir son corps comme différent, étranger à lui, n'ayant plus le contrôle sur celui-ci. Cette sensation peut perdurer, même une fois guéri ou les suites opératoires terminées comme une cicatrice psychique, qui peut faire échos à la cicatrice réelle. Malgré son développement cognitif, lors de l'âge de raison, l'enfant peut être mis à mal par la maladie et l'hospitalisation, ne pouvant plus élaborer et donc se représenter psychiquement le vécu émotionnel, son corps, les conséquences de la maladie,

l'intervention. Ainsi, l'enfant peut être impuissant face à ce corps qu'il ne reconnaît pas et lui attribuer des qualificatifs dévalorisant comme « sale », « honteux », qui sont la résultante de la souffrance et de l'angoisse liée à cette nouvelle image du corps qu'impose la maladie, l'intervention, les plaies...

Le corps malade, celui qui est soumis au traitement, n'est pas nécessairement le corps vécu, celui qui est ressenti par l'enfant. De là, il peut avoir l'impression d'être dépossédé de son propre corps, et ce de manière durable, comme le sentiment d'être un objet qui est manipulé par les soignants, les parents, et devient alors davantage dépendant d'eux. L'estime de soi, en construction, et la valorisation de celle-ci, notamment par l'environnement familiale, peut permettre à l'enfant d'avoir une image du corps suffisamment préservée et ainsi de s'investir dans sa relation vers l'autre. A l'inverse, lorsque celle-ci est basse, l'image du corps peut être atteinte, l'enfant ne trouve pas les ressources nécessaires pour entrer dans sa relation avec autrui. Ainsi, la maladie, l'intervention, l'hospitalisation peut entraîner des sentiments d'incompétences et d'infériorités.

Si la plaie peut être représentée et vécue comme une intrusion au corps de l'enfant, une fois la cicatrice faite, il en prend possession et la montre avec plaisir à ses pairs comme un trophée de son courage. Mais pour en prendre possession, l'enfant désire rapidement regarder les plaies et donc les cicatrices qui se forment pour pouvoir les intégrer à son corps et à l'image de celui-ci. En effet, même si l'enfant est en capacité d'avoir une représentation conceptuelle, il ne peut opérer que sur le concret. Le fait de la voir et donc de pouvoir se représenter la plaie diminue ses peurs de non fermeture de celle-ci.

Concernant la réfection du pansement, nous pouvons trouver de nombreux écrits sur la technicité du soin, mais très peu s'intéressent à la représentation de l'enfant concernant ce soin. Malgré tout, nous pouvons évoquer le fait que pour les enfants de 8 à 10 ans, ce soin renvoie à une notion de douleur, notamment lors de l'ablation du pansement. En ce qui concerne le désinfectant, celui-ci est décrit comme certains faisant mal et d'autres non. De plus, le désinfectant et le pansement ont pour but de ne pas faire entrer les « microbes » à l'intérieur de soi, pour ne pas être malade. A travers ces différents éléments, nous pouvons constater que la notion de douleur est associée à la représentation du pansement. Comme si, pour l'enfant âgé de 8 à 10 ans, ces deux notions étaient indissociables.

A travers cette partie, nous avons pu constater que l'univers médical était plutôt représenté par l'enfant de manières négatives, anxiogènes, teintées de douleur, mais que les personnes évoluant dans ce milieu, elles, étaient représentées malgré tout de manière positive par l'enfant âgé de 8 à 10 ans. En ce qui concerne le soin, la représentation de celui-ci est lié au savoir et aux expériences qu'elle soit positive ou négative du soin, où la peur et la douleur ont une place importante. De là, il nous reste à traiter sur l'acceptation du soin par l'enfant au vue de notre questionnement de départ.

### **2.3. L'acceptation du soin**

Le dictionnaire Larousse, lui donne deux sens :

- Action d'accepter, de recevoir, d'agréer quelque chose ; consentement, accord
- Action d'accepter l'adversité ; soumission, résignation

Ainsi, au travers de cette définition, nous pouvons constater deux notions importantes : celle du consentement et celle de la résignation, qui feront l'objet chacune d'une sous-partie de ce paragraphe.

#### **2.3.1. Le consentement des soins**

Selon le dictionnaire Larousse, le consentement est « *l'action de donner son accord à une action, à un projet ; acquiescement, approbation, assentiment* ».

De plus, le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales lui donne trois significations :

- Dans le domaine juridique, administratif, ... : autorisation, accord donné à un acte légal ;
- Dans le domaine intellectuel : acceptation totale et réfléchie d'une valeur reconnue comme vraie ou existante ;
- Dans le domaine moral : acte libre de la pensée par lequel on s'engage entièrement à accepter ou à accomplir quelque chose.

Au travers de ces différentes significations, nous percevons bien le fait que le consentement soit synonyme d'acceptation. Dans le monde médical, dans le monde du soin, cela laisse-t-il sous-entendre que le patient, et notamment dans notre cas l'enfant, doit tout accepter ? Nous allons donc maintenant définir le consentement sous son volet médical.

Le consentement aux soins ou consentement libre et éclairé est l'acceptation par le patient des soins qui lui sont proposés. La notion de consentement libre fait référence au fait que l'acceptation du soin ne se fait pas sous la contrainte. La notion de consentement éclairé est liée à la nécessité d'information au patient sur l'acte à réaliser, les traitements, ... afin que celui-ci puisse prendre sa décision d'accepter ou de refuser les soins. Le soignant doit donc respecter cette décision. La dimension actuelle du consentement aux soins a été apportée par la loi du 4 mars 2002 et renforcée par celle du 22 avril 2005 :

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...]Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Ainsi, tout patient peut refuser des traitements, même au risque de sa vie. Ce consentement serait comme un contrat entre les soignants et le patient.

Par ailleurs, le consentement, fait référence à deux grandes notions : l'autonomie et la dignité. Pour la première, le consentement serait une des conséquences de l'autonomie. Celle-ci serait divisée en trois parties :

- La première serait l'autonomie d'action et ferait référence à la mobilité corporelle ;
- La deuxième serait liée à l'autonomie de pensée, dans le domaine médical, il s'agit de s'assurer que lorsque le patient refuse un soin, il a compris l'information de celui-ci afin de réaliser les conséquences de son refus ;
- La dernière serait l'autonomie de volonté, elle-même divisée en deux notions : « *l'autonomie comme souveraine individuelle, consiste dans la possibilité d'avoir des préférences singulières* » et « *l'autonomie entendue comme auto-limitation, intègre une dimension de maîtrise rationnelle de la sensibilité* » (Formarier et al, 2012), c'est-à-dire que celui qui agit sous l'émotion ou des contraintes externes n'est pas réellement autonome.

Pour la seconde, le consentement serait également une résultante de la dignité. Considéré comme un objet de soin, le patient est donc privé de consentement. Lorsque celui-ci est considéré en tant que personne, il devient co-auteur de sa prise en soin. « *Accepter l'autre malade comme sujet, c'est accepter de reconnaître sa dignité d'être humain comme inaliénable* » (Formarier et al, 2012). Ainsi respecter la liberté de l'autre et son autonomie nécessite de considérer l'autre dans sa dignité et ainsi de lui reconnaître sa capacité de consentir ou non.

Dans notre situation, il s'agit d'enfants âgées de 8 à 10 ans. Peuvent-ils eux même consentir aux soins ? Leur consentement a-t-il une valeur juridique ? Leur consentement à un acte de soin est-il nécessaire ? Ce sont les titulaires de l'autorité parentale, qui dans la majorité des situations, sont les parents de l'enfant, qui doivent recevoir l'information par les soignants. C'est à eux aussi qu'ils doivent demander leur consentement ou non aux soins.

Mais l'article L. 1111-4 du Code de la Santé Publique stipule que « *le consentement du mineur [...] doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à sa décision.* » De plus, la loi du 4 mars 2002 énonce « *les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent selon son âge et son degré de maturité* ». Ces deux textes de loi, font référence à l'article 4 de la Charte européenne de l'enfant hospitalisé « *Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant* ». Ainsi, le soignant inclue l'enfant dans sa recherche du consentement aux soins de manière verbale mais aussi non verbale, par l'attitude de l'enfant, par un hochement de tête d'approbation ...

Au travers de notre recherche théorique, nous constatons que l'enfant âgé de 8 à 10 ans est dans la capacité de comprendre les soins comme la prise de sang, la réfection de pansement mais qu'il peut se trouver en difficulté dans la compréhension des conséquences au long terme. Le but de ces deux textes de loi étant de reconnaître une place à l'enfant lors de ses soins et de participer à la prise de décision. Mais ce sont les parents qui ont le dernier mot. Concrètement, le consentement de l'enfant aux soins est toujours recherché mais si les parents acceptent ceux-ci sans l'accord de l'enfant, les soignants peuvent réaliser les soins. Lorsque cette situation se produit, est ce que cela n'entraîne pas l'enfant vers l'autre versant de l'acceptation qui est la résignation ? Nous allons maintenant évoquer cette notion.



### **2.3.2. La résignation**

Selon le dictionnaire Larousse, la résignation est le « *fait de se résigner, de supporter sans protester quelque chose de pénible, d'inévitable* ». Ainsi cette définition, renvoi à la notion d'impuissance et d'incapacité mais aussi au comportement passif qu'elle entraîne. La résignation est l'une des phases du processus individuel d'intégration de changement. Puisque c'est l'acceptation de celui-ci. L'entrée dans cette phase est liée au sentiment partagé d'échapper au stress lié au changement et l'instant de conservation de l'identité première de l'individu.

De plus, lors d'hospitalisation, le patient peut présenter des phases de résignation face aux soins car cela représente l'élément majeur de son changement d'état pour pouvoir par la suite retrouver un comportement dynamique face à ce changement.

Par ailleurs, la résignation aurait une notion d'utilité et d'intérêt à l'acceptation au changement. Ainsi lors de résignation, ces notions ne sont pas réellement intégrées par l'individu. Dès lors, l'enfant âgé de 8 à 10 ans est dans la capacité de comprendre un traitement, mais il lui est difficile de l'appréhender sur le long terme. De là, les soins peuvent lui paraître inutile et d'aucun intérêt car seulement source de douleur, d'immobilité ...

L'entourage a une influence sur la durée de la phase de résignation en laissant le temps à l'individu d'accepter ce changement et lui permettre d'avoir confiance en lui. L'hospitalisation peut représenter, pour l'enfant âgé de 8 à 10 ans, un changement imposé, notamment s'il n'a pas été informé de celle-ci. De là, une résignation aux soins est possible, comme phase nécessaire à l'acceptation de l'enfant.

Nous venons de traiter les deux versants de l'acceptation selon la définition de celle-ci. Maintenant, nous allons développer l'acceptation du soin sous son volet participatif.

### **2.3.3. La participation au soin**

Selon Gillet-Marie Valet, l'enfant en grandissant, et notamment lors de la période de latence, prend conscience de lui-même, de son corps. « *Il affirme son statut d'individu autonome et devient un partenaire actif dans la prise en charge de sa santé.* » (Valet, 2007). Grâce à son développement cognitif, l'enfant évolue vers un mode de pensée qui est logique et concret, il est ainsi dans la capacité de pouvoir exprimer ses ressentis et ses maux. De plus, il est en capacité de se décentrer de lui-même et ainsi apparaît des explications plus concrètes sur sa maladie, son hospitalisation et donc plus enclin au réel. De ce fait, l'enfant a besoin de précisions sur ce qui lui arrive, sur la maladie afin de pouvoir lui allouer une explication. Cela lui permet alors de se déculpabiliser et ainsi d'avoir une participation active dans sa prise en soin, ce qui est la résultante de l'acceptation des soins par l'enfant.

Durant l'âge de raison et notamment vers l'âge de 8 à 10 ans, l'enfant est dans une dynamique propice à son traitement. Cela est dû à son acquisition de la pensée logique et concrète car il comprend la nécessité des traitements, ainsi qu'à son développement affectif qui fait qu'il n'est pas dans une phase d'opposition développementale comme lors de l'adolescence. Mais l'hospitalisation peut entraîner une régression des comportements de l'enfant, par un dépassement de ses capacités cognitives et représentationnelles, notamment concernant son corps et les plaies qui peuvent être présentes et par l'éloignement sociale qu'elle entraîne.

Ce comportement de régression correspond à une réponse de l'organisme face à un évènement stressant : l'hôpital, les soins. Cette notion renvoie plutôt à une approche psychanalytique. Elle fait référence aux défenses inconscientes de l'individu face aux conflits intrapsychiques. En complément, le coping, fait référence aux réponses conscientes cognitives, comportementales et émotionnelles mise en place pour faire face à un évènement stressant.

Nous allons donc développer maintenant le concept de coping car il nous paraît le plus adapté pour approfondir celui de la participation. Le dictionnaire Larousse, définit le coping comme une « *stratégie développée par l'individu pour faire face au stress* ». En effet, tout au long de l'existence d'un individu, celui-ci va percevoir des évènements comme menaçants qui

vont induire des perturbations émotionnelles auxquelles l'individu essaye de faire face. Ainsi la manière dont celui-ci s'ajuste aux événements difficiles désigne le coping.

Selon Lazarus<sup>10</sup> et Folkman, en 1984, le stress est une « *transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien être* » (Bruchon-Schweitzer, 2001). En effet, les événements de vie n'ont pas tous le même impact sur les individus. C'est le retentissement émotionnel et la signification de l'évènement stressant pour un individu particulier qui priment sur l'intensité, la fréquence et la gravité « objectives » de celui-ci. C'est donc l'expérience de chaque individu face à cet évènement. Nous parlons alors de stress perçu.

Face à ce stress, à cet évènement, qu'il soit aigu ou chronique, l'individu ne peut rester passif et essaye de faire face. Le coping est donc les réponses et les réactions que l'individu met en place pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer l'évènement. Cela peut être de l'ordre cognitif (évaluation de la situation stressante, recherche d'informations ...), affectif (expression de la colère, détresse, ...) et comportemental (résolution du problème, recherche d'aide, ...). Ainsi, l'individu essaye de transformer l'évènement et/ou de se modifier lui-même pour que la situation soit plus tolérable. A partir de cela, nous constatons que le concept de coping, renvoie à la notion d'action sur l'évènement ou sur soi pour pouvoir accepter celui-ci. Dans notre situation, cela peut se révéler par la participation de l'enfant au soin, comme la réfection de pansement.

Ainsi, Lazarus et Folkman, en 1984, définissent le coping comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployé) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources* » (Bruchon-Schweitzer, 2001). C'est donc un processus qui implique des actions réciproques entre l'individu et l'environnement. Ce sont des « *stratégies élaborées pour tenter de maîtriser les situations aversives et/ou pour réduire la détresse induite par ces situations* » (Bruchon-Schweitzer, 2001). Mais les stratégies de coping ne doivent pas être confondues avec les effets de celle-ci sur la situation.

