

PHOBIE OU REFUS DES SOINS

que pouvons-nous faire ?

Des repères cliniques pour s'en sortir : regards croisés

Bénédicte LOMBART

Infirmière, CSS, Docteure en philosophie pratique et en éthique hospitalière APHP – Groupe Hospitalier Sorbonne Université , Laboratoire de recherche : Espaces Ethiques et Politiques
– Institut Hannah Arendt (EEP) – HA 2548 & LIPHA

Florence REITER Psychologue clinicienne, CETD Hôpital A. Trousseau, APHP.

« Phobie », « peur », « panique »... voilà des mots entendus à de nombreuses occasions dans le couloir des services de pédiatrie, en particulier au décours d'un soin qui se passe mal. « Je n'ai pas pu le raisonner, on ne peut pas l'approcher, il est phobique. », « c'est parce qu'il a peur ... », « elle a la phobie des piqûres, il n'y a rien à faire... »... Ces bribes de conversations peuvent être saisies à la volée à l'hôpital, à la sortie d'une chambre, dans un poste de soins. Des phrases banales et fréquentes, prononcées par tout un chacun dès lors qu'il s'agit de soigner un enfant. Ces extraits de verbatim illustrent des scènes de vie quotidienne en pédiatrie. Pourtant les situations de PHOBIE des soins en pédiatrie sont relativement peu évoquées dans les publications professionnelles ou au cours de l'enseignement professionnel qu'il soit initial ou continue. De même lorsque le thème des PHOBIES est exploré d'un point de vue psychologique, il concerne rarement le champ spécifique des soins à l'enfant. Dans ce domaine, les solutions demeurent le plus souvent empiriques et locales. Dans les faits, le phénomène de la **phobie des soins** est bien souvent corrélé **au refus du soin** (qui se manifeste par l'agitation de l'enfant) lui-même directement responsable du recours à la contention physique de l'enfant lors d'un soin. Les recommandations sur lesquelles les professionnels peuvent prendre appui correspondent principalement aux bonnes pratiques qui visent à réduire la détresse de l'enfant lors des soins[1], [2]. Néanmoins celles-ci présentent leurs limites une fois que la détresse de l'enfant s'avère subaiguë et ou installée. Les difficultés se cristallisent face aux situations désignées de manière usuelle comme « PHOBIE des soins ». En pratique les équipes confrontées à ces manifestations sont souvent démunies.[3], [4] .

Au vu de ce constat, il semblait important d'aborder conjointement dans cette conférence, le phénomène de la phobie des soins chez l'enfant, en conjuguant les regards : patient, psychologue et soignant tout en combinant les aspects théoriques et pratiques.

Distinguer et comprendre

Arrêtons-nous en avant-propos sur les mots « PEUR et PHOBIE » et demandons-nous de quoi PARLENT véritablement ces mots ? La phobie est-elle équivalente à la peur hormis une question de proportion ? La phobie serait-elle une très grosse peur ? Est-elle une peur d'une autre nature ? A quel moment la peur des soins est-elle disproportionnée ? Celle-ci est-elle l'indicateur du passage à l'état de phobie ? Comment en juger ? Existe-t-il un risque à user de manière inappropriée du terme phobie ? Ou pour poser la question plus précisément : le fait d'étiqueter un enfant comme phobique nous empêche-t-il de le rejoindre dans sa peur ?

Aborder la sémantique des termes PEUR-PHOBIE, couramment employés en pédiatrie, soulève d'emblée un grand nombre de questions. La nécessité de préciser et de définir ces termes se fait jour. Il s'agit de lever le voile sur ce que ces mots cachent.

Nous tenterons dans un premier temps de montrer en quoi le fait de définir les termes et de repérer les différents registres (PEUR-PHOBIE) peut aider les soignants en pratique. Nous étudierons ensuite la chronologie des événements qui conduisent à la cristallisation des peurs.

Ce déroulé chronologique inaugurera le développement de repères concrets sur lesquels les professionnels peuvent s'appuyer pour faire face aux situations dites de PHOBIE des soins.

De la peur d'un soin à un comportement phobique

Lorsqu'on recherche l'étymologie du terme PEUR on retrouve son origine latine : *pavor*. Celle-ci signifie « émotion qui saisit; crainte, épouvante, effroi»[5]. L'émotion qui saisit l'enfant à la vue de l'aiguille ou de la sonde s'avère légitime. En effet il est raisonnable voire même adapté, de craindre l'effraction, d'appréhender la douleur que le geste médical ne manque pas de provoquer en l'absence d'analgésie adéquate. L'effroi initial s'estompe au prix d'explications en amont du geste, d'analgésie ainsi que d'un engagement relationnel du professionnel auprès de l'enfant durant le soin. De même qu'une expérience « réussie »[6] favorise la confiance, de même le vécu négatif d'un soin précédent augmente l'appréhension. Dans ces circonstances la définition de la peur s'applique d'autant mieux. En effet la peur se définit comme un « État affectif plus ou moins durable, pouvant débuter par un choc émotif, fait d'appréhension (pouvant aller jusqu'à l'angoisse) et de trouble (pouvant se manifester physiquement par la pâleur, le tremblement, la paralysie, une activité désordonnée

notamment), qui accompagne la prise de conscience ou la représentation d'une menace ou d'un danger réel ou imaginaire. »[7]

