

I Revues générales

Phobie des soins : quelle approche en cabinet de pédiatrie ?

RÉSUMÉ : Le pédiatre peut être confronté dans son exercice quotidien à ce qu'on appelle trop facilement la "phobie des soins" qui, en réalité, est une peur des soins qui dépend de l'âge et du développement de l'enfant, des gestes à pratiquer (usuels et bénins), de son degré d'anxiété, de l'environnement, etc. La peur de l'aiguille, et donc de la vaccination, est sûrement la plus fréquente à cause de la douleur que les enfants, et souvent leurs parents, anticipent. Le médecin doit tout faire devant ces situations pour créer un climat de confiance et utiliser des stratagèmes adaptés ; cependant, le rôle des parents est aussi fondamental afin de vaincre cette peur et permettre la réalisation du soin. Les situations phobiques, certes rares, nécessitent un avis spécialisé.



J. VALLETEAU DE MOULLIAC
Cabinet de Pédiatrie, PARIS.

Le pédiatre peut être confronté dans son exercice quotidien à ce qu'on appelle trop facilement la "phobie des soins" associée de fait au "refus des soins". Nos confrères hospitaliers, beaucoup plus souvent en face de situations complexes, ont la plupart du temps mis au point des protocoles pour limiter le mieux possible ces réactions devant des soins douloureux et répétés, parfois invasifs qui entraînent de la part des enfants concernés une forme de rejet, de refus des soins, voire de véritables "phobies". Certes, les circonstances dans nos cabinets ne sont pas les mêmes mais certaines situations peuvent ainsi perturber notre exercice.

Il faut cependant préciser ce dont on parle (et les mots utilisés) car tout dépend de l'âge et du développement de l'enfant, des gestes à pratiquer (usuels et bénins), de son degré d'anxiété, de l'environnement, etc.

De l'usage des mots : peur ou phobie ? [1]

>>> La **peur** est un phénomène psychologique à caractère affectif marqué, une

réponse émotionnelle qui accompagne la prise de conscience d'un danger réel ou imaginé, d'une menace.

>>> L'**anxiété** est une peur anticipée associée à l'attente, le pressentiment ou l'imminence du danger.

>>> L'**angoisse** est un malaise **psychique et physique** né du sentiment de l'imminence d'un danger (événement fâcheux), caractérisé par une crainte diffuse, pouvant aller de l'inquiétude à la panique et par des signes physiques. Freud en parle comme un état particulier qui répond à l'attente (et à la préparation) au danger connu ou inconnu, ce qui la distingue de la frayeur qui frappe la personne qui s'est trouvée en danger sans y avoir été préparée : ce qui la caractérise, c'est la surprise. L'angoisse est en fait une protection du sujet contre.

>>> Les **frayeur, panique ou terreur** qui sont des peurs marquées par leur extrême intensité soit devant le danger ou son évocation ou sa prévision. Il y a alors une perte totale de contrôle sur la peur.

>>> La **phobie** est une crainte excessive malade et irraisonnée de certains

I Revues générales

objets, actes, situations ou idées. Dans le DSM-5, la phobie est considérée comme une crainte irrationnelle suscitée par un objet, une situation ou une activité ne comportant pas de danger réel. C'est une peur persistante et intense, irraisonnée ou bien excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou à une situation spécifique.

Le DSM-5 rassemble les peurs, les phobies et les paniques dans le groupe des "désordres ou troubles anxieux".

Ainsi l'émotion, la peur d'un enfant à la vue d'une aiguille, d'une vaccination (situation très fréquente), paraît légitime. On peut donc considérer :

- que la crainte d'une effraction corporelle, et surtout de la douleur qu'elle peut générer, est raisonnable, voire adaptée ;
- que le soin objectif puisse susciter une appréhension "normale" chez l'enfant, mais aussi parfois chez ses parents ;
- et ce d'autant que l'enfant aurait pu avoir déjà vécu une mauvaise expérience.

Le plus souvent, une prise en charge adaptée à cette peur en viendra à bout.

Mais ce n'est pas toujours le cas et l'enfant non rassuré, ou déjà empreint d'appréhension devant l'anticipation du geste prévu (parfois bien avant), va présenter des symptômes psychiques et physiques d'angoisse (agitation ou torpeur, pâleur, polypnée, pleurs, cris, colère, rejet parfois violent, bagarre, fuite...). Ces manifestations, difficilement gérables, et qui paraissent irrationnelles au monde adulte devant un geste qui semble bénin ou "normal", témoignent d'une grande anxiété. On parle alors de comportement phobique (interprétation d'adulte) d'autant que l'enfant se calme dès que le geste en cause est réalisé.