Le coping est un processus durable et changeant mais il ne doit être réduit à un phénomène linéaire de stimulus-réponse. En effet, ce processus nécessite une évaluation

---

<sup>10</sup> Richard S Lazarus (1922-2002) professeur en psychologie

continue par l'individu sur son environnement. Cela à pour effet des mouvements cognitifs et comportementaux divers. L'évaluation se fait en deux phases : l'évaluation primaire et l'évaluation secondaire. Pour la première, c'est l'évaluation de l'évènement stressant en lui-même et l'impact qu'il peut avoir sur lui. Un même évènement peut entraîner, en fonction de la donnée cognitive attribuée par l'individu, des émotions variées. Pour la seconde, c'est l'évaluation des ressources disponibles à l'individu pour faire face à l'évènement. Ainsi l'individu disposant de ressources suffisantes pour contrôler la situation mettra en place des stratégies visant à affronter celle-ci. Alors que si l'individu ne pense pouvoir maîtriser la situation, il tentera de se modifier lui-même pour pouvoir supporter celle-ci.

A partir de là, nous pouvons percevoir deux types de stratégies du coping : le coping centré sur le problème ou coping actif et celui centré sur l'émotion ou coping évitant. Le premier «  *vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux faire face* » (Bruchon-Schweitzer, 2001). Cela sous-entend un comportement de résolution du problème par notamment la recherche d'informations et l'affrontement de celui-ci par des actions directs pour le modifier. Dans notre questionnaire, cette stratégie correspondrait à la participation à la réfection du pansement afin de faire face au stress engendré. Pour cela, l'enfant passerait par une action sur l'évènement, en étant co-auteur, en s'installant correctement, en regardant le soin et la plaie, en se laissant faire notamment ou par une recherche d'information, en posant des questions, en parlant avec le soignant et leurs parents ... Le second, lui «  *vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation* ». (Bruchon-Schweitzer, 2001). C'est donc la régulation émotionnelle associée à la situation stressante. L'individu met en place des stratégies qui n'ont pas le but de modifier la situation mais son attitude qu'il a envers elle. Pour cela, l'individu peut minimiser la situation, la réévaluer de manière positive, s'accuser de cette situation, avoir un comportement d'évitement ou de fuite ou recherche un soutien émotionnel pour faire face à cette situation. Ce processus correspondrait à la réaction de Romain dans notre situation de départ. En soin, le coping évitant peut se manifester par un évitement de l'évènement, un comportement passif entraînant un repli sur soi de l'enfant mais aussi une agitation possible. Une recherche de soutien émotionnelle peut apparaître où l'enfant ressent le besoin d'interaction (parole, toucher, regard) avec les parents et les soignant. De plus, le coping évitant peut se manifester par une recherche d'autre activité comme la distraction par les parents et les professionnels, jouer à un jeu seul ou regarder la télévision... Lors d'un même

évènement stressant, l'individu peut utiliser ces deux stratégies de coping. Ainsi le coping est un processus dynamique qui est lié à la façon dont l'individu évalue la situation par rapport à ses connaissances et à la nature même de l'évènement.

Dans le cadre médical, nombres de situations peuvent être vécues comme menaçantes par l'individu et dans notre cas par l'enfant âgé de 8 à 10 ans, notamment la réfection de pansement. Cela entraîne donc des stratégies d'adaptation par l'enfant afin de faire face à ce stress. C'est donc un comportement actif de l'enfant qui s'opposerait à la notion de résignation. Cette capacité d'action sur l'évènement et dans notre cas, la réfection de pansement peut sous-entendre l'action par la participation active à ce soin.

### **3. La problématique**

Notre questionnement de départ était : En quoi le vécu de l'hospitalisation influe sur l'acceptation de la réfection d'un pansement chez l'enfant âgé de 8 à 10 ans ? Pour cela nous avons été amenés à nous intéresser au développement psychoaffectif et cognitif de l'enfant âgé de 8 à 10 ans. Ceci nous a permis de comprendre qu'il a maintenant une représentation conceptuelle, qui est d'ordre opératoire. Cela lui permet de se décentrer de sa perception égocentrique du monde, ce qui lui donne accès au jugement et à l'analyse de ses ressentis. Mais, il n'est pas encore en capacité d'émettre des hypothèses. Ainsi sa pensée se détache de la perception et permet à l'enfant de créer des relations objectives. Par ailleurs, la représentation a pour fonction d'allouer une signification aux choses absentes, elle sert donc de réalité et de connaissance pour celui-ci. Elle se construit à partir de son savoir et de ses expériences mais aussi de ce qu'il a pu en échanger avec les autres. Ainsi nous avons pu constater concernant les soins que celui-ci en avait en général une représentation plutôt négative. Mais concernant la réfection de pansement en lui-même, nous n'avons trouvé que peu d'écrits, ce qui nous confirme le besoin d'étudier ce sujet.

Par ailleurs, au travers du vécu d'hospitalisation de l'enfant âgé de 8 à 10 ans et des différentes représentations de l'hôpital, du soignant et du soin, nous avons constaté que cela entraîne des réactions diverses chez l'enfant : de la régression, de la peur, du repli sur soi, de l'agitation, de l'accommodation... De là, nous nous sommes questionnés sur l'acceptation du soin, au travers du consentement, puisque l'enfant âgé de 8 à 10 ans est en capacité d'en comprendre la nécessité et en droit de consentir à ses soins. Mais aussi sur les stratégies d'adaptations mis en place par l'enfant pour faire face à la réfection de pansement et ainsi participer ou non à celui-ci.

C'est à partir de tout cela, que nous pouvons poser la problématique suivante :

**En quoi les représentations de l'enfant âgé de 8 à 10 ans sur la réfection d'un pansement influent sur l'acceptation de ce soin ?**

Notre problématique, nous permet maintenant d'élaborer une hypothèse théorique :

**Les représentations de la réfection de pansement de l'enfant âgé de 8 à 10 ans influence son acceptation de ce soin.**

## 4. Opérationnalisation des concepts

Grâce à nos recherches théoriques nous avons pu dégager une problématique mettant en avant deux concepts : les représentations de la réfection de pansement et l'acceptation du soin, ainsi qu'une hypothèse théorique. Afin de déduire une hypothèse de travail, il nous est nécessaire de réaliser un tableau d'opérationnalisation des concepts, à partir de la variable indépendante, les représentations de la réfection de pansement et de la variable dépendante, l'acceptation du soin.

<b>Représentations de la réfection de pansement d'un enfant âgé de 8 à 10 ans</b>	
Le savoir	<p>Pansement : protection d'une plaie</p> <p>Le désinfectant c'est pour enlever les microbes pour ne pas être malade (risque infectieux)</p> <p>le désinfectant c'est froid et ça peut piquer</p> <p>La plaie se referme = cicatrisation</p>
L'expérience	<p><i>Expérience positive :</i></p> <p>N'avait pas eu ou peu de douleur pendant le soin</p> <p>Avait pu voir la plaie pour se la représenter</p> <p>L'enfant considère le soignant comme un « bon » soignant qui cherche à l'aider en lui expliquant ce qu'il fait, ayant des gestes doux et précis, en mettant en place de la distraction, en parlant avec lui, en le regardant, en le touchant...</p> <p>Présence d'un parent : le regard, le touche, lui parle → diminue le stress</p> <p>Avait pu participer au soin</p> <p><i>Expérience négative :</i></p> <p>Avait eu de la douleur pendant le soin : pleur consolable ou non, agitation modéré ou intense, froncement des sourcils, mâchoires serrées, jambes tendus, expression de douleur</p> <p>Avait refusé de voir la plaie</p> <p>Non proposition des soignants à l'enfant s'il veut voir la plaie</p> <p>Notion de douleur quand on enlève le pansement</p> <p>L'enfant considère le soignant comme un « mauvais » soignant quand le soin est douloureux, vécus comme agressif → dit que l'infirmière est vilaine</p> <p>Peur que la plaie ne se referme pas</p> <p>Non présence d'un parent : impossibilité, refus des soignants</p> <p>Repli sur soi : volonté de s'isoler, de fuir la communication avec autrui, évitement d'autrui</p>

	<p>Agitation : mouvements désordonnée, continue, cris, remue sans cesse, agressivité</p> <p>Ressentir de la peur : sourcils froncés, mâchoires serrées, pleur, repousse autrui, évitement d'autrui, crispation, sueur, difficulté à contrôler sa voix, crie, verbalise cette peur, tremblement</p>
--	--

<b>L'acceptation du soin</b>	
Le consentement	<p>Donner son accord</p> <p>Consentement libre = acceptation du soin sans contrainte</p> <p>Consentement éclairé = information concernant le soin</p> <p>Contrat de soin entre le patient et le soignant qui doit être explicite → recherche réel du consentement avec information approprié à l'enfant</p> <p>Recherche du consentement verbale de l'enfant</p> <p>Consentement non verbale : hochement de tête d'approbation, visage et corps détendu</p> <p>Enfant de 8 à 10 ans : pas de valeur juridique du consentement → détenteur de l'autorité parentale mais recherche de celui-ci en demandant de façon formel à l'enfant</p> <p>Soin peut être fait si parent accepte mais que l'enfant refuse</p>
La participation	<p>Stratégie d'adaptation – coping : évaluation de l'environnement →</p> <p><i>Coping centré sur le problème → coping actif :</i></p> <p><u>Action sur l'évènement – attitude active – co-auteur de sa prise en soin :</u> s'installe comme le soignant lui dit, veut regarder le soin, veut enlever le pansement, se laisse faire quand on le soignant lui dit de ne pas bouger</p> <p><u>Recherche d'informations :</u> besoin d'informations (fronce sourcil, pose des questions, regard interrogateur, fait répéter), parle avec le soignant, parle avec le parent</p> <p><i>Coping centré sur l'émotion → coping évitant :</i></p> <p><u>Fuite-évitement de l'évènement – résignation – comportement passif :</u> repli sur soi (volonté de s'isoler, de fuir la communication avec autrui, évitement d'autrui), agitation (mouvements désordonnées, continues, cris, pleur, remue sans cesse, agressivité),</p> <p><u>Recherche de soutien émotionnel :</u> interaction avec le parent (le regard, le touche, lui parle), interaction avec le soignant (lui parle, le regard, le touche)</p> <p><u>Recherche d'autres activités :</u> est dans la distraction (choix de la distraction, attentif à la distraction, visage et corps détendu), interaction avec la personne qui réalise la distraction (regard, parole, ...), joue à un jeu seul (jeux vidéo, livre, jouet, ...), regarde la télévision</p>



La réalisation de ce tableau, nous permet de croiser les dimensions de nos deux concepts : les représentations de la réfection de pansement et l'acceptation du soin et ainsi nous avons pu émettre 4 hypothèses de travail.

« Plus l'enfant âgé de 8 à 10 a du savoir sur la réfection de pansement plus il sera consentant à la réalisation de ce soin. »

« Plus l'enfant âgé de 8 à 10 a du savoir sur la réfection de pansement plus il sera dans la participation de ce soin ».

« Plus l'enfant âgé de 8 à 10 ans a une expérience de la réfection de pansement plus il sera consentant à la réalisation de ce soin. »

« Plus l'enfant âgé de 8 à 10 ans a une expérience de la réfection de pansement plus il sera dans la participation de ce soin. »

En ce qui concerne notre premier concept : les représentations de la réfection de pansement chez l'enfant âgé de 8 à 10 ans, nous avons choisi entre nos deux dimensions : le savoir et l'expérience, de traiter le second. En effet, en lien avec notre recherche théorique, nous nous sommes aperçues que les représentations du pansement et l'expérience de celui-ci étaient peu étudiés.

En ce qui concerne le second concept : l'acceptation du soin, nous avons décidé, entre les deux dimensions : le consentement et la participation, de nous focaliser sur la participation car c'est ce qui nous paraît le plus observable pour notre recherche empirique. Par ailleurs, en vue de notre situation de départ et du questionnement qu'elle a suscité, c'est bien la participation qui nous paraît être le concept d'acceptation le plus pertinent.

Ainsi, nous avons retenu la dernière hypothèse de travail :

**Plus l'enfant âgé de 8 à 10 ans a une expérience de la réfection de pansement plus il sera dans la participation de ce soin.**

Maintenant, nous allons réaliser la recherche empirique afin d'explorer notre hypothèse de travail.

## **5. Recherche empirique**

### **5.1. Enquête**

#### **5.1.1. Présentation du service**

Dans le cadre de notre recherche empirique, nous avons dû réaliser une enquête dans un service de chirurgie viscérale et orthopédique pédiatrique. C'est un service de 22 à 24 lits, répartis en 3 secteurs. Chacun d'eux comprend deux chambres doubles et quatre chambres seules. Il y a une puéricultrice ou infirmière et une auxiliaire de puériculture ou aide-soignante par secteur.

L'équipe est composée de puéricultrices, d'infirmières, d'auxiliaires de puériculture, d'aides-soignantes, de chirurgiens, d'anesthésistes, d'internes, de kinésithérapeutes, d'une institutrice ... C'est une équipe présentant des compétences diverses afin de garantir une prise en soin globale et optimale à chaque enfant, en incluant sa famille dans celle-ci. Par une collaboration pluri-professionnelle, la continuité des soins est assurée.

Les enfants sont accueillis sur convocation ou adressés par les urgences et autres établissements de santé. Ce service accueille les enfants venant du grand Sud-Ouest nécessitant une chirurgie.

#### **5.1.2. Elaboration de l'outil d'enquête**

Pour étayer notre hypothèse de travail, nous avons choisi de réaliser quatre observations d'enfants âgés de 8 à 10 ans lors de la réfection de pansement, le but de ces observations étant d'identifier la participation des enfants durant le soin. Par ailleurs, pour avoir accès à leur expérience du soin, qu'elle soit positive ou négative, il nous a paru pertinent de réaliser un entretien auprès de chacun d'eux. Ainsi, la combinaison de ces deux types d'explorations nous permet d'étudier notre hypothèse, qui est de savoir si l'expérience de la réfection de pansement influence la participation de l'enfant lors de ce soin.

Pour réaliser nos observations, nous avons créé une grille d'observation (Annexe n°1). Nous avons fait le choix de commencer celle-ci par un rappel du contexte du soin avec notamment l'âge de l'enfant, les personnes présentes lors du soin et la mise en place d'une

distracted. Puis, nous avons décliné les critères de coping centrés sur le problème et ceux centrés sur l'émotion afin d'aborder la participation à la réfection de pansement, dimension de l'acceptation du soin que nous avons préalablement considéré comme particulièrement pertinente. La grille d'observation a été construite à partir des indicateurs relevés dans le tableau d'opérationnalisation des concepts afin de pouvoir analyser les éléments recueillis.

Pour la réalisation des entretiens, nous nous sommes appuyées sur une grille d'entretien (Annexe n°2) que nous avons réalisées afin que ceux-ci soit des entretiens semi-directifs. Nous avons fait le choix de ce type d'entretien pour permettre une liberté de parole à l'interviewé tout en limitant le risque d'hors-sujet. Après l'accord des parents et de l'enfant, les entretiens ont été enregistrés afin d'être libres et attentives durant ceux-ci. Par ailleurs, ce type d'entretien permet d'obtenir des informations non attendues qui peuvent donner une nouvelle orientation sur la thématique. Trois questions fondamentales ont été définies avec des questions de relance afin d'étayer notre hypothèse. Ces questions ont pour but de questionner l'expérience qu'elle soit positive ou négative du pansement chez l'enfant. Pour analyser ces entretiens, nous nous sommes aidées du tableau d'opérationnalisation des concepts. Au vue de la population interrogée, des enfants âgés de 8 à 10 ans, les entretiens sont courts et les questions sont adaptées à leur vocabulaire et leur capacité de compréhension.