Le danger en lien avec la représentation du geste médical qui doit être réalisé sur l'enfant n'est pas imaginaire. Ici le soin est bel et bien réel et sa réalisation suscite naturellement de l'appréhension chez l'enfant mais aussi chez ses parents. Le geste représente effectivement une effraction qui peut être menaçante du point de vue de l'enfant. Cet état affectif est légitime et sera apaisé par une prise en soins attentive à prévenir détresse et douleur. Cependant certains enfants ne parviennent pas à être rassurés malgré une prise en charge adaptée. La peur, caractérisée par des manifestations émotionnelles passagères (troubles physiques, agitation, respiration accélérée, appréhension, pleurs, rejet, cris...), s'installe. Tout se passe comme si cet état affectif, déclenché par un objet précis (c'est-à-dire le soin le soignant, son matériel et le geste) se chronicisait, s'installait dans le temps. La peur initialement circonscrite aux quelques minutes qui précèdent le soin contamine les jours précédents le geste, elle envahit l'esprit par anticipation. Les manifestations de cette peur qui enfle se font de plus en plus bruyantes. La situation s'aggrave lorsque les soins sont récurrents et qu'il n'est pas permis à l'enfant de récupérer, de réduire cette peur ou pire lorsque les soins précédents se sont déroulés dans la contrainte et sans tenir compte du vécu subjectif de l'enfant. L'intuition initiale de menace liée à un geste est empiriquement confirmée. Notons néanmoins qu'il est possible de rencontrer des enfants sans antécédents particuliers de soin, qui manifestent une peur intense dès le premier geste. Les manifestations de la peur du soin deviennent difficilement gérables tant l'agitation afin de se soustraire à la menace, que le soin représente aux yeux de l'enfant, se fait grande. L'expression de la peur de l'enfant peut paraître disproportionnée aux yeux des adultes. C'est ainsi que les signes émotionnels liés à la peur du soin peuvent très vite être qualifiés de comportement phobique d'autant qu'une fois que le soin est terminé, l'enfant s'apaise.

Mais qu'entendons-nous par phobie ? Jean Pierre Benoit, psychiatre, définit la phobie en la distinguant de la peur dans un texte introductif d'un dossier consacré aux phobies de l'enfant et de l'adolescent. Le titre de cette introduction est explicite : Les phobies : même pas peur ! « *Mais la phobie que nous étudions ne se résume pas à la peur. La phobie est folie. Elle refuse la logique et fonctionne dans l'irrationnel. La peur s'emballa, devient démesurée, incompréhensible.* »[8]

Cette définition relie la phobie à trois caractéristiques qui la distinguent par défaut de la peur : la rationalité, la proportion des manifestations émotionnelles et l'existence de liens de cause

à effet qui expliquent le comportement. « *Aussi définit-on la phobie comme la crainte injustifiée et déraisonnable d'objets, d'êtres ou de situations dont le sujet reconnaît l'illogisme.* » Didier Houzel la définit comme une « *crainte suscitée **par la présence** d'un objet, d'une situation ou d'une personne qui ne présente de danger réel, mais provoque une vive angoisse, une terreur paralysante, et reconnue le plus souvent comme anormale.* »[9]

Ces définitions inaugurent deux difficultés dans notre contexte de phobie des soins chez l'enfant. La première en lien avec le statut de l'enfant, la seconde liée à l'objet phobogène lui-même c'est-à-dire au soin.

Phobie, peur irrationnelle et statut d'enfant

En premier lieu il faut rappeler que les phobies sont fréquentes chez l'enfant et qu'elles trouvent leur place dans le développement normal de l'enfant (cf aspects psychologiques) Le développement cognitif de l'enfant ne lui permet pas de rationaliser les événements à la manière d'un adulte. Comment dans ces circonstances, juger du caractère déraisonnable d'une crainte si ce n'est à partir de notre propre rationalité c'est-à-dire de celle d'un adulte, qui plus est, soignant ? Rappelons que l'origine latine du mot enfant est *infans* : celui qui ne parle pas. Or la parole s'apparente en grec au *logos*, qui désigne non seulement la parole mais également la raison. On comprend qu'il n'y a qu'un pas à franchir pour traduire le défaut de parole en défaut de raisonnement. Or ce n'est pas parce que l'enfant ne raisonne pas à la manière de l'adulte qu'il n'a pas de raisons d'avoir peur. Voilà le premier nœud gordien de la réflexion concernant la phobie des soins chez l'enfant. La définition de la phobie comme peur irrationnelle, se voit déjà mise à l'épreuve par le contexte pédiatrique. En effet la qualification d'irrationnelle est d'emblée discutable car calibrée à partir de la rationalité de l'adulte. La phobie devient alors une peur sans raison au regard du raisonnement de l'adulte. Mais l'enfant n'a-t-il pas raison d'avoir peur de la pique ou de la sonde qui menace son intégrité physique ?

