

*Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.*

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://mediaserver.unige.ch>

Une fois sur la page d'accueil, taper dans le champ de recherche « Visio » et choisissez la bonne année académique. Puis entrer les identifiants suivants :

user : visioR, password : 2020

## **Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 14 mai 2024**

### ***Communication avec l'enfant apeuré***

Dr Gabriel Brändle, Service d'accueil et d'urgences pédiatriques - HUG

L'exposé aborde la peur dans le contexte des soins.

La peur est une réaction normale signalant un danger. Néanmoins, cela entraîne une gêne dans le contexte des soins. Et malheureusement, la douleur fait partie des soins.

Les docteurs ont mauvaise presse. Ils ont de la peine à soigner la douleur. Il y a souvent une mauvaise communication (cécité empathique). Le geste médical est souvent employé par les parents comme menace de punition.

Il y a réactance : la personne est souvent privée de liberté (par exemple prescription d'un régime, d'un arrêt de sport).

Historiquement, il y a eu également beaucoup de méfaits médicaux (médecine des camps de concentration, greffe illégale, recherches médicales incorrectes et non éthiques).

Tout ceci peut faire douter du médecin.

Qui a peur du médecin ? Seulement 45 % des gens sondés n'ont pas peur, il y a 2 % de phobiques, 45 % de gens qui ont peur, le reste a d'autres sensations mitigées.

La réaction humaine lorsque l'on a peur est souvent de poser beaucoup de questions sur les dangers, ce qui finalement renforce la peur (par exemple parler du loup en posant la question pourquoi il a des grandes dents, si la morsure fait mal, etc.).

Il peut y avoir également une augmentation de la peur au niveau du noyau familial avec une transmission verticale, les parents racontant leurs peurs aux enfants.

Il y a donc un travail important du pédiatre pour promouvoir la confiance envers le médecin.

La peur peut être comparée à la théorie du robinet. Il y a d'abord beaucoup de facteurs de stress, remplissant un réservoir de stress (l'évier) ; lorsque le stress (l'évier) déborde, il faut environ 20 minutes pour le calmer. Tout dépend des mécanismes de régulation (écoulement par la tuyauterie). Cela nécessite du temps pour laisser l'écoulement se faire.

Avant la rencontre, il est nécessaire d'effectuer une préparation. Ceci est important : il faut penser aux collègues (« merci de laisser l'enfant dans l'état dans lequel vous aimeriez le trouver »).

Il est utile de façonner la perception, le choix des mots est important.

Il y a la gestion de la négation : lorsque l'on dit à quelqu'un « ne pense pas à une girafe bleue », cela engendre une image de girafe bleue chez la plupart des gens. Il faut donc éviter de dire « ça ne fait pas mal ».

Il faut procéder à un recadrage : focaliser sur un élément positif.

Il y a également le priming : éviter d'annoncer la douleur mais annoncer quelque chose de surprenant (par exemple lors d'un frottis nasal, évoquer la sensation que le wasabi peut faire).

Il y a un art de rassurer : il faut éviter d'annoncer la peur, de la minimiser. Cela est contre-productif. On peut viser une base sécurisante en évoquant par exemple le retour prochain à la maison.

Il y a un travail de désensibilisation à faire : explication directe de ce que l'on fait, ou indirectement en montrant sur une peluche ce que l'on va faire, et parfois il y a un recours à un spécialiste comme les pédopsychiatres ou l'hypnose.

Il existe des posters à télécharger « 7 façons de préparer l'enfant » (les références sont disponibles sur l'enregistrement de la conférence). Il faut tenir compte de l'état de conscience. Le patient est en rupture de liens, rupture de temps, rupture d'autonomie. Cela modifie son état de conscience. Il y a une asymétrie avec la perception du moment. (par exemple, un patient n'aura pas l'initiative de se rhabiller après l'examen si le médecin ne lui donne pas la consigne de se rhabiller).

Par ailleurs, il faut bien évaluer la scène que vit l'enfant. Il y a trois cercles. Lorsque le médecin est loin, il l'ignore ; lorsqu'il est près, il l'observe, et lorsque le médecin est très proche, il y a des réactions de défense. Lors d'un premier contact, il convient de faire une évaluation en observant les réactions de peur, de méfiance, et d'ouverture. Le médecin modifie son attitude en fonction de la réaction de l'enfant. Un bon contact est un contact prévisible, anticipé, ressenti comme non menaçant.

La désensibilisation implique une bonne communication, une lenteur, un focus externe, une attention conjointe.

L'approche du stéthoscope est un moment critique, il y a souvent augmentation des pleurs. L'enfant pleure avant que le stéthoscope ne le touche. Il y a la possibilité pour l'enfant d'anticiper ce moment si l'enfant voit le stéthoscope avant l'examen.

Il faut également faire attention à la surcharge sensorielle : une seule voix à la fois, éviter que le père et le médecin parlent en même temps.

On peut employer des truismes et des évidences : « tient, il y a un tigre là sur ton T-shirt ». Il faut par contre éviter les compliments, éviter de trop insister sur les parties du corps, renforcer la présence des parents.

On peut employer un lien verbal du style « n'est-ce pas ? C'est bien ça ? » Le but est d'obtenir un "yes set". C'est un principe de vente, si on a déjà dit cinq fois oui, il y a des probabilités que l'on dise une sixième fois. Il faut profiter pour saupoudrer le confort de l'enfant et le calmer.

Le but est d'obtenir une motivation et un engagement, donner l'impression à l'enfant qu'il participe à l'examen (on peut par exemple lui demander de faire certaines choses, j'ai besoin que tu fasses ceci, peux-tu m'aider à faire cela?).

L'enfant peut également participer en donnant par exemple des compresses médicales, en mettant l'embout otoscopique sur l'otoscope.

Un autre niveau est de faire autre chose comme compter les tours de bande, ou autres. Il est important d'également de gérer les parents, de les cadrer parfois, car ils ont le rôle de base sûre. Parfois les parents mettent trop de bonne volonté en intervenant trop dans la

consultation, ce qui peut prendre la place de l'enfant. Parfois, c'est le contraire, le parent peut être complètement absent.

À la fin, il est utile de conclure la consultation par un compliment pour l'enfant. Il faut valider l'effort qu'il a fait, de renforcer ses compétences.

Compte-rendu du Dr Vincent Liberek

[vliberek@bluewin.ch](mailto:vliberek@bluewin.ch)

Transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)