### ***5.1.3. Présentation de la population témoin***

Dans le cadre de notre recherche empirique, quatre observations et quatre entretiens ont été réalisés auprès d'enfants âgés de 8 à 10 ans. En effet, tout au long de notre recherche théorique nous nous sommes centrées sur cette tranche d'âge. Il nous est donc paru pertinent de réaliser notre enquête sur des enfants de la même tranche d'âge.

Lors des observations, nous n'avons pas posé de critère concernant les professionnels présents puisque l'équipe est composée à la fois d'infirmières et de puéricultrices ainsi que d'aides-soignantes et d'auxiliaires de puériculture. Par ailleurs, cette distinction n'aurait pas eu d'intérêt au vue de notre recherche hormis de limiter les observations possibles.

Nous vous présentons le tableau des enfants observés et interrogés :

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
Age de l'enfant	9 ans 6 mois	10 ans 9 mois	9 ans 9 mois	10 ans 11 mois
Professionnels présents lors de l'observation	2 Puéricultrices 2 Auxiliaires de puériculture	2 Infirmières 1 Chirurgien	1 Puéricultrice 1 Auxiliaire de puériculture	1 Puéricultrice 1 Auxiliaire de puériculture 1 Anesthésiste
Présence d'un parent lors de l'observation	Non	Oui	Oui	Non
Présence d'un parent lors de l'entretien	Non	Oui	Oui	Non

#### **5.1.4. Réalisation de l'enquête**

Lorsque la grille d'observation et la grille d'entretien ont été validées par notre référente de guidance nous avons pris contact par mail avec la Direction des soins et la Cadre Supérieure de Santé de pédiatrie de l'établissement où nous avons effectué notre stage de référence. Après l'accord, de ceux-ci pour pouvoir réaliser notre recherche empirique, nous avons téléphoné au Cadre de Santé du service ainsi qu'au personnel de son service. Puis nous nous sommes déplacées dans celui-ci afin de pouvoir organiser les observations et les entretiens avec des enfants correspondant à nos critères. Pour cela, nous avons laissé nos coordonnées téléphoniques, afin d'être jointe lorsqu'une situation correspondant à nos critères de sélections se présenterait. Enfin, nous appelions régulièrement dans le service afin de poser les dates d'observations et d'entretiens.

Nous sommes allées dans le service quatre matinées afin de réaliser notre enquête. Avant de débiter celle-ci, nous nous sommes présentées personnellement aux parents et aux enfants afin de demander leur accord. Nous leur avons expliqué l'intérêt de notre présence.

Nous commençons d'abord par les observations. Lors de ceux-ci nous nous placions de manière à avoir une vue d'ensemble de la scène tout en nous assurant de ne pas déranger le

soin. Puis, après l'observation, nous laissons un temps à l'enfant avant de réaliser les entretiens. Ce temps nous permettait de reprendre les éléments observés lors du soin. Une fois l'enfant prêt pour l'entretien, celui-ci nous appelle. Avec l'accord préalable des parents et de l'enfant, les entretiens ont pu être enregistrés.

Une fois, notre enquête sur le terrain terminée, nous avons retranscrit informatiquement nos observations et nos entretiens (Annexe 3), ce qui nous a permis de réaliser une analyse des éléments recueillis par rapport à notre recherche théorique.

## **5.2. Exploration des observations**

Afin de rendre compte de nos observations, nous allons réaliser une exploration des résultats sur le plan quantitatif mais aussi qualitatif pour pouvoir mettre en lumière les similitudes et les divergences. Afin de faciliter la synthèse nous allons appeler les enfants E1, E2, E3 et E4. L'ordre correspond à l'ordre des observations réalisées.

### **5.2.1. Au niveau quantitatif**

➤ Concernant le contexte de soin :

Dans toutes les observations que nous avons faites, il y avait au moins deux professionnels de santé. Dans trois des situations, il s'agit du binôme puéricultrice-auxiliaire de puériculture et la dernière se fut deux puéricultrices. Pour l'enfant E1, il eut même deux binômes puéricultrices-auxiliaires de puériculture. De plus, dans deux situations, il y a eu la visite soit du chirurgien (E2) pour voir la plaie soit de l'anesthésiste (E4), qui était présent dans le service pour réaliser sa visite.

Par ailleurs, durant les observations, il y a eu un parent présent dans deux des situations (E2 et E3). Pour les deux autres, les parents étaient en incapacité de pouvoir être présents lors du soin.

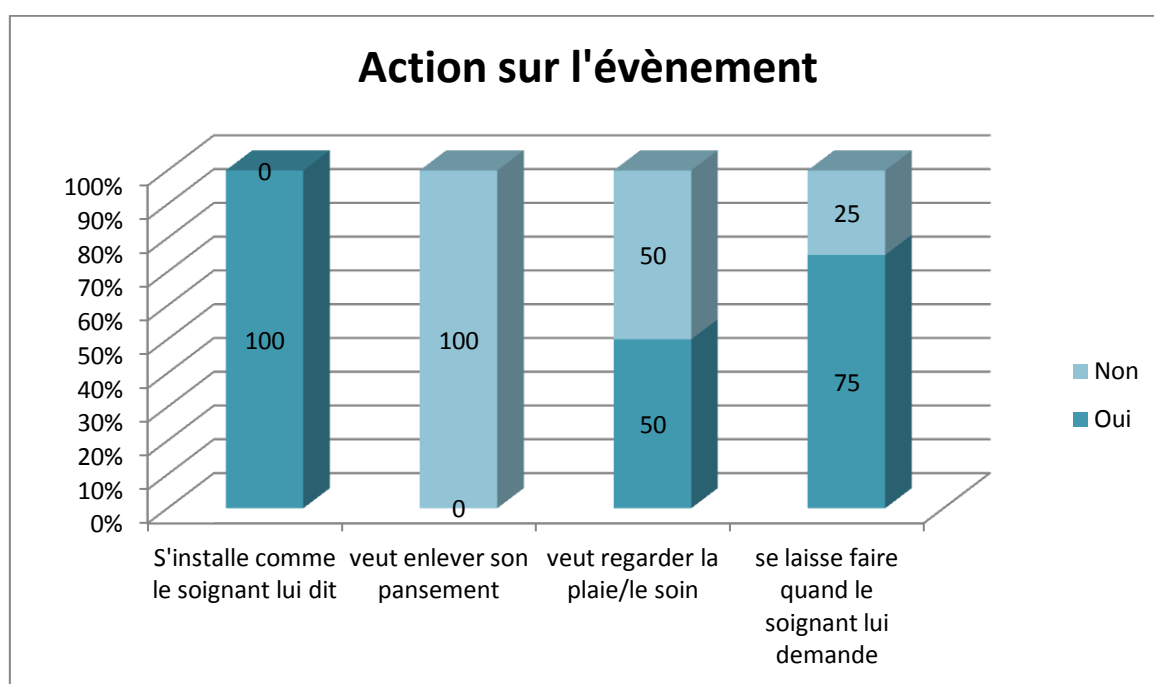
Enfin, nous avons pu observer la mise en place d'une distraction dans la moitié des situations. Dans la première situation, la distraction a été choisie par un soignant et mis en

place par celui-ci alors que dans l'autre situation, elle l'a été par l'enfant et le soignant, et mise en place par l'enfant, son parent et le soignant.

➤ Concernant la participation à la réfection de pansement :

✓ Coping centré sur le problème :

Nous retrouvons des similitudes dans nos quatre observations, tous les enfants ont une action sur l'évènement et dans leur cas sur la réfection de leur pansement. Cependant, une disparité apparaît quant à la manifestation de ce coping. C'est pourquoi, nous avons décidée de réaliser un graphique pour avoir une vue d'ensemble.



Ainsi, comme le montre ce graphisme, tous les enfants observés arrivent durant le soin à avoir une action sur celui-ci afin de diminuer le stress qu'engendre la réfection du pansement. De plus, un enfant a réussi à surmonter sa peur de voir ses plaies et en a fait la demande durant le soin. Enfin, l'enfant E4 a participé à sa réfection de pansement en comptant avec la puéricultrice le nombre de passage du désinfectant.

Par ailleurs, trois des enfants observés (E1, E2 et E4) ont manifestés des signes de recherche d'informations afin de s'adapter au soin. Tous ont eu besoin d'explications en posant des questions aux professionnels présents lors du soin, dont un enfant (E1) souhaitait qu'on lui dise tout ce qu'on lui faisait. Deux d'entre eux ont eu un regard interrogateur lors du soin (E2 et E4) et un seul a froncé les sourcils par non compréhension des explications de la professionnelle.

✓ Coping centré sur l'émotion :

A partir de nos quatre observations, nous pouvons constater des similarités sur deux coping centrés sur l'émotion : la recherche de soutien émotionnel et la recherche d'autres activités. Pour le premier, les quatre enfants ont été en interaction avec les soignants par le regard et la parole. Pour les deux enfants ayant leur parent auprès d'eux (E2 et E3), l'interaction passe par le regard, le touché et la parole. En ce qui concerne, la recherche d'autres activités, deux enfants (E2 et E4), ceux où une distraction n'a pas été mise en place, ont regardé l'un la télévision, avec une peluche collé sur le visage et l'autre son téléphone portable. Les deux autres enfants ayant eu une distraction de mise en place, le premier (E1) n'est entré dans la distraction qu'au début du soin, où son visage était détendu et était en interaction avec le soignant qui réalisait la distraction. Pour le second (E3), lorsqu'il était attentif à la distraction son visage était détendu et il y participait avec le soignant et son parent. Mais à plusieurs reprises durant le soin, il a enlevé le masque du MEOPA<sup>11</sup> utilisé pour la distraction.

Des disparités existent quant au coping de fuite et d'évitement de l'évènement. Trois des quatre enfants (E1, E2 et E3) ont présentés des manifestations de ce coping, replis sur soi et agitation. En ce qui concerne le premier, nous avons pu observer deux enfants, l'un avec une volonté de s'isoler (E2) et l'autre une volonté de fuir la communication avec les autres personnes présentes lors du soin (E1). Concernant l'agitation, deux enfants en ont manifestés durant le soin (E1 et E3), par des cris, des pleurs et des mouvements de tête.

---

<sup>11</sup> MEOPA : mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote

### **5.2.2. Au niveau qualitatif**

➤ Concernant le contexte de soin :

Afin de mener à bien cette recherche empirique, l'âge des enfants était délimité de 8 à 10 ans. Au vue des enfants présents dans le service lors de notre enquête, l'âge des enfants est même réduit de 9 à 10 ans.

En ce qui concerne les professionnels présents lors de la réfection des pansements, celles-ci s'organisaient afin que le soin se déroule le plus rapidement mais surtout le plus favorablement possible pour l'enfant. En effet, pour la première observation, l'autre binôme présent dans le service est venu lors du soin afin d'aider l'auxiliaire de puériculture à mettre en place une distraction efficace.

Comme évoqué précédemment, deux parents ont pu être présents lors du soin (E2 et E3). Pour l'enfant E2, le soin a été différé dans la matinée pour laisser le temps au parent de venir car l'enfant voulait et avait besoin de celui-ci pour affronter ce soin. Ainsi, le besoin de l'enfant a été respecté, le soin n'a commencé qu'après l'arrivée du parent.

➤ Concernant la participation à la réfection de pansement :

✓ Coping centré sur le problème :

Dans toutes les observations faites, les enfants arrivent à avoir durant le soin une action sur celui-ci. Même si celle-ci peut paraître minime, comme s'installer correctement quand le soignant lui demande, elle manifeste tout de même une adaptation de l'enfant à un événement stressant qui est la réfection de son pansement. Par ailleurs, une enfant (E2) ne voulait pas voir ses plaies, c'était trop douloureux pour elle, elle désirait qu'on lui mette un drap devant les yeux lors de l'ablation du pansement. Puis une fois, le pansement enlevé, elle a voulu voir ses plaies afin de pouvoir se les représenter car elle les imaginait beaucoup plus grandes. Cela a été une grande fierté pour cette enfant que d'avoir pu regarder ses plaies. De plus, nous avons constaté, lors d'une situation (E4) que l'enfant a eu besoin, de regarder le soin pendant la quasi-totalité du temps, elle demanda même à l'auxiliaire de puériculture de prendre en photographie ses plaies. Devant ce besoin d'action, la puéricultrice a fait compter les passages de désinfectant à l'enfant ce qui lui permettait d'anticiper les différents temps du soin.



Nous avons observé que dans la plupart des situations, les enfants étaient dans la recherche d'informations afin de s'adapter au soin. C'est pourquoi, lors de celui-ci, l'enfant pose des questions au soignant comme par exemple, à quoi servent les différents produits utilisés ? Ceux-ci leurs permettent d'anticiper le soin. De plus, lors d'une situation, l'enfant avait besoin que la puéricultrice lui dise tout ce qu'elle faisait. Lorsque celle-ci oubliait de dire une étape à l'enfant, elle se mettait à crier « Qu'est ce que tu fait ? ». Son besoin d'informations été très fort et surtout elle était centrée sur le soin et n'arrivait pas à entrer dans la distraction que les soignants essayaient de mettre en place.

✓ Coping centré sur l'émotion :

Au cours de nos observations, nous avons constaté que tous les enfants avaient recours à la recherche de soutien émotionnel. Ainsi, les enfants utilisaient de manière spontanée ce coping pour s'aider à surmonter le stress engendré par la réfection du pansement. Lorsque les parents étaient présents, les enfants étaient principalement à la recherche de soutien émotionnel auprès de leurs parents mais l'utilisaient tout de même auprès des professionnels présents lors du soin. De plus, lorsque le parent est présent, nous avons constaté que cette recherche de soutien émotionnel passe par le regard, le touché et la parole. Or, dans les situations, où les parents ne pouvaient être présents, l'enfant recherchait un soutien émotionnel seulement par le regard et la parole auprès des professionnels. Enfin, une des enfants, où aucun parent ne pouvait être présent, les réclama à plusieurs reprises durant le soin.

Par ailleurs, dans les différentes situations, les enfants ont eu besoin lors du soin, de se décentrer de celui-ci. Ils étaient dans la recherche d'autres activités afin d'apaiser les émotions liées la réfection du pansement. Cependant, nous constatons, que pour que cette activité soit adaptée, il faut que ce soit l'enfant qui soit à l'initiative de celle-ci. En effet, lors de la première situation, ce sont les soignants qui ont été à l'initiative de la distraction et l'enfant n'a pu se décentrer du soin seulement qu'au début de celui-ci. Très rapidement, il n'arrivait plus à être en interaction avec le soignant qui réalisait la distraction et il s'est mis à verbaliser sa peur du soin et son désir que celui-ci s'arrête.

Enfin, en ce qui concerne le coping de fuite et d'évitement de l'évènement, la majorité des enfants l'ont utilisé lors du soin. Cependant, ce coping a été utilisé de manières

différentes. Pour certains ce n'était que sur de courtes périodes du soin, ne durant que quelques minutes, alors que pour une des enfants, les manifestations de ce coping furent rapidement présentes lors du soin, passant par des phases de repli sur soi puis d'agitation avec mouvements désordonnés au niveau de la tête, des cris et des pleurs. Par ailleurs, la majorité des enfants ont présenté des manifestations verbales et non verbales de peur par de la crispation, des froncements de sourcils, des difficultés à contrôler leur voix et l'une se cachait derrière sa peluche.