Le soin : objet réel de peur

Et voilà que nous rejoignons le second point de difficulté : celui du soin. En effet le soin est un objet légitime d'inquiétude. Avoir peur de subir une ponction lombaire, un pansement ou une prise de sang ne correspond pas à une peur injustifiée car ces soins menacent objectivement l'intégrité physique et sont donc légitimement effrayants. Comme le souligne Annie Birraux, psychiatre et psychanalyste « *La peur est probablement une des premières émotions que ressent le nourrisson sans ressources devant les événements extérieurs. Elle est liée à des*

ressentis de danger et d'impuissance à maîtriser celui-ci. »[10] Au fil de ses apprentissages l'enfant va acquérir des compétences cognitives qui lui permettront de faire des liens, de pondérer les événements et surtout de trouver les stratégies pour faire face à l'objet de sa peur. « Mais la phobie n'est pas la peur. » nous dit Annie Birraux. « C'est une stratégie psychique de gestion de l'angoisse [...] l'angoisse ne trouvant pas de support d'élaboration dans la représentation de sa causalité, fait ainsi l'objet d'une projection sur un objet externe, ce qui permet au sujet de scénariser dans la réalité objective et palpable un conflit interne qui résiste à sa résolution. »[11]

La distinction entre phobie et peur ne peut donc se réduire au calibrage de l'expression émotionnelle ni à l'existence d'un objet phobogène adapté ou pas à la quantité de peur ressentie. La phobie des soins est une stratégie de gestion d'une angoisse qui se niche dans une peur légitime d'un geste potentiellement douloureux et menaçant.

La phobie du soin : une angoisse qui se cache dans une peur légitime.

La phobie des soins est en quelque sorte une angoisse-non résolue qui s'enracine dans des mécanismes de conflits psychiques plus ou moins archaïques- qui se cache dans un objet de peur réel.

Relier les manifestations émotionnelles bruyantes de la peur de l'enfant à une phobie est une tentation à laquelle nous cédonc facilement. L'explication de ce raccourci tient peut-être au fait qu'intuitivement nous pressentons, nous les soignants, l'angoisse qui se cache dans le comportement d'un enfant qui manifeste bruyamment sa peur. Or l'angoisse sort *a priori* de notre champ de responsabilité tandis que la peur déclenchée par nos soins, nous engage. En effet, nous sommes bel et bien les promoteurs de cette peur légitime. Il devient peut-être plus confortable d'attribuer les manifestations comportementales de la peur à un champ « phobique » ou « névrotique » qui nous dépasse. C'est sans doute le même mécanisme qui nous conduit à disqualifier la peur du geste en raison du défaut de raisonnement de l'enfant, attribuant ainsi la responsabilité de la panique à l'enfant lui-même, nous épargnant ainsi la remise en question de nos pratiques et en retournant sur lui le rejet qu'il manifeste.

Le risque d'étiqueter trop vite et trop facilement un enfant comme phobique réside dans le fait que cette étiquette d'enfant phobique bloque la recherche d'alternatives. Elle s'associe à une forme de constat d'impuissance qui légitime parfois trop rapidement le recours à la contention forte, un « passage en force » qui ne manquera pas d'aggraver la peur et l'agitation car nous aurons fait fief de ce que l'enfant veut nous dire de ses difficultés actuelles ou de

conflits antérieurs non dépassés. Il s'avère indispensable de questionner en collaboration avec le psychologue les situations difficiles où l'enfant refuse le soin et où la peur interdit tout accès à l'enfant pour écouter ce qu'il a à nous dire.

Voilà pourquoi il semblait important de s'attarder sur les définitions et le contexte en lien avec le phénomène que l'on nomme « phobie des soins en pédiatrie » avant d'aborder de manière plus pratique les repères sur lesquels s'appuyer lorsque nous sommes face à une situation qui donne à penser à une phobie des soins.

Points de repères /aspects psychologiques

Appartenance de la phobie des soins dans la sphère des phobies

Ce trouble anxieux appartient aux phobies spécifiques La peur occupe une place centrale dans les émotions intenses vécues par le jeune enfant dès le début de son développement. Elle prédomine jusque l'âge de 6-7 ans. Les peurs permettent d'éviter les différents dangers.

On distingue les peurs primaires, présentes au début du développement, des peurs secondaires qui apparaissent vers 2-3 ans. Les premières regroupent notamment la peur du vide, « de l'étranger », la peur de la séparation, d'abandon, de la nouveauté. Ces peurs sont régulées par les parents. Certains psychanalystes évoquent les angoisses archaïques comme l'angoisse d'effondrement, de morcellement, vidage/intrusion ...

La peur en lien avec le développement de l'enfant

Vers 2 ans jusque environ 6 ans, apparaissent les peurs secondaires[12] qui sont des peurs dont l'aspect protecteur du danger vital est beaucoup moins apparent. Ce sont la peur des fantômes, des monstres ou créatures imaginaires, mais aussi la peur des animaux, du noir, du feu, des voleurs, des blessures corporelles et de la mort. « Il semble que les capacités d'imagination de l'enfant liées à son développement cognitif dépassent sa capacité de gestion des pensées ainsi créées. »¹ L'apprentissage ou la recherche de rituels et d'habitudes vont réguler ces peurs. Par l'imitation, le jeu, le dessin, et tardivement le langage et l'écriture, l'enfant pourra s'approprier et dépasser ces peurs. Il va en jouer, les mettre en jeu, en dessin, en mots lui permettant ainsi d'identifier, de recréer ce qu'il ressent, ce qu'il projette. C'est la répétition qui va lui permettre de faire face, et de faire l'expérience d'une sécurité, d'un apaisement interne. « A la détresse succèdent les moments d'apaisement » [13]

La place de l'angoisse de séparation dans la phobie

L'angoisse de séparation avec la figure principale d'attachement –le plus souvent la mère– ainsi que des peurs et phobies « normales », permettant à l'enfant une adaptation au monde extérieur, une prise de conscience de soi. Cette anxiété accompagne le développement psychomoteur de l'enfant et les processus de différenciation, autonomisation, individuation, de socialisation.

Ces peurs sont considérées comme « le résultat de la mise en œuvre de mécanismes de déplacement, de projection et de focalisation à l'extérieur de l'angoisse, angoisse interne liée aux inévitables conflits de développement, notamment le conflit oedipien ». [14]

Quel rôle pour le psy ?

A l'hôpital, hormis les soignants, patient et entourage sont en situation de vulnérabilité. Ils viennent pour être soigné d'une pathologie sérieuse, ou faire soigner leur enfant. L'enfant qui s'autonomisait se retrouve être objet de soin par un étranger dans lieu inconnu ou connu hostile. Cela peut réactiver pour l'enfant et pour ses parents leurs angoisses de séparation, d'abandon, de castration et de mort et annuler les efforts d'autonomie de chacun. Le parent est ou se sent mis parfois mis de côté.

Avec l'enfant et ses parents, le psychologue questionne la survenue de la phobie du soin ou son installation et ce que chacun perçoit de ce soin. Il est intéressant de constater que chacun à sa version. Le professionnel va également évaluer le sommeil, l'appétit, la fatigue, l'humeur, la limitation des loisirs, la scolarité, les relations sociales, la vie familiale... et plus largement, le psychologue s'intéresse à l'histoire des parents, de leur enfant et de ses peurs.

Cette évaluation clinique permet de considérer si la phobie du soin s'insère dans un tableau clinique plus vaste et oriente ainsi l'intervention thérapeutique. L'âge, donc comme nous l'avons vu, mais aussi « l'intensité, la détresse, la fréquence, la durée et le retentissement dans le quotidien du jeune pourront permettre de distinguer s'il s'agit d'une peur normale ou d'une phobie spécifique. » [15]

Permettre à l'enfant et à ses parents d'identifier la place de chacun souvent très confuse, de la (re)trouver, de différencier l'histoire de chacun, de se réapproprier ses sensations, ses émotions, ses éprouvés, soutenir le narcissisme parental souvent mis à mal par l'hôpital et « protéger (les parents) d'une « attaque » de leur enfant, les aider à découvrir les besoins de

celui-ci sont des éléments de base». [16] Parfois l'enfant vit la maladie, la douleur provoquée par les soins comme une punition à une faute qu'il aurait commis. Cela montre comme il est utile de questionner le jeune sur les scénarios qu'il se construit concernant sa pathologie, les soins, ...

Un double travail s'effectue avec l'enfant et avec ses parents. (CF paragraphe Reconnaître la nécessité d'un travail collaboratif et pluriprofessionnel) En parallèle à ces entretiens, un temps doit être dédié au soin anxiogène pour permettre à l'enfant de maîtriser, surmonter ses peurs par lui-même. Il retrouve ainsi une place d'acteur en lui permettant de contenir notamment le sentiment d'agression physique, de menace intense qu'il vit lors du soin. Ainsi le soignant n'est pas dans le déni de ce que vit l'enfant, il le remet en position d'autonomie, de création et non de blocage.

Points de repères face à un enfant envahi par la peur avant un soin.

RECONNAÎTRE

La première étape pour faire face aux situations complexes consiste à reconnaître les éléments qui orienteront la manière de répondre à celles-ci.