Nous allons maintenant faire une synthèse des entretiens réalisés auprès de ces enfants.

### **5.3. Exploration des entretiens**

Pour réaliser cette exploration des entretiens, nous allons développer les différentes thématiques recueillies lors de ceux-ci, en lien avec les indicateurs concernant l'expérience et énoncés dans le tableau d'opérationnalisation des concepts.

#### ➤ Concernant l'expérience de l'enfant sur la réfection de pansement

Nous pouvons constater que sur les quatre entretiens réalisés, seulement deux enfants avait déjà fait l'expérience de pansements ultérieurs et un seul d'entre eux à su en parler, l'autre n'a évoqué que l'expérience de réfection de pansement que nous avons observé. Pour les deux autres, c'était la première fois qu'ils avaient des plaies nécessitant des pansements et donc des réfections de pansement mais c'était la troisième fois qu'ils subissaient ce soin. Ainsi, lors de l'entretien, tous ont parlé et ont pu évoquer l'expérience de réfection de pansement, que celle-ci soit ultérieure ou que ce soit celle de l'observation.

#### ➤ Concernant la peur

A partir de nos quatre entretiens, nous pouvons mettre en avant la thématique concernant la peur. En effet, nous la retrouvons dans tous les entretiens, elle-même présente à plusieurs reprises dans chacun d'eux. Ainsi, à travers ces différents discours, nous pouvons en déduire que la peur fait partie intégrante de l'expérience de l'enfant concernant la réfection de son pansement. En effet, pour l'un des enfants, la réfection de celui-ci se fait tous les jours et

même plusieurs fois par jour. Malgré la répétition de l'expérience du soin, elle exprime : « *j'ai tous les jours peur* ». Par ailleurs, pour l'un des enfants, c'était la première fois que l'équipe soignante réalisait la réfection de son pansement. Elle évoqua lors de l'entretien qu'elle eut peur au début du soin. Nous décrirons plus loin les raisons qui selon l'enfant ont diminué et arrêté cette peur.

La peur est une notion large, la peur n'est pas unique, elle peut atteindre plusieurs éléments. C'est pourquoi, dans les différents discours recueillis, nous pouvons identifier plusieurs sortes de peur liées à la réfection de pansement : la peur d'avoir mal, de voir la plaie, les attelles plâtrées sur les jambes. Celles-ci ont été recueillies notamment lorsque nous demandions à quoi pensait l'enfant quand l'équipe soignante lui disait qu'elle réaliserait la réfection de son pansement dans la matinée. Ainsi, nous pouvons remarquer que la peur peut être déclenchée par la simple évocation de ce soin.

#### ✓ La peur d'avoir mal

La principale peur évoquée par tous les enfants interrogés est celle d'avoir mal. Elle est omniprésente dans le discours des enfants. En effet, pour l'enfant subissant sa première réfection de pansement, elle nous dit que la peur qu'elle avait, avant et au début du soin, était celle d'avoir mal. Un des enfants, nous a dit ne pas avoir peur puis rapidement il finit par nous dire que si, il éprouve un peu de peur, celle « *d'avoir mal* ». Par ailleurs, l'enfant évoquant qu'elle a tous les jours peur, précise l'objet de celle-ci : « *que ça fasse mal* ». Ainsi, nous pouvons constater que l'expérience répétée de réfection de pansement n'atténue pas la peur d'avoir mal au soin suivant.

#### ✓ La peur de voir les plaies

De plus, la peur de voir ses plaies a été évoquée par deux des quatre enfants. En effet, la plaie est le reflet de l'atteinte du corps et celle-ci est cachée derrière le pansement ne permettant pas de la voir et ainsi de pouvoir se la représenter. Cela peut amener à une représentation erronée de la plaie par l'enfant. D'ailleurs, lors de l'entretien, l'une des deux enfants ayant ressenti cette peur nous dit qu'elle s'est sentie rassurée de voir ses plaies parce que qu'elles n'étaient pas aussi grandes qu'elle le pensait. Voici, un extrait de l'entretien :

« j'ai vu mes plaies donc ça m'a rassuré, je croyais que c'était plus pire, que ça allait jusqu'au bout ». Ainsi, nous pouvons relater le besoin de l'enfant de voir ses plaies afin d'avoir une représentation de celle-ci et également de pouvoir se l'approprier, au niveau du schéma corporel et de l'image du corps.

#### ✓ La peur de l'enfermement

Par ailleurs, au travers de nos entretiens, la peur des attelles plâtrées a été évoquée par un des quatre enfants interrogés. Cette enfant présente deux coques plâtrées sur chaque jambe afin d'avoir une immobilisation de celle-ci optimale et de pouvoir malgré tout réaliser la réfection des pansements. Elle a pu nous évoquer cette peur lorsque nous lui demandions si elle avait eu des choses difficiles lors de la réfection de ses pansements. Elle a peur de l'enfermement de ses jambes, elle a peur que la respiration de celles-ci se coupe, selon ses mots « j'ai un peu l'impression que ça va, que la respiration va se couper ».

#### ➤ Concernant la douleur

A travers la lecture de nos quatre entretiens, nous nous apercevons que la notion de douleur est très présente dans le discours des enfants. En effet, comme vu précédemment, c'est la peur de la douleur qui prédomine mais la notion même de douleur est évoquée durant les entretiens. D'ailleurs, lors d'un de ceux-ci, un des enfants nous a exprimé qu'il avait peur d'avoir mal et que cette peur c'est transformée en réalité. Nous lui demandions si c'était la douleur qui lui faisait peur et elle nous répondit : « Oui. Et ça m'a fait mal ».

Cependant, la peur d'avoir mal peut être supérieure à la douleur réellement ressenti. En effet, même si la peur d'avoir mal est omniprésente, le vécu douloureux n'est pas nécessairement élevé mais reste malgré tout prégnant. Ainsi, l'un des enfants décrit la réfection de son pansement comme n'ayant pas fait trop mal, selon ses dires. Seul, une enfant, nous évoque ne pas avoir eu mal durant la réfection du pansement « Elle ne m'a pas fait mal », hormis lors de l'ablation du pansement et du Redon « quand elle m'a enlevé le pansement » et « quand elle m'a enlevé le tuyau ».

➤ Concernant la plaie et le soin

Par ailleurs, à partir de la lecture des entretiens, le thème concernant la plaie en elle-même et le soin a été mis en lumière. Nous pouvons même décliner celui-ci en trois sous-thèmes : voir les plaies, regarder le soin et la distraction lors de celui-ci.

✓ Voir les plaies

Comme nous l'avons décrit plus haut, la peur de voir ses plaies a été évoquée par deux enfants. Malgré celle-ci, toute deux ont réussi à regarder leurs plaies afin de pouvoir se les représenter. Pour l'une d'elle, se fut un moment important car sur ses précédentes réfection de pansement, elle ne put le faire. Cela lui a permis de se rassurer sur la longueur de ses plaies et surtout cela lui a permis de mieux vivre sa réfection de pansement. En effet, elle nous exprime dans son entretien « *j'ai vu mes plaies donc ça m'a rassuré* ».

✓ Regarder le soin

Lors d'un entretien, le besoin de regarder le soin a été mis en avant. En effet, une des enfant a pointé l'intérêt qu'elle a eu de pouvoir observer ce que faisait la professionnelle sur son corps et d'avoir par ce fait une action sur ce soin en comptant le passage de désinfectant sur ses plaies. L'enfant met, ainsi en avant, que le fait d'avoir pu regarder ses plaies et la réfection de son pansement a représenté une aide pour affronter ce soin, qui était au départ un élément stressant.

✓ Distraction et MEOPA

De plus, nous pouvons constater, que lors des entretiens, la distraction a été évoquée, notamment au travers de l'utilisation du MEOPA et des histoires. Pour le premier, nous pouvons le retrouver dans trois des quatre entretiens. Celui-ci a été mis en exergue dû à ses effets sur l'enfant lors de la réfection du pansement. La diminution de la peur est l'un des premiers évoqués, même si celle-ci peut être minime. En effet, une des enfants nous dit qu'elle a « *un petit peu moins peur* ». Un autre enfant, nous confirme que la diminution de cette peur, lui permet de se détendre lors du soin. De même, un autre des effets mis en avant

par les enfants, est la diminution de la douleur et comme pour le premier, celle-ci peut être légère mais tout de même présente. Cette même enfant, l'évoque, ça lui fait « *un peu moins mal* ». Par ailleurs, une autre enfant, nous exprime que pour elle, l'intérêt du MEOPA réside dans le fait qui lui permette de s'évader durant la réfection du pansement. Ainsi, elle nous dit « *ça me faisait penser à autre chose* ».

Enfin, lorsque nous avons demandé à une des enfants n'ayant pas eu de distraction de mise en place dès le début du soin, ce qui avait représenté pour elle une aide lors de celui-ci, elle a relaté la conversation mise en place par les professionnelles. Même si cela ne représente pas réellement une distraction, le fait que celles-ci lui parlent d'autres choses à certains moments de la réfection du pansement l'ont aidé. Elle nous l'exprime ainsi « *oui, c'était bien* ». Ainsi, nous pouvons voir, au travers du discours des enfants, l'intérêt de mettre en place une distraction en fonction de ses besoins, de ses désirs et de ses envies, quelle qu'en soit la forme.

#### ➤ Concernant les professionnels

Lors des entretiens, deux enfants ont évoqué les professionnels présents durant le soin. L'une des enfants, a décrit la douceur de la professionnelle réalisant le soin. « *Elle a fait doucement. Elle ne m'a pas fait mal* ». Elle s'est sentie en confiance auprès de celle-ci, ce qui lui a permis d'apaiser ses peurs et de bien vivre cette réfection de pansement. De plus, lorsque nous lui demandons ce qui l'a aidé lors du soin, elle nous répond : « *beh déjà comment elle faisait* », en parlant de la puéricultrice et comme vu plus haut, le fait qu'elle lui parle d'autre chose durant le soin. Pour l'autre enfant, c'est la présence des deux professionnels durant la réfection de son pansement qu'il a trouvé rassurant. Ainsi, l'interaction avec les professionnels peut représenter une aide précieuse pour l'enfant lors de la réfection de pansement.

#### ➤ Concernant les parents

Au travers des différents entretiens, le thème concernant la présence des parents lors des soins et dans notre cas de la réfection de pansement est apparu. En effet, nous le retrouvons dans deux entretiens. Pour le premier, le parent était présent lors du soin et même celui-ci a

été attendu avant de débiter la réfection du pansement selon le besoin de l'enfant. Ainsi, elle nous exprime « *Celui-là je voulais à tout prix que maman arrive parce qu'au début elle n'était pas là, elle devait arriver plus tard. Et je voulais qu'elle soit là* ». De là, nous lui demandons les raisons de ce besoin de la présence de sa mère. Elle nous répond « *parce que ça me rassure* ». Pour le second enfant, elle, aucun parent ne pouvait être présent lors de la réfection de son pansement. Lors de l'entretien, elle nous évoque que cela, l'a gêné parce qu'elle aurait aimé que ses parents voient le soin et sa plaie. Mais aussi, qu'ils soient là pour la rassurer. En effet, elle nous dit « *pour qu'ils regardent comment c'était fait* » et « *oui, pour moi aussi* ». Dès lors, nous pouvons constater que la présence d'un parent a un effet rassurant chez l'enfant et représente un besoin pour celui-ci.

➤ Concernant le ressenti

Le dernier thème que nous avons relevé est celui concernant le ressenti de l'enfant de la réfection de leurs pansements. Tous nous ont exprimé celui-ci. Pour la première enfant, elle a plusieurs fois par jour des réfections de pansement. Elle nous évoque que la plupart de ses réfections de pansement se passe bien mais que celui de l'observation s'est mal passé à cause de l'ablation des fils. Mais de manière générale, elle vit bien la réfection de son pansement « *oui, ça va* ». Elle en a une expérience plutôt positive. Pour les trois autres enfants, où le nombre de réfection de pansement est plus réduit, d'une seule à trois, le retour qu'ils expriment sur ce soin est globalement positif. Ainsi, nous constatons pour les quatre enfants interrogés, l'expérience qu'ils ont de la réfection de leur pansement est plutôt positive malgré l'omniprésence de la peur et de la douleur dans leur discours.

## **5.4. Analyse**

Maintenant que nous avons réalisé l'exploration des données des observations et des entretiens, il est nécessaire de la confronter aux éléments théoriques recueillis.

Nous avons vu au travers de la Charte européenne de l'enfant hospitalisé, que l'enfant est en droit d'avoir ses parents auprès de lui. Maintenant, ce droit s'étend à la présence d'un parent lors des soins car cela permet de diminuer les peurs de l'enfant et d'avoir un soutien émotionnel auprès de celui-ci. Lors de notre recherche empirique, nous avons également constaté à plusieurs reprises, le désir de l'enfant d'avoir son parent à ses côtés. Cette présence a permis, pour les enfants concernés, de pouvoir recourir au soutien émotionnel de leur parent. Ceci a eu pour effet, à minima, de diminuer les peurs de ceux-ci et également de rassurer l'enfant et le parent.

A partir de la définition du stress de Lazarus et Folkman, la réfection de pansement peut être un élément stressant pour l'enfant, ce qu'ils nomment le stress perçu. Face à ce stress, l'individu, dans notre cas l'enfant, met en place des stratégies d'adaptation pour y faire face, le coping. Pour cela, l'enfant essaye de modifier l'évènement, ici la réfection de son pansement, et/ou de se modifier lui-même. Le premier correspond au coping centré sur le problème, lui-même décliné en action sur l'évènement et la recherche d'informations. Le second, lui est le coping centré sur l'émotion se divisant en recherche de soutien émotionnel, en recherche d'autres activités et en fuite et évitement de l'évènement.

Nous voyons bien ici, qu'il n'y a pas qu'un seul type de coping possible. En réalité, l'association de ces deux sortes de stratégies d'adaptations est utilisée par l'individu, dans notre cas l'enfant, pour faire face à la situation. Ainsi, lors de la réfection du pansement, l'enfant met en place les deux types de coping. Cette association, ne se répartit pas de manière équitable pour faire face à l'évènement puisque dépendant de l'évaluation faite par l'individu (l'enfant) sur celui-ci et l'évaluation des ressources dont il dispose pour y faire face. En effet, il ne faut pas réduire le coping comme un simple phénomène linéaire de stimulus-réponse étant donné qu'il est la résultante de l'évaluation de l'individu, donc de l'enfant sur son environnement.



Ainsi, même si l'enfant utilise les deux types de coping, l'un peut être privilégié par rapport à l'autre, comme nous avons pu le constater avec notre première observation, lorsque l'enfant a utilisé principalement un coping centré sur l'émotion avec la fuite et l'évitement de la réfection de son pansement par une alternance d'agitation et de repli sur soi. De même, lors de notre quatrième observation, l'enfant a présenté pendant la quasi-totalité du soin, un coping, mais cette fois-ci centré sur l'action avec une recherche d'informations et une action sur le soin en le regardant et en comptant le nombre de passages du désinfectant. Puis, l'enfant pendant quelques minutes a eu besoin de rechercher d'autres activités en regardant son téléphone pour se décentrer du soin.