Reconnaître la PHOBIE

On l'aura compris il s'agit en premier lieu de comprendre à quoi l'on a à faire. S'agit-il d'une réaction isolée, d'une peur ponctuelle ? Existe-t-il des précédents dans l'histoire de l'enfant ? S'agit-il d'une peur installée, qui dure depuis plusieurs jours à la perspective du soin ? Existe-t-il d'autres peurs ?

Les signes de la phobie installée : peur par anticipation, sommeil perturbé les nuits précédentes du soin, comportement d'évitement, besoin d'objets contra-phobique.

Reconnaître les différences de temporalité

Les situations les plus préoccupantes pour les équipes sont celles qui concernent les enfants requérant des soins réguliers et-ou indispensables. Plus la situation clinique est aiguë et plus la phobie des gestes médicaux est difficile à gérer. En effet la difficulté provient de l'absence de synchronisation des temporalités. Le temps des soins, l'urgence à réaliser le geste fait mauvais ménage avec le temps nécessaire à l'enfant pour surmonter ses peurs. D'autant que ces peurs surgissent pour un certain nombre d'enfants dans un contexte de maladie grave et ou chronique.

Reconnaître la complexité

Dans la peur du soin se niche alors bien souvent des angoisses plus profondes partagées par les parents. La maladie grave de l'enfant percute la famille et déclenche une cascade de peurs, d'inquiétudes et d'angoisse. La peur que l'enfant manifeste à l'idée d'un soin, est bien souvent l'arbre qui cache une forêt d'angoisses, celles de l'enfant mais aussi de tous les membres de la famille. Ces phénomènes inconscients ne sont pas accessibles d'emblée. Le travail psychologique par la mise en mots demande du temps. Or ce temps là ne correspond pas toujours au temps dont on dispose pour faire le soin. Mais justement, **plus le temps presse et plus il est urgent de prendre le temps de penser les interventions auprès d'un enfant anxieux face au soin phobique sur deux niveaux** : la prise en charge immédiate et les propositions psychothérapeutiques à court et à moyen terme.

Reconnaître la nécessité d'un travail collaboratif et pluriprofessionnel

La réponse à ces situations de phobie des soins avérée doit toujours s'inscrire dans une pluridisciplinarité. Seule l'alliance des compétences est en mesure de répondre à ce type de situations complexes.

Reconnaître l'expérience de l'enfant

Comme on a pu le voir un peu plus tôt la parole de l'enfant est parfois disqualifiée dans ces circonstances car ne relevant pas de notre type de rationalité. Or l'enfant a ses raisons d'avoir peur du soin et il faut prendre le temps de connaître celles-ci. Faire formuler la peur, l'aider à exprimer ce qu'il appréhende est une étape importante qui donne des indices au sujet de sa résolution. Parfois il arrive de découvrir qu'une peur en cache une autre. Mais surtout cela donne à voir à l'enfant notre attention, notre effort pour le rejoindre là où il est, en l'occurrence « coincé » dans sa peur et sa détresse.

EN PRATIQUE

Comment faire FACE à une situation de refus d'un soin se manifestant par un débordement émotionnel et de l'agitation ?

Repères pour éviter d'aggraver la peur et d'installer potentiellement une phobie : les réponses par étapes

La précipitation ou la chronique annoncée d'un échec

S'il est une règle pour faire face aux situations où l'enfant est très effrayé et anxieux c'est de prendre un minimum de temps pour se poser et réfléchir ensemble à ce qui se passe. Il faut savoir « perdre » du temps pour en gagner.

Repérer les signaux d'alerte

Il est important d'avoir en tête certains signaux d'alerte qui aident à faire face lorsqu'on se retrouve dans le feu de l'action. En effet le rythme des soins, la charge de travail, la succession des gestes et des soins à effectuer conduisent parfois à un enchaînement délétère. Nous sommes capturés par des contingences qui éteignent notre capacité à repérer les signaux d'alerte. Rappeler et nommer ces signaux aide à **alerter l'esprit** dans les moments difficiles, étape décisive pour rompre la spirale négative peur, agitation et précipitation à réaliser le geste. Ces signaux sont les suivants :

- L'agitation de l'enfant empêche totalement la moindre approche
- Plusieurs parties du corps de l'enfant doivent être maintenues si l'on veut faire le soin
- Il faut faire appel à des collègues pour maintenir l'enfant

En présence de ces comportements => prenons du temps !

Suspendre le soin

Lorsqu'on se retrouve face à ce type de situation (refus, agitation, panique au moment de démarrer le soin) il est important de s'arrêter quelques instants afin de prendre le recul nécessaire et réinterroger certains points.

Interroger

L'indication, le délai de réalisation, le degré d'urgence, la possibilité de reporter le soin, ce qui a déjà été proposé, les éléments qui aident l'enfant en général...

L'objet de la peur de l'enfant : le lieu, le soin lui-même, le MEOPA, autres peurs ?

Faire une pause, laisser quelques instants à l'enfant pour qu'il récupère

Si malgré la pause le soin ne peut pas reprendre : se demander si le soin doit être réalisé absolument aujourd'hui.

S'il est possible de reporter le soin : organiser une prise en charge avec distraction, hypno-analgésie, moyens complémentaires antalgiques et/ou anxiolytiques

Si la situation clinique de l'enfant exige que le soin soit réalisé le jour même

- La sédation doit être envisagée afin d'éviter de recourir à une contention physique forte. La sédation consciente doit être utilisée en association avec les approches psychologiques.
- Tenir compte de la capacité de l'enfant / adolescent à consentir (il n'est pas approprié de contenir un enfant plus âgé de force s'il indique clairement qu'il n'est pas d'accord pour faire le soin.)

Quelques conseils pour éviter la contention forte

- Proposer à l'enfant de **choisir** certaines choses (sa position, le moment, la couleur du pansement, la chanson, etc.)
- Eviter de contenir d'emblée (Plus un enfant est maintenu fermement plus il va chercher à se débattre)
- Eviter +++ d'allonger d'emblée l'enfant (perte de la maîtrise entraîne de l'agitation)
- Privilégier la position demie assise ou assise dès que possible (meilleur contrôle de la situation pour l'enfant)
- Immobiliser seulement la partie du corps concernée par le soin
- Pour obtenir l'immobilité d'une partie du corps, laisser bouger le reste du corps, encourager un mouvement du membre opposé à celui qui est concerné par le soin

Repères pour faire face à une PHOBIE avérée :

les réponses par étapes

Ces propositions correspondent aux situations où la réalisation du geste n'est pas une urgence et qu'il peut être reporté. Dans le cas où le geste est à réaliser urgemment il convient de proposer une sédation, comme les recommandations de l'AFSAPS de 2009 le préconise[17], afin de passer le cap aigu de la situation et de disposer de plus de temps pour organiser les soins suivants.

Inaugurer la prise en charge dans la collégialité

Lorsque c'est possible : proposer une consultation multidisciplinaire : médecin, infirmier et psychologue. Cela donne à entendre d'emblée la pluralité des réponses à apporter. C'est également l'occasion de faire le point sur l'analgésie à proposer pour le geste. Lorsqu'une consultation de ce type n'est pas envisageable, il faut tout de même proposer une prise en charge psychothérapeutique en parallèle des interventions médicales et paramédicales. Il

convient que chacun des intervenants (médecin, psychologue, auxiliaire puéricultrice et infirmier) fasse du lien avec ses collègues. Il est important de signifier à l'enfant et à ses parents que nous travaillons ensemble autour des besoins de l'enfant pour répondre à la complexité de la situation. Ce maillage de réponses et de soutiens est proposé à l'enfant mais aussi aux parents.

Analyser les peurs

Le plus souvent les enfants qui sont terrorisés par le soin sont également effrayés par le MEOPA. Celui-ci devient alors un objet de peur supplémentaire. L'administration de MEOPA devient un obstacle supplémentaire plutôt qu'une aide. On est alors parfois amené à se priver de l'administration du MEOPA et donc à se passer de ses propriétés antalgiques et anxiolytiques. Les vertus anxiolytiques du MEOPA sont pourtant précieuses face à ces situations de phobies avérées.

Il s'agit donc de travailler à « réintroduire » le MEOPA de manière à faciliter dans un second temps l'acceptation du soin à proprement parlé.

Désensibiliser progressivement

Découper les peurs aide à mieux les affronter. Il est illusoire de vouloir que l'enfant dépasse dans un même temps à la fois sa peur du masque et celle du soin. Il est recommandé de **consacrer un temps spécifique à l'acceptation du masque** en repartant à zéro. Aider l'enfant à nommer ses peurs concernant le MEOPA. L'odeur, la sensation de lâcher prise[18], la sensation d'étouffement liée à la contrainte du masque maintenu collé sur le visage, autant d'éléments qui peuvent être retrouvés et qui expliquent le refus de respirer dans le masque de MEOPA.

Avancer pas à pas

Chacun des arguments avancés par l'enfant doit être retenu et pris en compte. Si l'enfant argue par exemple la mauvaise odeur du masque (souvent lié à l'odeur de plastique du masque car le gaz est inodore) alors on proposera de transformer cette odeur en colorant l'intérieur du masque à l'aide d'un feutre parfumé. De même lorsque l'enfant a eu une expérience d'administration de MEOPA sous la contrainte, on veillera à le laisser respirer le gaz à distance de son nez et de sa bouche au début de l'inhalation et c'est lui qui approchera peu à peu le masque de son visage au fur et à mesure des respirations. Suggestions,

encouragements viennent augmenter la compliance et assouplir les défenses de l'enfant. « Voilà, c'est très bien comme cela, l'air magique est déjà en train de faire son travail, on peut déjà sentir qu'il apporte ce dont on a besoin... »

Parfois le refus du masque reste difficile à lever et l'ajout d'une médication de type hypnotique peut fournir une aide précieuse. Cela doit être envisager avec le médecin mais l'enfant peut se sentir trahi après-coup. [19]

Évaluer avec l'enfant et son parent s'il est possible de retenter l'expérience dès le prochain rendez-vous ou si un nouveau rendez-vous SANS réaliser le soin est nécessaire pour consolider la capacité de l'enfant à faire face.