Comme nous l'avons vu dans notre recherche théorique, l'enfant a une connotation plutôt négative des soins puisqu'il se les représente comme faisant mal. De ce fait, cela entraîne de la peur chez l'enfant. Dans le cadre de notre recherche empirique, la réfection de pansement a engendré de la peur chez tous les enfants. Celle-ci a été repérée dans les observations et dans les entretiens. La principale que nous avons relevée est la peur d'avoir mal. En effet, les notions de peur et de douleur ont été omniprésentes dans notre enquête. De plus, nous ne constatons pas de modifications importantes concernant la peur d'avoir mal en fonction de l'expérience de réfection de pansement de l'enfant. Dès lors, comme dans notre cadre théorique, la notion de douleur est associée à la représentation du pansement. Ainsi, ces deux notions sont comme indissociables pour l'enfant.

Selon Piaget, l'enfant âgé de 8 à 10 ans est dans la phase des opérations concrètes. Dès lors, il est en capacité d'avoir une représentation conceptuelle mais celle-ci ne peut s'effectuer que sur du concret. Ainsi, concernant la réfection de pansement et les plaies présentes sur le corps de l'enfant, celui-ci a besoin de voir ses plaies pour pouvoir se les représenter le plus fidèlement possible. Mais ce besoin peut être une étape difficile pour l'enfant en lien avec la représentation imaginaire qu'il a pu s'en faire. Mais lorsqu'il arrive à dépasser la peur de regarder ses plaies, l'enfant peut ainsi, intégrer celles-ci et les cicatrices futures à son schéma corporel et à l'image qu'il a de son corps et ainsi en prendre possession.

Au travers de notre recherche théorique, nous avons pu mettre en évidence que l'enfant avait une représentation plutôt positive des soignants, et notamment des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture, malgré l'association qu'il fait entre le soignant et les soins réalisés. Par ailleurs, lors de notre enquête, les professionnels ont été évoqués en lien avec le soin

réalisé et le ressenti qu'en a eu l'enfant. Ce fut un sentiment de confiance de l'enfant vers la professionnelle, ce qui lui permit de diminuer ses peurs et de mieux vivre la réfection de son pansement. Par ailleurs, l'enfant se saisit de l'interaction avec les professionnels par le regard et la parole. Les professionnels peuvent par ce biais représenter une aide pour l'enfant lors de la réfection de son pansement.

Comme vu plus haut, la représentation du soin par l'enfant est de manière générale plutôt négative. Cela est dû à la peur d'avoir mal et à l'atteinte qui est faite à l'intégrité du corps lors de ceux-ci. La réfection de pansement ne fait pas exception. Or nous avons pu constater, au travers de notre enquête, que les enfants que nous avons interrogés avaient un ressenti plutôt positif de la réfection de leurs pansements. De plus, parmi eux, une des enfants avait des réfections de pansement plusieurs fois par jour. Ainsi, la représentation qu'ils ont de la réfection de pansement est de façon générale positive malgré, dans leurs discours, l'omniprésence de la peur et de la douleur.

Enfin, au travers de notre tableau d'opérationnalisation des concepts, en ce qui concerne les représentations de la réfection de pansement d'un enfant âgé de 8 à 10 ans, et plus particulièrement de l'expérience de ce soin, nous avons réparti celle-ci en expérience positive et expérience négative. De là, à partir de notre recherche empirique, nous relevons que lors du soin, il y a à la fois des éléments de l'expérience positive mais aussi négative. Toutefois, dans le discours des enfants, et donc dans la représentation qu'ils s'en font, l'expérience globale de la réfection de pansement est positive.

## **5.5. Les limites à l'enquête**

Maintenant, il nous est nécessaire de mettre en lumière les limites rencontrées tout au long de ce travail de recherche.

En effet, le temps imparti pour réaliser ce travail de recherche était court, ce qui nous a obligé à faire des choix en lien avec la réalisabilité de notre projet professionnel. Nous avons donc dû nous limiter à une approche exploratoire. En effet, nous aurions pu, au vue de notre sujet, réaliser aussi des entretiens auprès des professionnels afin d'avoir leurs représentations concernant les représentations de l'enfant âgés de 8 à 10 ans concernant la réfection du pansement et l'acceptation de celui-ci. Ainsi, nous aurions pu comparer les éléments recueillis par les enfants et ceux recueillis par les professionnels.

De plus, il nous est demandé de réaliser au minimum quatre observations ou entretiens. Dans notre cas, nous avons réalisé les deux types d'explorations afin d'étayer notre hypothèse. Malgré cela, il nous paraît évident que ce nombre est insuffisant, au point de vue scientifique, pour pouvoir généraliser nos résultats obtenus. Ce travail représente une première approche de la thématique qui pourra dans le futur être approfondie.

En ce qui concerne les techniques d'enquête, pour l'observation il est difficile, malgré l'outil utilisé, de pouvoir tout repérer, des éléments nous échappent, de par notre position dans la salle. Par ailleurs, les éléments recueillis sont dépendants de l'observateur car lors d'une même situation, deux individus ne repèrent pas totalement les mêmes éléments. Ceci a un impact sur les conclusions que nous pouvons tirer des observations. Celle-ci ne doivent décrire que des faits et non des interprétations mais nous ne garantissons pas le fait qu'il n'y en ait aucune dans ce travail malgré le souhait d'être la plus objective et neutre possible.

Concernant la technique d'entretien, nous avons rencontré des difficultés à les utiliser. L'entretien semi-directif demande d'avoir des questions suffisamment ouverte pour laisser la parole à l'interviewé tout en cadrant les réponses afin d'éviter les hors sujet. C'était la première fois pour nous que nous réalisions des entretiens auprès d'enfants. Il nous a été difficile de ne pas poser de questions induisant les réponses. De plus, nous avons eu beaucoup de mal à laisser les silences lors des entretiens, nuisant à la réflexion de l'enfant.

## **6. Synthèse de notre travail de recherche**

Maintenant que notre analyse est effectuée sur les différents concepts de notre recherche, qu'en est-il de l'hypothèse de travail que nous souhaitions étayer ?

Dès lors, nous pouvons constater que l'expérience des enfants concernant à la réfection de pansement varie d'une première réfection à plusieurs par jour depuis plus d'un mois. Or malgré cette différence d'expérience, en termes de fréquence, nous remarquons que les enfants ont une expérience plutôt positive de ce soin. Par contre, si nous constatons une certaine homogénéité dans le ressenti de la réfection de pansement, les stratégies d'adaptations mises en place par les enfants pour faire face à ce stress fluctuent. Mais tous utilisent à la fois des coping centrés sur l'évènement et des coping centrés sur l'émotion. Ainsi, nous ne pouvons pas valider notre hypothèse de travail qui était : « *Plus l'enfant âgé de 8 à 10 ans a une expérience de la réfection de pansement plus il sera dans la participation de ce soin* ».

En revanche nous pouvons la nuancer. Plus l'enfant a une expérience de la réfection de pansement moins il a peur de l'inconnu lors du soin. En effet, nous avons vu, tout au long de notre recherche empirique, que la peur est omniprésente dans la représentation de l'enfant mais la douleur, elle ne fluctue pas malgré l'expérience. Par ailleurs, nous avons également constaté que l'enfant met en place des stratégies d'adaptation afin de faire face au stress qu'est la réfection de pansement. Cela représente donc un comportement actif de l'enfant même si celui-ci est d'autant plus participatif lorsque le coping mis en place est centré sur l'action.

Ainsi, l'expérience de réfection de pansement peut permettre à l'enfant de passer d'une représentation plutôt négative de ce soin à une représentation positive. Cela pouvant se produire dès la première expérience de réfection de pansement. C'est à nous, soignant, de faire attention au vécu de l'enfant lors du soin et surtout, de pouvoir aider celui-ci à mettre en place des stratégies d'adaptation adaptées lui permettant de faire face au soin. En effet, lorsque l'enfant arrive à mettre des stratégies de coping adaptées à la situation, dans notre cas la réfection de pansement, cela lui permet d'avoir une action participative au soin favorisant l'acceptation de celui-ci. Ainsi, l'enfant devient co-auteur de sa prise en soin.

## ***Conclusion***

Pour conclure, ce travail de recherche, qui nous a accompagné tout au long de notre formation pour devenir puéricultrice, fut riche tant d'un point de vue des concepts étudiés : le vécu, les représentations de l'enfant âgé de 8 à 10 ans, notamment sur la réfection de pansement et l'acceptation des soins par l'enfant, que des rencontres lors de notre enquête de terrain, que du cheminement de notre questionnement de départ. Tout ceci nous a permis de développer notre identité professionnelle.

Ainsi, ce travail sur l'acceptation de la réfection de pansement par l'enfant âgé de 8 à 10 ans nous a fait prendre conscience des stratégies de coping mises en place par celui-ci afin de faire face à ce soin. Dès lors, ce comportement actif permet à l'enfant, par sa participation à la réfection de son pansement de l'accepter.

Nous sommes donc, de fait, convaincues de l'importance, pour les soignants, d'identifier ces stratégies afin d'aider l'enfant à ce qu'elles soient les plus adaptées possibles au soin qu'il est en train de vivre. Pour cela, il nous semble indispensable, nous, soignants, de partir du vécu de l'enfant, de son hospitalisation ainsi que des différents soins réalisés afin d'apprécier le savoir et l'expérience qu'en a l'enfant.

Enfin, notre travail s'est orienté, à partir de notre situation de départ, sur l'enfant âgé de 8 à 10 ans. Or, en service de chirurgie pédiatrique, les enfants présents ne se limitent pas à cette seule tranche d'âge. Il serait pertinent de l'ouvrir à toute la pédiatrie afin de comparer les différentes tranches d'âge en lien avec leurs développements respectifs.

## **Bibliographie**

### **Ouvrages :**

ABRIC J-C. (1999). *Psychologie de la communication - Théorie et méthodes*. Paris : Armand Colin. 2<sup>ème</sup> édition. 174p.

ABRIC J-C. (2003). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF. 3<sup>ème</sup> édition. 256 p. Collection Psychologie sociale.

ANZIEU D. (1995) *Le Moi-peau*. Paris : DUNOD. 2<sup>ème</sup> édition. 291p. Collection Psychismes

DE BROCA A. (2009) *Le développement de l'enfant : aspects neuro-psycho-sensoriels*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. 4<sup>ème</sup> édition. 298 p. Collection Pédiatrie au quotidien.

FORMARIER M., JOVIC L. (dir.). (2012) *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet conseil. 2<sup>ème</sup> édition. 328 p.

GOLSE B. (sous sa direction), et al. (2008) *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant : complément sur l'émergence du langage*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. 4<sup>ème</sup> édition. 379 p. Collection médecine et psychothérapie.

GOLSE B. (2010) *Les destins du développement chez l'enfant, avènements d'enfance*. Toulouse : érès. 285p. Collection la vie de l'enfant.

JOUSSELME C. (2005) *Comprendre l'enfant malade, du traumatisme à la restauration psychique*. Paris : DUNOD. 187 p. Collection Psychothérapie pratiques

PERICCHI C. (2003). *SOS Enfant malade*. Paris : Fleurus. 190p. Le métier de parent

PIAGET J. (1976) *La formation du symbole chez l'enfant*. Paris : Delachaux et Niestlé, Neuchâtel. 310 p. Collection actualités pédagogiques et psychologiques.

PIAGET J. (2013) *La représentation du monde chez l'enfant*. Paris : PUF. 2<sup>ème</sup> édition. « Quadrige ». 335p.

ROMANO H. (2011) *La maladie et le handicap à hauteur d'enfant : perspectives de prise en charge pour les proches et les intervenants*. Paris : Fabert. 242p. Penser le monde des enfants.

VALET G-M. (2007) *L'âge de raison, psychologie de l'enfant de 6 à 11 ans*. Paris : Larousse. 287p. Collection l'univers psychologique.

### **Dictionnaires :**

Dictionnaire Larousse (2015) [en ligne] (consulté le 24.03.15) <http://www.larousse.fr/>

GRISON B., ROSSELIN C. (2005) « Schéma corporel », in Andrieu B. (ed.), Dictionnaire du Corps, Paris : Editions du CNRS. Pp.457-458

### **Revus :**

ANDRE C. (2005) « L'estime de soi ». Recherche en Soins Infirmiers. Septembre 2005. N°82. p 26-30

BASS H-P. (2000). « La représentation du soignant par l'enfant ». Soins Pédiatrie - Puériculture. Mai/Juin 2000. N°194. p.4-5

BRUCHON-SCHWEITZER M. (2001) « Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress ». Recherche en Soins Infirmiers. Décembre 2001. N°67. p.68-83

MARIAGE F. et SCHMITT-FOURRIER F. (2006) « Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping. Etude au près de personnels soignants ». Le travail humain. Janvier 2006. Vol 69. p.1-24

PIQUEMAL-VIEU L. (2001) « Le coping une ressource à identifier dans les soins infirmier ». Recherche en Soins Infirmiers. Décembre 2001. N°67. p.84-98

### **Vidéos :**

GALLAND F., TRACOU A. *A vous de jouer ! La distraction des soins lors des soins*. DVD. 56 min. Sparadrap.