Remettre en mouvement la pensée de l'enfant

Les situations de phobie des soins s'apparentent à une forme de capture des capacités de l'enfant à faire face **qui peut contaminer les soignants**. L'enfant est « coincé » dans sa peur voire dans sa terreur, la pensée est alors littéralement bloquée. L'objectif est de réintroduire du mouvement dans la pensée pour lui permettre d'aller vers ses ressources propres : son imaginaire, ses objets de réassurance, des espaces psychiques de sécurité.

Se mettre en mouvement vers l'enfant

Il est nécessaire de rejoindre l'univers de l'enfant. Pour cela il faut chercher à connaître ses centres d'intérêt, ce qui lui plaît, ce qu'il aime. Pour le dire autrement nous avons à rechercher ce qui *l'anime* c'est-à-dire à *ce qui le met en mouvement* psychiquement. Car de même qu'on donne plus d'espace à une pièce d'un mécanisme afin qu'il fonctionne mieux, de même on *donnera du jeu* à la pensée de l'enfant. Ici l'expression métaphorique rejoint le réel car il s'agit bien de réintroduire le JEU dans un environnement biomédical inquiétant. Jouer avec l'enfant, lui proposer des objets ludiques et distrayants, réintroduire le jeu dans la relation de soin est une étape incontournable pour dédramatiser le moment du soin.

Impossible d'aider l'enfant à se connecter à ses ressources si, nous soignants, nous restons cantonnés à un univers médical et rationnel. Nous devons laisser la créativité s'y installer.

Rejoindre l'enfant là où il est, nécessite d'abandonner l'illusion que ce soit l'enfant lui-même qui inaugure la rencontre. C'est aux professionnels, à l'adulte d'initier cette rencontre. Or dans les faits on a tendance à imaginer que grâce à des explications il va être possible de raisonner l'enfant, c'est-à-dire qu'il se rende à notre raison, c'est-à-dire qu'il se mette en mouvement

pour rejoindre notre logique. « Nous te faisons cette prise de sang pour te soigner et quand on aura fait le nécessaire tu rentreras à la maison ». Ce type d'exposé n'est pas seulement proposé (à juste titre) pour EXPLIQUER ce qui va se passer avant un soin, il est aussi mis en avant pour CONVAINCRE l'enfant d'accepter le soin. Or souhaiter rallier l'enfant, qui vit une situation corporellement angoissante, à notre logique en nous cantonnant à un argumentaire médical s'avère illusoire dans le feu de l'action.

Parler aux émotions

Souvenons-nous que les émotions traversent le CORPS. Il s'agit donc d'offrir une réponse **corporelle** à ce type de manifestation et non un discours de rationalisation. Qu'appelons-nous discours corporel ? Il s'agit de faire appel au registre sensoriel. Les techniques psycho corporelles telles que la distraction ou encore l'hypno analgésie s'appuient sur la sensorialité, les cinq sens[20], de l'enfant afin de focaliser l'attention et envoyer la tête ailleurs. Puisque les émotions traversent le corps, il s'agit de répondre avec des éléments qui allument des registres plus sensoriels qu'intellectuels.

Concrètement on gagne en efficacité à proposer à un enfant de souffler (registre kinesthésique) dans un ballon (registre visuel) sa peur, plutôt que de chercher à la rationaliser. Cette démarche n'est pas antinomique avec une mise en mots des peurs auprès de la psychologue à d'autres moments de la prise en charge. Ce type de petits exercices (par exemple : mettre toute sa peur dans de la pâte à modeler et la transformer en quelque chose d'autre) a également l'avantage de permettre à l'enfant de mettre à l'extérieur (en soufflant par exemple ou mettant l'émotion dans la pâte à modeler) ce qui lui pèse à l'intérieur. Il se dissocie alors des émotions difficiles, il agit sur celles-ci, retrouve de la maîtrise en les transformant. En quelque sorte ces exercices lui donnent à entendre qu'il peut « reprendre la main » qu'il dispose de ressources pour faire face. L'enfant reprend confiance en lui.

Partager la confiance

La confiance est centrale dans ce type de situation. Nous avons à obtenir la confiance de l'enfant et de ses parents, à faire en sorte que l'enfant retrouve confiance en lui mais nous avons aussi nous les professionnels à avoir confiance en nous-mêmes. Se faire confiance, avoir confiance en ses compétences conduit à faire preuve de conviction ce qui est l'une des clés de la réussite.

Citons pour terminer un extrait d'un dialogue de Bernanos qui nous invite à réfléchir à la peur de la peur...

« Vous me croyez retenue ici par la peur!

Le chevalier: Ou la peur de la peur. Cette peur n'est pas plus honorable, après tout, qu'une autre peur. Il faut savoir risquer la peur comme on risque la mort, le vrai courage est dans ce risque. »[21]

Les points clés à retenir

1. Accueillir la parole et les émotions de l'enfant sans jugement
2. Prendre en compte le parent, lui permettre d'être présent
3. Distinguer peur et phobie
4. La phobie est une peur qui se niche dans une angoisse
5. Éviter la précipitation, prendre le temps
6. Reporter le soin quand c'est possible et si le report est impossible avoir recours à la sédation
7. La réponse à la phobie des soins de l'enfant doit être pluriprofessionnelle
8. Analyser les peurs
9. Éviter de combattre toutes les peurs en même temps
10. Procéder par étape
11. Commencer par les réussites
12. Proposer progressivement des choix « illusoire » : tu veux que je fasse le soin maintenant ou dans 5 minutes, assis ou allongé...
13. Remettre la pensée en mouvement
14. Parler au corps (utiliser les registres sensoriels)
15. Utiliser systématiquement les moyens d'analgésie adaptés et performants
16. Avoir confiance, faire confiance

NOTES

[1] Duff, Alistair JA *et al.*, « Management of distressing procedures in children and young people: time to adhere to the guidelines », *Archives of disease in childhood*, vol. 97, no. 1, 2012, pp. 1–4.

[2] Uman, Lindsay S *et al.*, « A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: an abbreviated cochrane review », *Journal of pediatric psychology*, vol. 33, no. 8, septembre 2008, pp. 842-854.

[3] Kuttner, L, « Management of young children's acute pain and anxiety during invasive medical procedures », *Pediatrician*, vol. 16, no. 1-2, 1989, pp. 39-44.

- [4] Kuttner, Leora, *L'enfant et sa douleur – Identifier, comprendre, soulager*, Paris, Dunod, 2011.
- [5] <http://www.cnrtl.fr/etymologie/phobie>
- [6] Nous mettons ici entre guillemets l'expérience « réussie » pour préciser qu'elle s'envisage du point de vue de l'enfant. Nous notons qu'il arrive parfois qu'un soin soit considéré comme « réussi » par les soignants car le soin technique a pu être réalisé ; mais cette réussite n'est pas rattachée au point de vue de l'enfant.
- [7] Définition CNRTL
- [8] Benoit, Jean Pierre et Lauru, Didier, « – Enfances & Psy 65 – Même Pas Peur ? les Phobies de l'Enfant et de l'Adolescent – Collectif – Livres », [s. d.], p.8-11.
- [9] Houzel, Didier, Moggio, Françoise et Emmanuelli, Michèle, *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Presses Universitaires de France – PUF, 2000.p.510.
- [10] Birraux, Annie, « Quelques notes à propos de la peur et de la phobie. de l'éloge de la phobie », no. 65, [s. d.], pp. 25-31.
- [11] *Ibid.*
- [12] Thommen, Evelyne, *Les émotions chez l'enfant de Evelyne Thommen*, BELIN LITTERATURE ET REVUES, 2010.
- [13] Zlotowicz, Michel, *Les peurs enfantines*, FeniXX, 1974.
- [14] Mazet, Philippe et Houzel, Didier, *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Complet en 2 tomes) – T1: Introduction, Le développement psychologique, L'examen, Les symptômes – T2 : Troubles de la personnalité , Troubles psychosomatiques et psychiques ... etc*, Maloine, 1981.
- [15] Turgeon, Paul L. Gendreau, Collectif Lyse, *Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent de Lyse Turgeon,Paul L Gendreau,Collectif*, Solal s, 2007.
- [16] Visier, Jean-Pierre., « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. », [s. d.].
- [17] Recommandations de bonne pratique de l'Afssaps relatives à la prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant en milieu hospitalier et en ville, juin 2009 (Afssaps – Mineur – Prise en charge de la douleur – Médicaments) –
- [18] C'est cette sensation de lâcher-prise avec le MEOPA qui nécessite que le patient soit accompagné verbalement durant tout le temps de son administration et encore quelques minutes après son arrêt.
- [19] Fournier Charrière E, Tourniaire B, *L'essentiel de l'analgésie en pédiatrie*, p.76, Pédiadol, 2015.
- [20] Le VAKOG : Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif
- [21] Bernanos, Georges *et al.*, *Oeuvres romanesques complètes/Dialogues des carmélites*, Paris, Gallimard, 2015.