**Sites internet :**

Charte Européenne de l'enfant hospitalisé [en ligne] (Consulté le 16.06.15). <http://droits-enfant-hopital.fr/documentations/charte-europeenne-de-l-enfant-hospitalise.pdf>

GALLAND F., MINGUET B. *Les inquiétudes des enfants lors d'un soin, d'un examen médical.* [en ligne] (Consulté le 17.05.15). <http://www.sparadrap.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Psychologie-de-l-enfant/Les-inquietudes-des-enfants-lors-d-un-soin-d-un-examen-medical/La-peur-de-l-atteinte-a-l-integrite-de-son-corps>

LEGIFRANCE *Code Civil* [en ligne] (Consulté le 16.06.15). [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=A24343741B9F9B6AE64BAE56D0057294.tpdjo12v\\_1?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426468&dateTexte=20101117&categorieLien=id#LEGIARTI000006426468](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=A24343741B9F9B6AE64BAE56D0057294.tpdjo12v_1?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426468&dateTexte=20101117&categorieLien=id#LEGIARTI000006426468)

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [en ligne] (Consulté le 07.06.15). <http://www.cnrtl.fr/>



## **Annexes**

<b>Annexe n°1 : Grille d'observation.....</b>	<b>II</b>
<b>Annexe n°2 : Grille d'entretien.....</b>	<b>III</b>
<b>Annexe n°3 : Entretiens et observations.....</b>	<b>IV</b>
<b>Entretien n°1.....</b>	<b>IV</b>
<b>Entretien n°2.....</b>	<b>IX</b>
<b>Entretien n°3.....</b>	<b>XIV</b>
<b>Entretien n°4.....</b>	<b>XVIII</b>
<b>Observation n°1.....</b>	<b>XXII</b>
<b>Observation n°2.....</b>	<b>XXIII</b>
<b>Observation n°3.....</b>	<b>XXIV</b>
<b>Observation n°4.....</b>	<b>XXV</b>

## Annexe n°1 : Grille d'observation

<b>Grille d'observation n°</b>
<b>Contexte de soin</b>
<p>Age de l'enfant :</p> <p>Personnes présentes au moment du soin : <input type="checkbox"/> PDE/IDE - <input type="checkbox"/> AP/AS - <input type="checkbox"/> parent - <input type="checkbox"/> chirurgien - <input type="checkbox"/> autres :</p> <p>Si non présence d'un parent : <input type="checkbox"/> désire de l'enfant - <input type="checkbox"/> impossibilité des parents - <input type="checkbox"/> refus des soignants</p> <p>Mise en place d'une distraction : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non</p>

<b>Participation à la réfection de pansement</b>	
<u><i>Coping centré sur le problème</i></u>	<u><i>Remarques</i></u>
<p><b>Action sur l'évènement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> s'installe comme le soignant lui dit</li> <li><input type="checkbox"/> veut enlever le pansement</li> <li><input type="checkbox"/> veut regarder le soin/la plaie</li> <li><input type="checkbox"/> se laisse faire quand le soignant lui demande</li> </ul> <p><b>Recherche d'information :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> besoin d'explication : <input type="checkbox"/> fronce les sourcils - <input type="checkbox"/> pose des questions - <input type="checkbox"/> regard interrogateur - <input type="checkbox"/> fait répéter</li> <li><input type="checkbox"/> parle avec les soignants - <input type="checkbox"/> parle avec les parents</li> </ul>	
<u><i>Coping centré sur l'émotion</i></u>	<u><i>Remarques</i></u>
<p><b>Fuite – évitement de l'évènement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> repli sur soi : <input type="checkbox"/> volonté de s'isoler, <input type="checkbox"/> de fuir la communication avec autrui, <input type="checkbox"/> évitement d'autrui</li> <li><input type="checkbox"/> agitation : <input type="checkbox"/> mouvements désordonnés, <input type="checkbox"/> mouvement continue, cris, <input type="checkbox"/> pleur, <input type="checkbox"/> remue sans cesse, <input type="checkbox"/> agressivité</li> </ul> <p><b>Recherche de soutien émotionnel :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> interaction avec le parent : <input type="checkbox"/> le regarde - <input type="checkbox"/> le touche - <input type="checkbox"/> lui parle</li> <li><input type="checkbox"/> interaction avec PDE-AP : <input type="checkbox"/> le regarde - <input type="checkbox"/> le touche - <input type="checkbox"/> lui parle</li> </ul> <p><b>Recherche d'autres activités :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> dans la distraction : <input type="checkbox"/> choix de la distraction - <input type="checkbox"/> attentif à la distraction - <input type="checkbox"/> interaction avec la personne qui réalise la distraction</li> <li><input type="checkbox"/> joue à un jeu seul</li> <li><input type="checkbox"/> regarde la télévision</li> </ul>	

## **Annexe n°2 : Grille d'entretien**

Au préalable des observations et des entretiens, l'accord des parents sera demandé pour la réalisation de ceux-ci et ainsi la demande d'enregistrement des entretiens.

Bonjour, je suis Virginie, je suis élève comme toi et j'ai un devoir à faire pour l'école et j'aurais besoin de ton aide si tu es d'accord. Mon devoir est un travail de recherche et le sujet est sur la réfection de pansement. Pour cela j'aurais besoin d'observer la réfection de ton pansement par la puéricultrice et après j'aurais besoin de te poser des questions. Es-tu d'accord ?

### **Question n° 1 :**

- Comment tu t'appelles ?
- Quel âge as-tu ?

### **Question n° 2 :**

- As-tu déjà eu un pansement ?

*Relance* : A quelle occasion ? Qui la réalise ? Comment cela c'est passé ?

- Est-ce que c'est la première fois qu'on te refait ce pansement ?
- Comment cela s'est passé ?

### **Question n° 3 :**

- Avant de débiter le pansement, à quoi a tu pensé ?

### **Question n°4 :**

- Comment tu t'es senti pendant le soin ?

*Relance question 4* : Qu'est ce qui t'a aidé ? Qu'est ce qui a été difficile ?

### **Annexe n° 3 : Entretien et observations**

#### **Entretien n°1 : le 23.07.15, interviewé une enfant, durée 8min23**

*Le prénom de l'enfant et de la professionnelle ont été modifié afin de garantir l'anonymat.*

EPDE : Bonjour, moi je suis Virginie, je suis élève comme toi et j'ai un devoir à rendre pour l'école. Donc du coup j'ai besoin de toi si tu es d'accord. Donc c'est pour un travail de recherche et c'est sur les pansements. C'est pour ça que j'ai besoin de regarder ton pansement, ce que je viens de faire et après j'ai besoins de te poser quelques questions. Donc tu es d'accord pour ça ?

E1 : Oui

EPDE : Donc du coup, comment tu t'appelles ?

E1 : Annabelle

EPDE : Annabelle, c'est joli. Et tu as qu'elle âge ?

E1 : 9 ans et demi

EPDE : 9ans et demi. Est-ce que tu as déjà eu des pansements ?

E1 : Beh - *Silence* -

EPDE : Comme ce que l'on vient de te faire.

E1 : Beh, oui. On m'en fait tous les jours.

EPDE : Tous les jours, d'accord. Et du coup on t'en fait plusieurs tous les jours, c'est ça ?

E1 : Oui.

EPDE : Et comment ça se passe ?

E1 : Beh, dès fois ça se passe bien et dès fois ça se passe pas bien.

EPDE : Quand est-ce que ça ne se passe pas bien ?

E1 : Beh, là.

EPDE : Là, d'accord. Il y a eu d'autres fois ?

*Silence*

EPDE : Ceux d'avant ?

E1 : Non

EPDE : Ça se passe bien d'habitude ?

E1 : Oui à par la 1ère fois.

EPDE : D'accord, qu'est ce qu'il s'est passé la première fois ?

E1 : Je me rappelles plus.

EPDE : Tu ne te rappelles plus trop ?

E1 : C'est normale la première fois parce qu'on venait juste de se faire opérer.

EPDE : Donc c'est parce que tu avais peur ?

E1 : Oui

EPDE : Oui. Tu avais mal ?

EPDE : Oui. Ça avait été long ?

*Silence*

EPDE : Tu te souviens ou pas ?

E1 : Non.

EPDE : Non, d'accord. - *Silence* - Donc du coup ce n'est pas la première fois qu'on te refait ton pansement.

E1 : Non ce n'est pas la première fois.

EPDE : D'accord. Ça se passait bien d'habitude, celui de hier ça était ?

E1 : Oui

EPDE : Tu saurais dire pourquoi ça était ?

E1 : Non.

EPDE : Non c'est parce que tu n'avais pas peur ?

E1 : J'ai tous les jours peur.

EPDE : Tu as tous les jours peur, d'accord. Et pourquoi tu as peur ?

E1 : Que ça fasse mal.

EPDE : Que ça fasse mal. Et ça fait mal d'habitude ?

E1 : Non.

EPDE : Non, d'habitude ça va. On te met toujours le masque ?

E1 : Non.

EPDE : Pas tous les jours. Et tu préfères quand il y a le masque ou quand il n'y a pas le masque ?

E1 : Quand il y a le masque.

EPDE : Parce que ça fait quoi quand il y a le masque ?

E1 : Beh – *Silence* – je ne sais pas.

EPDE : Tu ne sais pas ? Sa fait moins mal ?

E1 : *Silence* - Un peu moins mal.

EPDE : Un peu moins mal. Et tu as moins peur ?

*Silence.*

EPDE : Tu te sens détendu ?

E1 : Un petit peu moins peur.

EPDE : Un petit peu moins peur, d'accord. Et quand on te dit par exemple le matin qu'on va venir te faire le pansement après le petit-déjeuner. A quoi tu penses à ce moment là ?

E1 : Beh - *Silence* - à rien.

EPDE : Ça ne te fait rien quand on te dit qu'on va te faire le pansement ?

E1 : Non

EPDE : Tu t'en fiche ?

E1 : Oui je m'en fiche.

EPDE : Maintenant tu as l'habitude.

E1 : Oui

EPDE : D'accord - *Silence* - et là comment tu t'es senti pendant le soin ?

E1 : Beh, bizarre.

EPDE : Bizarre ? Qu'est ce qui était bizarre ?

E1 : Beh, c'est parce qu'on me faisait mal.

EPDE : Tu avais mal, d'accord. Et tu avais peur ?

E1 : Oui, beaucoup

EPDE : Oui, c'était quoi, qui te faisait peur ? Tu saurais dire ?

E1 : Non.

EPDE : Est-ce que c'était...

E1 : Ah oui, quand on coupait les fils.

EPDE : Oui, ça te faisait peur.

E1 : Oui

EPDE : Et tu avais peur de quoi quand on coupait les fils ?

E1 : Beh, je ne sais pas.

EPDE : Qu'on te coupe ? Qu'on te coupe toi ? Ou peur que ça fasse mal quand on coupe ?

E1 : J'ai peur que ça fasse mal quand on coupe.

EPDE : C'était la douleur qui te faisait peur ?

E1 : Oui. Et ça m'a fait mal.

EPDE : Et ça t'a fait mal d'accord. Et qu'est ce qui t'a aidée pendant le soin ? Pendant le pansement ?

*Silence*

EPDE : Qu'est ce qui t'a aidait à être un peu moins mal ? Un peu moins douloureuse ? Un peu moins peur ?

E1 : Hummm. Je ne sais pas.

EPDE : Tu ne sais pas ? Qu'est ce qui a été fait pendant le pansement ? le MEOPA, le masque est ce que ça t'a aidé ?

E1 : Non.

EPDE : Non, là ça ta pas aidé. D'habitude sa t'aide un peu ?

E1 : Un petit peu

EPDE : Là ça t'a pas aidé.

E1 : Non

EPDE : D'accord. - *Silence* - Le massage au début. Tu t'en souviens ou pas ? Est ce que ça t'a aidé ?

E1 : Non

EPDE : Non, d'accord. Euh. Les bulles ?

E1 : Non

EPDE : Non t'avais pas envie de ça, tu voulais arrêter ?

E1 : Oui, je voulais arrêter.

EPDE : D'accord, et donc c'était quoi ce qui était difficile ?

E1 : Je ne sais pas.

EPDE : C'est que tu ne voulais pas qu'on le fasse ?

E1 : Non

EPDE : T'avais peur ?

E1 : Non

EPDE : En fait, si je comprends bien, c'est les points qui te faisaient peur, qu'on enlève les points ?

E1 : Oui

EPDE : C'était ça qui était dur ?

E1 : Oui

EPDE : Si Patricia (puéricultrice) était venu juste pour te dire on refait le pansement comme d'habitude, comme tous les matins, t'aurais pas eu peur ?

E1 : Non

EPDE : Non, ça se serait bien passé ?

E1 : Oui.

EPDE : Là c'est parce que tu ne connaissais pas ? Tu n'as jamais eu des points ?

E1 : J'ai déjà eu des points mais je n'ai jamais eu des personnes qui m'enlevaient les points.

EPDE : D'accord.

E1 : C'est la première fois.

EPDE : D'habitude on n'enlevait pas les points ?

E1 : Non

EPDE : D'accord

E1 : Ça s'enlevait tout seul.

EPDE : D'accord, c'est pour ça que tu as eu peur ? Tu ne connaissais pas.

*Silence*

EPDE : Ça ta fait peur. Et c'était la peur d'avoir mal.

E1 : Oui

EPDE : Est-ce qu'il y avait d'autres choses qui te faisaient peur ?

E1 : Non

EPDE : Non, c'était que la douleur ?

E1 : Oui

EPDE : D'accord. - *Silence* - Tu veux rajouter quelques choses sur le pansement ?

E1 : Non.

EPDE : Non, d'accord. Est-ce que d'habitude c'est quand même quelque chose qui se passe bien ou positif ? Ou ...

E1 : Ça se passe bien

EPDE : D'accord d'habitude ça se passe bien.

E1 : Oui.

EPDE : D'accord. Et là tu l'as vécu comment la ? Pour toi ça c'est mal passé ? C'était dur ?

E1 : Oui.

EPDE : Mais d'habitude ça va ?

E1 : Oui, ça va.

EPDE : D'accord. Bon beh on va rester sur cette note positive, que d'habitude ça va. Et je te remercie.



**Entretien n°2 : le 24.07.15, interviewé une enfant en la présence de sa mère, durée 8min05.**

*Le prénom de l'enfant a été modifié pour garantir l'anonymat.*

EPDE : Bonjour, je suis Virginie, je suis élève comme toi et j'ai un devoir à faire pour l'école. Et donc j'aurai besoin de ton aide si tu es d'accord. Mon devoir c'est sur la réfection de pansement comme ce qu'on vient de te faire. Donc du coup pour ça j'ai besoin de regarder comme on vient de faire et de te poser quelques questions. Donc si tu es d'accord ?

E2 : Je suis d'accord

EPDE : Comment tu t'appelles ?

E2 : Nathalie

EPDE : Tu as qu'elle âge ?

E2 : Je vais sur mes 11 ans.

EPDE : Tu as déjà eu des pansements, là c'est la 3<sup>ème</sup> fois qu'on te refait celui-là ?

E2 : Oui.

EPDE : Et tu en as déjà eu avant ?

E2 : Non

EPDE : Non, c'est la première fois.

E2 : Oui c'est la première fois

EPDE : D'accord. On va dire celui-là c'est la 3<sup>ème</sup> fois mais première fois que tu as des plaies comme ça.

E2 : Oui

EPDE : D'accord. - *Silence* - Comment ça c'est passé la première fois à Ajaccio ?

E2 : En fait j'ai demandé à ma maman si je pouvais sauter, elle m'a dit pas tout de suite.

EPDE : Non, je te parle pas de comment ça s'est passé l'accident mais de comment ça s'est passé les pansements à Ajaccio? Comment pour toi ça s'est passé ? Est ce que ça a été difficile ? Comment tu l'as senti ?

E2 : Beh après quand j'avais la voie centrale, j'avais un peu du mal à tourner la tête. Et puis les prises de sang ça ma fait des bleus.

EPDE : Oui mais quand ils ont refait les pansements, comme on a fait ce matin ?

E2 : La première fois qu'on me l'a fait on m'a endormi.

EPDE : D'accord

E2 : Comme quand on est ...

EPDE : Oui comme quand on va au bloc opératoire

E2 : Et les 2 autres fois on m'a mis du gaz sauf cette fois là, enfin si qu'au début

EPDE : Et ça c'est bien passé avec le gaz ?

E2 : Oui

EPDE : Le fait d'avoir le gaz, tu n'as pas eu mal ?

E2 : Non ça était ça faisait des petites vibrations, des picotements

EPDE : Des picotements, ça te faisait des picotements quand elle nettoyait par exemple, quand elle mettait le désinfectant et l'eau et quand elle mettait les bandes de gras ?

E2 : Oui

EPDE : C'est là que ça picotait ?

E2 : Oui ça picotait bien là.

EPDE : D'accord. Et sinon après ça allait ?

*Silence*

EPDE : Avant qu'on débute ce pansement, à quoi tu pensais ?

E2 : Juste celui là ?

EPDE : Oui et même ceux d'avant.

E2 : Celui-là je voulais à tout prix que maman arrive parce qu'au début elle n'était pas là, elle devait arriver plus tard. Et je voulais qu'elle soit là.

EPDE : Pourquoi tu voulais qu'elle soit là ?

E2 : Parce que ça me rassure.

*Silence*

EPDE : C'est parce que ça te faisait peur de refaire les pansements ? Et tu avais besoin qu'elle soit là.

E2 : Oui.

*Silence*

EPDE : Pour celui où tu avais le masque maman était là ?

E2 : Oui.

EPDE : Et du coup tu étais rassuré que maman soit là ?

E2 : Oui.

EPDE : Et le masque c'était, pour toi, ça t'enlevait la douleur, ça t'enlevait l'anxiété, enfin la peur ?

E2 : Ça me faisait penser à autre chose.

EPDE : Autre chose, tu partais loin ?

E2 : Oui en quelque sorte.

EPDE : Est-ce que quand tu avais le masque, quelqu'un te demandait par exemple, de partir ailleurs, raconter une histoire ?

E2 : Non

EPDE : Toi toute seule tu es un peu partie ailleurs.

E2 : Je ne suis pas vraiment partie, je me posais des questions.

EPDE : D'accord

E2 : Mais je n'y pensais pas.

*Silence*

EPDE : D'accord. Mais au moins ça t'a permis de bien vivre le pansement d'avoir le masque ?

E2 : Oui.

EPDE : Et là pour celui d'aujourd'hui. Comment tu t'es senti pendant le soin ?

E2 : Ça était parce que j'ai vu mes plaies donc ça m'a rassuré, je croyais que c'était plus pire que ça allait jusqu'au bout.

EPDE : Tu avais imaginé quelque chose de plus grand.

E2 : Oui que ça partait de vers la fin du pansement et que ça s'arrêta vers le haut.

EPDE : Tu pensais que c'était toute la jambe qui était ...

E2 : Oui.

EPDE : Mais du coup ça t'a permis de voir et ça t'a enlevé tes peur de voir tes pansements, de voir tes plaies ?

E2 : Oui.

EPDE : Pour toi, c'était une étape, c'était important.

E2 : Oui

EPDE : T'avais peur au début et finalement de toi-même, tu l'as fais, c'est toi qui a choisi de le faire. Justement, pour ce pansement, qu'est ce qui t'a aidé ?

E2 : De voir mes blessures.

EPDE : Ça t'a aidé, du coup, à te sentir mieux ?

E2 : Oui

EPDE : Et tu a vu que tu pouvais faire du coup sans le MEOPA et ça c'est très bien passé.

E2 : Oui.

EPDE : Tu penses que le MEOPA, tu en as toujours besoin quand on les enlève ?

E2 : Non, je ne crois pas

EPDE : Maintenant, tu pense que vu que tu les a vues, c'était aussi beaucoup pour la peur finalement ?

E2 : Oui. Pour pas voir et pas ...

EPDE : Pour te détendre.

*Silence*

EPDE : Est-ce qu'il y a eu quelque chose de difficile ?

E2 : Beh quand on m'a remis je ne voulais pas trop regarder parce que les coques ça me faisait un peu peur en fait, de les voir, de voir comment on me les mettait, de voir comment mon genou il était dedans.

EPDE : Qu'on bouge la jambe aussi?

E2 : Non pas ça mais que c'était enfermé dans une boîte quoi.

*Silence*

EPDE : C'est vraiment le fait que ça soit fermé qui te fait peur ?

E2 : Beh oui parce que je suis un peu claustrophobe donc quand c'est fermé c'est un peu ...

EPDE : Beh oui tes jambes elles sont enfermées

E2 : Oui j'ai un peu l'impression que ça va, que l'a respiration va se couper.

EPDE : ça va pas se couper parce qu'on peut passer nos doigts.

E2 : Oui

EPDE : Donc tant qu'on peut passer ça va. C'est pour ça qu'on surveille.

E2 : D'accord

EPDE : Par rapport au pansement tu veux rajouter quelque chose ?

*Silence*

EPDE : Pour toi ça été difficile les pansements ou ça se passe quand même plutôt bien ?

E2 : Ça se passe plutôt bien.

EPDE : Et tu serais dire pourquoi ça se passe plutôt bien ?

E2 : Parce que je n'ai pas peur et je sais que mes jambes elles sont en vie donc je n'ai pas peur qu'elle...

*Silence*

EPDE : Est ce que le fait que tu n'aies pas eu trop mal, est ce que ça favorise aussi ?

E2 : Un petit peu oui

EPDE : Un petit peu.

*Silence*

EPDE : Si tu n'as rien à rajouter on va en rester là.

E2 : Non c'est bon

EPDE : Bon beh on va s'arrêter et je te remercie

**Entretien n°3 : le 28.07.15, interviewé un enfant en la présence de sa mère, durée 4min57.**

*Le prénom de l'enfant et de la professionnelle ont été modifié afin de garantir l'anonymat.*

EPDE : Bonjour, moi je suis Virginie et je suis élève comme toi. Et j'ai un devoir à rendre pour l'école. Pour ça j'ai besoin de toi, si tu es d'accord. Mon travail concerne les pansements comme tu as actuellement. C'est pour ça que j'ai regardé ton pansement et que maintenant je vais te poser quelques questions, si tu es d'accord ?

E3 : Oui

EPDE : Comment tu t'appelles ?

E3 : Aurélien

EPDE : Tu as qu'elle âge.

E3 : 9 ans et demi

EPDE : Est-ce que tu as déjà eu des pansements ? Avant ?

E3 : Non

EPDE : Non, c'est la première fois

E3 : Oui

EPDE : d'accord. Et pour ce pansement là, c'est la première fois ?

E3 : Non

EPDE : Non, ça fait combien de fois qu'on te le refait ? Tu saurais dire ?

E3 : 3 fois

EPDE : 3 fois, ce matin c'était la 3<sup>ème</sup> fois ?

E3 : Oui

EPDE : D'accord. Et comment ça s'est passé ? Les autres fois ?

E3 : Euh...

EPDE : Tu saurais dire ? Est ce que ça s'est bien passé ?

E3 : Oui

EPDE : Est-ce que tu as eu mal ?

E3 : Un peu mal.

EPDE : Un peu mal, d'accord. Est-ce que tu as eu peur ?

E3 : Non.

EPDE : Non

E3 : Un peu

EPDE : Un peu. C'est quoi qui tu te faisais peur ?

E3 : Euh.

*Silence*

EPDE : D'avoir mal ? Qu'on y touche ?

E3 : D'avoir mal, quand on touche la mèche.

EPDE : Oui quand on touche la mèche tu n'aimes pas ?

E3 : Non

EPDE : Ça te fait mal quand on l'enlève ?

E3 : Oui

EPDE : Et quand on l'a remet aussi ?

E3 : Euh, pas souvent

EPDE : Pas souvent, d'accord, donc pas à chaque fois. Et avant de débiter le soin quand, par exemple Caroline (puéricultrice), ce matin elle est venu te voir, elle t'a dit qu'elle allait refaire le pansement, quand elle te le dit à quoi ça te fais penser, qu'est ce que ça te fait quand elle te le dit qu'elle va te faire le pansement?

E3 : Euh. Rien

EPDE : Rien, tu t'en fiches ?

E3 : Pas trop

EPDE : Non, pas trop. Qu'est ce que tu entends par pas trop ?

E3 : Euh, c'est que je m'en fiche pas.

EPDE : Pourquoi tu t'en fiches pas. Ne t'inquiète pas il n'y a pas de mauvaises réponses.

E3 : Je ne sais pas

EPDE : Tu ne sais pas. C'est parce que tu avais peur ?

E3 : Euh, oui

EPDE : Oui. Tu ne veux pas qu'on y touche ?

*Silence*

EPDE : Tu voudrais qu'on le laisse dans l'attelle plâtrée.

E3 : Non

EPDE : Non. C'est la peur d'avoir mal ?

E3 : Oui

EPDE : D'accord. Et comment tu t'es senti pendant le soin ? Pendant qu'on te faisait le pansement, comment tu t'es senti ?

E3 : Bien.

EPDE : Bien. D'accord. Est-ce que tu trouves que ça te détend de mettre le MEOPA avec le masque et de raconter des histoires comme aller au zoo ou le foot.

E3 : Oui

EPDE : Ça, ça te détend ?

E3 : Oui

EPDE : Tu penses que c'est mieux avec ?

E3 : Oui

EPDE : D'accord. Pourquoi tu penses que c'est mieux avec ?

E3 : Je ne sais pas.

EPDE : Tu ne sais pas ce que ça te fait ? C'est parce que ça te fait moins peur avec ?

E3 : Oui

EPDE : Est-ce que ça te fait moins mal ?

E3 : Oui

EPDE : Oui. Et ça te rassure qu'elles soient 2 ?

E3 : Oui.

EPDE : Donc pour toi est ce que ça se passe bien le pansement?

E3 : Oui.

EPDE : Ce n'est pas quelque chose de négatif ?

*Silence*

EPDE : Est-ce que c'est quelque chose de négatif pour toi ?

E3 : Non

EPDE : Ça va. Tu saurais dire pourquoi c'est plutôt positif le pansement?

E3 : Euh non.

EPDE : C'est parce que ça te fais pas mal ? Ou pas trop ?

E3 : Pas trop mal.

EPDE : Donc du coup c'est un peu moins... ça te donne un peu moins peur vu que tu n'as pas trop mal ?

*Silence*

EPDE : C'est ça ?



E3 : Oui

EPDE : Est-ce que tu veux me dire quelque chose, toi, sur le pansement ?

E3 : Non

EPDE : Est-ce qu'il y a des choses qui te viennent ?

E3 : Non

EPDE : non. Tu le vis plutôt bien ?

E3 : Oui

EPDE : Ça va.

E3 : Oui

EPDE : Eh beh très bien, c'est tout. Je te remercie d'avoir répondu à mes questions.

**Entretien n°4 : le 29.07.15, interviewé une enfant, durée 5min29.**

*Le prénom de l'enfant et de la professionnelle ont été modifié afin de garantir l'anonymat.*

EPDE : Bonjour, je suis Virginie et je suis élève comme toi. J'ai un devoir à faire pour l'école. J'aurais besoin de ton aide si tu es d'accord. Mon devoir est un travail de recherche et le sujet c'est la réfection de pansement. C'est pour cela que j'ai observé ton pansement ce matin et que maintenant j'ai besoin de te poser quelques questions. Est-ce que tu es d'accord ?

E4 : Oui

EPDE : Comment tu t'appelles ?

E4 : Gaëlle

EPDE : Tu as qu'elle âge ?

E4 : Bientôt 11 ans.

EPDE : Est-ce que tu as déjà eu des pansements ? Avant celui-là ? Avant cette plaie ?

E4 : Euh. J'en avais avant oui.

EPDE : D'accord. Et c'était à qu'elle occasion, tu te souviens ?

E4 : Non

EPDE : Non. Tu ne saurais pas dire. Tu t'étais fait mal ? Tu étais tombé ?

E4 : Oui

EPDE : C'est maman qui t'avait fait un pansement ?

*Silence*

EPDE : Un pansement tout simple

E4 : Non elle ne m'en a pas fait de pansement

EPDE : Elle ne t'en a pas fait de pansement ?

E4 : Non

EPDE : D'accord.

*Silence*

EPDE : Et celui-là est ce que c'était la première fois qu'on te le refaisait ?

E4 : Oui c'était la première fois, oui

EPDE : C'était la première fois, d'accord. Et comment ça s'est passé ?

E4 : Plutôt bien, oui

EPDE : D'accord. Qu'est ce que tu entends par plutôt bien ?

*Silence*

EPDE : Tu saurais dire pourquoi justement ça s'est plutôt bien passé ?

E4 : Parce qu'elle a fait doucement. Elle ne m'a pas fait mal.

EPDE : D'accord. C'était doux ?

E4 : Oui

EPDE : Donc du coup tu t'es sentie en confiance.

E4 : Oui

EPDE : Est-ce que tu as eu peur ?

*Silence*

E4 : Au début oui

EPDE : Avant qu'elle commence t'as eu peur ?

E4 : Oui

EPDE : Et après quand tu as vu qu'elle faisait doucement, ça t'a pas du tout fait mal ?

E4 : Un tout petit peu

EPDE : Un tout petit peu, d'accord. Tu saurais dire quand est ce que ça t'a fait mal ? Un petit peu mal.

E4 : Oui, quand elle m'a enlevé le tuyau là.

EPDE : Oui le Redon ça t'a fait mal.

E4 : Et quand elle m'a enlevé le pansement dans le dos.

EPDE : Le pansement dans le dos, ça t'a fait mal aussi. Est-ce que celui-là ça t'a fait mal quand elle l'a enlevé ? Celui de la jambe ?

E4 : Pas trop.

EPDE : Moins.

E4 : Oui

EPDE : Oui. Parce que sur celui-là elle a pu mettre le produit pour l'enlever du coup ça aidait à faire moins mal.

E4 : Oui

*Silence*

EPDE : Avant de commencer le soin, a quoi tu pensais ?

E4 : Euh...

EPDE : Quand ce matin elles sont venues te dire qu'il y aurait le pansement. Ça t'a fait penser à quoi ? Tu saurais dire ?

E4 : Non

EPDE : Non. Ça t'a fait un peu peur de te dire qu'on te referait le pansement ?

E4 : Oui

EPDE : C'était peur de quoi, tu saurais dire ?

E4 : Non

EPDE : Non, c'était euh je ne sais pas moi. Je te donne des exemples, ça ne veut pas dire que c'est vrai pour toi. Peur d'avoir mal, de voir la plaie...

E4 : Oui voilà

EPDE : Oui. Tu penses qu'il y avait autres choses ?

E4 : Euh ... non

EPDE : Là il n'y avait pas tes parents parce qu'ils ne pouvaient pas être là, est ce que tu penses... Est-ce que ça t'a gêné pour le pansement ?

E4 : Euh oui.

EPDE : Oui. Tu aurais aimé qu'ils soient là ?

E4 : Oui.

EPDE : Pourquoi tu aurais aimé qu'ils soient là ?

E4 : Beh pour qu'ils regardent comment c'était fait.

EPDE : Oui, c'était que pour qu'ils regardent la plaie ? Ou est ce que c'était pour toi aussi, pour te rassurer ?

E4 : Oui, pour moi aussi.

EPDE : Oui pour toi aussi pour te rassurer.

E4 : Oui

EPDE : D'accord.

*Silence*

EPDE : Comment tu t'es sentie pendant le soin ?

E4 : Bien.

EPDE : Bien. J'ai vu que tu as regardé quasiment tout le temps ce que faisait Aurélie (puéricultrice), est ce que ça, ça t'a aidé, de regarder ce qu'elle faisait ?

E4 : Oui

EPDE : Oui. Est-ce qu'il y a autre chose qui t'a aidé ?

E4 : Beh déjà comment elle faisait.

EPDE : Oui. Le fait qu'elle te parle d'autres chose, c'était bien ça ou pas?

E4 : Oui c'était bien.

EPDE : Oui. Et est ce qu'il y a eu des choses qui t'ont été difficile pendant le soin?

*Silence*

EPDE : Ou moins facile ? Sans être difficile.

E4 : Non

EPDE : Non, ça allait ?

E4 : Oui

EPDE : Tu l'as bien vécu ?

E4 : Oui

EPDE : Il n'y a pas eu ... C'était finalement ... Tu as eu un peu peur au début et après c'est passé.

E4 : Oui

EPDE : D'accord. Est-ce que tu veux rajouter quelque chose sur le pansement ?

E4 : Non

EPDE : Non, d'accord. On va s'arrêter là. Je te remercie

**Observation n°1 : le 23.07.15**

<b>Grille d'observation n°1</b>
<b>Contexte de soin</b>
Age de l'enfant : 9 ans et 6 mois Personnes présentes au moment du soin : <input checked="" type="checkbox"/> PDE/IDE - <input checked="" type="checkbox"/> AP/AS - <input type="checkbox"/> parent - <input type="checkbox"/> chirurgien - <input checked="" type="checkbox"/> autres : PDE-AP en plus Si non présence d'un parent : <input type="checkbox"/> désire de l'enfant - <input checked="" type="checkbox"/> impossibilité des parents - <input type="checkbox"/> refus des soignants Mise en place d'une distraction : <input checked="" type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non : MEOPA-massage-chant-bulle Si oui par qui : <input type="checkbox"/> enfant - <input type="checkbox"/> parent - <input checked="" type="checkbox"/> soignant Choix de la distraction : <input type="checkbox"/> enfant - <input type="checkbox"/> parent - <input checked="" type="checkbox"/> soignant

<b>Participation à la réfection de pansement</b>	
<u>Coping centré sur le problème</u>	<u>Remarques</u>
<b>Action sur l'évènement :</b> <input checked="" type="checkbox"/> s'installe comme le soignant lui dit <input type="checkbox"/> veut enlever le pansement <input type="checkbox"/> veut regarder le soin/la plaie <input type="checkbox"/> se laisse faire quand le soignant lui demande  <b>Recherche d'information :</b> <input checked="" type="checkbox"/> besoin d'explication : <input type="checkbox"/> fronce les sourcils - <input checked="" type="checkbox"/> pose des questions - <input type="checkbox"/> regard interrogateur - <input type="checkbox"/> fait répéter <input checked="" type="checkbox"/> parle avec les soignants - <input type="checkbox"/> parle avec les parents	Demande qu'on lui dise ce qu'on lui fait
<u>Coping centré sur l'émotion</u>	<u>Remarques</u>
<b>Fuite – évitement de l'évènement :</b> <input checked="" type="checkbox"/> repli sur soi : <input type="checkbox"/> volonté de s'isoler, <input checked="" type="checkbox"/> de fuir la communication avec autrui, <input type="checkbox"/> évitement d'autrui <input checked="" type="checkbox"/> agitation : <input checked="" type="checkbox"/> mouvements désordonnés, <input type="checkbox"/> mouvement continue, <input checked="" type="checkbox"/> cris, <input checked="" type="checkbox"/> pleur, <input type="checkbox"/> remue sans cesse, <input type="checkbox"/> agressivité  <b>Recherche de soutien émotionnelle :</b> <input type="checkbox"/> interaction avec le parent : <input type="checkbox"/> le regarde - <input type="checkbox"/> le touche - <input type="checkbox"/> lui parle <input checked="" type="checkbox"/> interaction avec PDE-AP : <input checked="" type="checkbox"/> le regarde - <input type="checkbox"/> le touche - <input checked="" type="checkbox"/> lui parle  <b>Recherche d'autre activité :</b> <input checked="" type="checkbox"/> dans la distraction (au début) : <input checked="" type="checkbox"/> visage détendu - <input type="checkbox"/> corps détendu - <input checked="" type="checkbox"/> interaction avec la personne qui réalise la distraction (regard, parole,...) <input type="checkbox"/> joue à un jeu seul <input type="checkbox"/> regarde la télévision	Ressent de la peur : le verbalise, crispation, sourcils froncés Demande ses parents et s'attarde Au bout de 5 min : n'est plus dans la distraction (crispation, cris, pleur)

## Observation n°2 : le 24.08.15

<b>Grille d'observation n°2</b>	
<b>Contexte de soin</b>	
Age de l'enfant : 10 ans et 9 mois Personnes présentes au moment du soin : <input checked="" type="checkbox"/> PDE/IDE - <input type="checkbox"/> AP/AS - <input type="checkbox"/> parent - <input checked="" type="checkbox"/> chirurgien (regarde la plaie) - <input checked="" type="checkbox"/> autres : PDE en plus Si non présence d'un parent : <input type="checkbox"/> désire de l'enfant - <input type="checkbox"/> impossibilité des parents - <input type="checkbox"/> refus des soignants Mise en place d'une distraction : <input type="checkbox"/> oui - <input checked="" type="checkbox"/> non Si oui par qui : <input type="checkbox"/> enfant - <input type="checkbox"/> parent - <input type="checkbox"/> soignant Choix de la distraction : <input type="checkbox"/> enfant - <input type="checkbox"/> parent - <input type="checkbox"/> soignant	
<b>Participation à la réfection de pansement</b>	
<b><u>Coping centré sur le problème</u></b>	<b><u>Remarques</u></b>
<b>Action sur l'évènement :</b> <input checked="" type="checkbox"/> s'installe comme le soignant lui dit <input type="checkbox"/> veut enlever le pansement <input checked="" type="checkbox"/> veut regarder le soin/la plaie <input checked="" type="checkbox"/> se laisse faire quand le soignant lui demande <b>Recherche d'information :</b> <input checked="" type="checkbox"/> besoin d'explication : <input type="checkbox"/> fronce les sourcils - <input checked="" type="checkbox"/> pose des questions - <input checked="" type="checkbox"/> regard interrogateur - <input type="checkbox"/> fait répéter <input checked="" type="checkbox"/> parle avec les soignants - <input type="checkbox"/> parle avec les parents	Au début du soin ne veut pas voir la plaie puis change d'avis → plaies montrées
<b><u>Coping centré sur l'émotion</u></b>	<b><u>Remarques</u></b>
<b>Fuite – évitement de l'évènement :</b> <input checked="" type="checkbox"/> repli sur soi : <input checked="" type="checkbox"/> volonté de s'isoler, <input type="checkbox"/> de fuir la communication avec autrui, <input type="checkbox"/> évitement d'autrui <input type="checkbox"/> agitation : <input type="checkbox"/> mouvements désordonnés, <input type="checkbox"/> mouvement continue, <input type="checkbox"/> cris, <input type="checkbox"/> pleur, <input type="checkbox"/> remue sans cesse, <input type="checkbox"/> agressivité <b>Recherche de soutien émotionnel :</b> <input checked="" type="checkbox"/> interaction avec le parent : <input checked="" type="checkbox"/> le regarde - <input checked="" type="checkbox"/> le touche - <input checked="" type="checkbox"/> lui parle <input checked="" type="checkbox"/> interaction avec PDE-AP : <input type="checkbox"/> le regarde - <input type="checkbox"/> le touche - <input checked="" type="checkbox"/> lui parle <b>Recherche d'autres activités :</b> <input type="checkbox"/> dans la distraction : <input type="checkbox"/> visage détendu - <input type="checkbox"/> corps détendu - <input type="checkbox"/> interaction avec la personne qui réalise la distraction (regard, parole, ...) <input type="checkbox"/> joue à un jeu seul <input checked="" type="checkbox"/> regarde la télévision	Se cache derrière une peluche Ressent de la peur : verbalise, difficulté à contrôler sa voix  Peluche collé sur le visage

### Observation n°3 : le 28.07.15

<b>Grille d'observation n°3</b>	
<b>Contexte de soin</b>	
Age de l'enfant : 9 ans et 9 mois Personnes présentes au moment du soin : <input checked="" type="checkbox"/> PDE/IDE - <input checked="" type="checkbox"/> AP/AS - <input checked="" type="checkbox"/> parent - <input type="checkbox"/> chirurgien - <input type="checkbox"/> autres : Si non présence d'un parent : <input type="checkbox"/> désire de l'enfant - <input type="checkbox"/> impossibilité des parents - <input type="checkbox"/> refus des soignants Mise en place d'une distraction : <input checked="" type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non : MEOPA avec parcours au zoo et foot Si oui par qui : <input checked="" type="checkbox"/> enfant - <input checked="" type="checkbox"/> parent - <input checked="" type="checkbox"/> soignant Choix de la distraction : <input checked="" type="checkbox"/> enfant - <input type="checkbox"/> parent - <input checked="" type="checkbox"/> soignant	
<b>Participation à la réfection de pansement</b>	
<u><i>Coping centré sur le problème</i></u>	<u><i>Remarques</i></u>
<b>Action sur l'évènement :</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input checked="" type="checkbox"/> s'installe comme le soignant lui dit</li><li><input type="checkbox"/> veut enlever le pansement</li><li><input type="checkbox"/> veut regarder le soin/la plaie</li><li><input checked="" type="checkbox"/> se laisse faire quand le soignant lui demande</li></ul> <b>Recherche d'information :</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> besoin d'explication : <input type="checkbox"/> fronce les sourcils - <input type="checkbox"/> pose des questions - <input type="checkbox"/> regard interrogateur - <input type="checkbox"/> fait répéter</li><li><input type="checkbox"/> parle avec les soignants - <input type="checkbox"/> parle avec les parents</li></ul>	
<u><i>Coping centré sur l'émotion</i></u>	<u><i>Remarques</i></u>
<b>Fuite – évitement de l'évènement :</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> repli sur soi : <input type="checkbox"/> volonté de s'isoler, <input type="checkbox"/> de fuir la communication avec autrui, <input type="checkbox"/> évitement d'autrui</li><li><input checked="" type="checkbox"/> agitation : <input checked="" type="checkbox"/> mouvements désordonnés, <input type="checkbox"/> mouvement continue, cris, <input checked="" type="checkbox"/> pleur, <input type="checkbox"/> remue sans cesse, <input type="checkbox"/> agressivité</li></ul> <b>Recherche de soutien émotionnel :</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input checked="" type="checkbox"/> interaction avec le parent : <input checked="" type="checkbox"/> le regarde - <input type="checkbox"/> le touche - <input checked="" type="checkbox"/> lui parle</li><li><input checked="" type="checkbox"/> interaction avec PDE-AP : <input checked="" type="checkbox"/> le regarde - <input type="checkbox"/> le touche - <input checked="" type="checkbox"/> lui parle</li></ul> <b>Recherche d'autres activités :</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input checked="" type="checkbox"/> dans la distraction : <input checked="" type="checkbox"/> visage détendu - <input checked="" type="checkbox"/> corps détendu - <input checked="" type="checkbox"/> interaction avec la personne qui réalise la distraction (regard, parole, ...)</li><li><input type="checkbox"/> joue à un jeu seul</li><li><input type="checkbox"/> regarde la télévision</li></ul>	Enlève le masque vers la fin du soin



**Observation n°4 : le 29.07.15**

<b>Grille d'observation n°4</b>	
<b>Contexte de soin</b>	
<p>Age de l'enfant : 10 ans et 11 mois            Personnes présentes au moment du soin : <input checked="" type="checkbox"/> PDE/IDE - <input checked="" type="checkbox"/> AP/AS - <input type="checkbox"/> parent - <input type="checkbox"/> chirurgien -  <input checked="" type="checkbox"/> autres : Anesthésiste            Si non présence d'un parent : <input type="checkbox"/> désire de l'enfant - <input checked="" type="checkbox"/> impossibilité des parents - <input type="checkbox"/> refus des soignants            Mise en place d'une distraction : <input type="checkbox"/> oui - <input checked="" type="checkbox"/> non :            Si oui par qui : <input type="checkbox"/> enfant - <input type="checkbox"/> parent - <input type="checkbox"/> soignant            Choix de la distraction : <input type="checkbox"/> enfant - <input type="checkbox"/> parent - <input type="checkbox"/> soignant</p>	
<b>Participation à la réfection de pansement</b>	
<u>Coping centré sur le problème</u>	<u>Remarques</u>
<p><b>Action sur l'évènement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> s'installe comme le soignant lui dit</li> <li><input type="checkbox"/> veut enlever le pansement</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> veut regarder le soin/la plaie tout au long du soin</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> se laisse faire quand le soignant lui demande</li> </ul> <p><b>Recherche d'information :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> besoin d'explication : <input checked="" type="checkbox"/> fronce les sourcils - <input checked="" type="checkbox"/> pose des questions - <input checked="" type="checkbox"/> regard interrogateur - <input type="checkbox"/> fait répéter</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> parle avec les soignants - <input type="checkbox"/> parle avec les parents</li> </ul>	<p>PDE fait participer en la faisant compter les passages de la réfection            AP a pris la plaie en photo selon la demande de l'enfant</p>
<u>Coping centré sur l'émotion</u>	<u>Remarques</u>
<p><b>Fuite – évitement de l'évènement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> repli sur soi : <input type="checkbox"/> volonté de s'isoler, <input type="checkbox"/> de fuir la communication avec autrui, <input type="checkbox"/> évitement d'autrui</li> <li><input type="checkbox"/> agitation : <input type="checkbox"/> mouvements désordonnés, <input type="checkbox"/> mouvement continue, cris, <input type="checkbox"/> pleur, <input type="checkbox"/> remue sans cesse, <input type="checkbox"/> agressivité</li> </ul> <p><b>Recherche de soutien émotionnel :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> interaction avec le parent : <input type="checkbox"/> le regarde - <input type="checkbox"/> le touche - <input type="checkbox"/> lui parle</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> interaction avec PDE-AP : <input checked="" type="checkbox"/> le regarde - <input type="checkbox"/> le touche - <input type="checkbox"/> lui parle</li> </ul> <p><b>Recherche d'autres activités :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> dans la distraction : <input type="checkbox"/> visage détendu - <input type="checkbox"/> corps détendu - <input type="checkbox"/> interaction avec la personne qui réalise la distraction (regard, parole...)</li> <li><input type="checkbox"/> joue à un jeu seul</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> regarde la télévision - son téléphone</li> </ul>	

## Résumé :

### Accepter ou ne pas accepter sa réfection de pansement ?

La réfection de pansement est un soin quotidien en service de chirurgie pédiatrique. Or pour l'enfant, ce soin représente une atteinte à son corps par les plaies présentes sur celui-ci. C'est pourquoi, cette recherche vise à explorer les représentations de l'enfant, âgé de 8 à 10 ans, concernant la réfection du pansement, sous son volet de l'expérience et l'acceptation de ce soin afin qu'il puisse y avoir une participation active de l'enfant et que celui-ci soit co-auteur de sa prise en soin.

Afin d'étayer notre hypothèse de recherche, une étude exploratoire a été menée au travers d'observations et d'entretiens semi-directifs réalisés auprès d'enfants âgés de 8 à 10 ans ayant subi une réfection de pansement en chirurgie pédiatrique.

Ainsi, nous avons pu mettre en évidence que l'expérience de la réfection de pansement peut permettre à l'enfant de passer d'une représentation plutôt négative du soin à une représentation positive. Par ailleurs, l'enfant, en mettant en place des stratégies de coping adaptées lors de la réfection de son pansement, a ainsi un comportement actif sur celui-ci, ce qui lui permet de l'accepter et de devenir co-auteur de sa prise en soin.

Enfin, en tant que futur infirmière puéricultrice, cela nous a permis de prendre conscience de l'importance du vécu de l'enfant lors d'hospitalisation et lors de soins afin que celui-ci puisse accepter au mieux ce qui lui arrive.

---

**Mots clés :** Acceptation des soins – Coping – Enfant âgé de 8 à 10 ans – Représentation – Réfection de pansement – Vécu