■ Peur des soins et âge

La peur fait partie intégrante du développement normal de l'enfant (comme la

joie, la colère, la tristesse) et leurs motifs et expressions évoluent avec l'âge. C'est une émotion utile et nécessaire à l'apprentissage de l'enfant [2]. Mais il y a une très grande variabilité des degrés de peur (et d'anxiété) d'un enfant à l'autre, de leur traduction et des mesures d'apaisement mises en place pour l'apprivoiser. La vulnérabilité à la peur est **génétique ou du moins familiale** et souvent devant la peur des soins d'un enfant, les parents avouent qu'ils ont eu et ont toujours cette appréhension. Il leur sera alors plus difficile de participer à l'apaisement quand cela devient nécessaire.

>>> Pendant l'âge préverbal (jusque 2/3 ans) les peurs des soins sont souvent limitées à la peur du médecin ou du soignant (peur primaire non spécifique) qui rentre dans le cadre, dès 8 mois, des peurs de l'étranger, de séparation, de lieu ou de situations inhabituelles. Les enfants n'ont pas de souvenir du nombre d'injections (obligatoires) réalisées pendant cette période. Ils ne les appréhendent pas mais les "subissent". Ce sont les parents qui les craignent et c'est donc eux qu'il faut alors rassurer.

>>> C'est surtout entre 2/3 ans et 6/7 ans (âge verbal) que la peur des soins est la plus fréquente ; en effet, se développent alors les peurs secondaires ou spécifiques dont, entre autres, la peur des effractions corporelles et de la douleur qu'elles génèrent, donc des vaccinations, prélèvements, sutures, pansement de brûlures, etc.). Mais le raisonnement à cet âge, surtout chez les plus petits, est encore aléatoire et l'enfant n'est pas encore capable de donner son consentement ou d'exprimer une opposition valable. En effet, le consentement procède de la rencontre de la capacité de discernement d'un patient et d'une information loyale, claire et appropriée et si l'enfant est considéré comme incapable de ce discernement, le soignant aura tendance à ne pas tenir compte de sa crainte, de son refus, pour lui imposer le soin qui lui semble indispensable et rationnel, en espérant l'aide de ses parents [3].

>>> À partir de 7 ans, l'enfant devient raisonnable, c'est l'"âge de raison". Il est capable de conceptualiser, de créer des raisonnements logiques encore directement liés au concret (Piaget). Il peut ou veut devenir acteur de son soin. Mais il se considère aussi comme un "grand" et découvre qu'il peut manifester une certaine indépendance, et donc une opposition à l'adulte soignant, à ses parents. Cela peut s'exprimer plus par le refus des soins que par sa crainte. L'acteur refuse alors le rôle prévu [3] ce qui peut compliquer la relation enfant-médecin qui va le considérer comme "déraisonnable", d'autant qu'il n'a pas les connaissances médicales pour juger.

>>> Cette situation est surtout le fait de grands enfants pré-ados ou adoléscent dans le cadre de la prise en charge de maladies chroniques, comme le diabète ou autres. Le soignant ne doit pas prendre cette opposition comme la fin d'une discussion, mais plutôt comme le besoin d'un dialogue pour rétablir un juste équilibre entre les objectifs des soins et les opinions de l'enfant et de sa famille.

>>> Avec les adolescents les problèmes ne sont pas tant la peur et le refus des soins que l'inobservance thérapeutique, voire le déni de sa maladie chronique, qui nécessitent de véritables remises en question du dialogue médecin/famille/adolescent. En pratique libérale, on n'observe plus vraiment de peur ou de phobies dans les soins usuels type vaccination, surtout quand les raisons de la pratiquer sont bien commentées. Ce sont souvent les parents qui craignent des effets secondaires (cf. refus du vaccin contre le *papillomavirus*).

Par ailleurs, l'adolescent.e est parfois très pudique et peut craindre le fait de se dévêtir, de se faire examiner par le médecin, ce qui peut être apparenté à une peur des soins voire, dans certaines situations, à de véritables phobies conduisant à l'évitement de la consultation.

■ Peur de quoi ?

Les motifs de peur des soins chez l'enfant dépendent certes de l'âge, des circonstances, de l'environnement et des expériences antérieures. Cependant, les situations anxiogènes sont très différentes et beaucoup plus fréquentes dans les services hospitaliers ou aux urgences. En pratique libérale, citons :

- la peur du médecin chez les petits qui s'estompe avec l'âge ;
- mais surtout la peur de l'aiguille à tout âge donc des piqûres (vaccinations, injections médicamenteuses), les prélèvements sanguins, les cathétérismes vésicaux pour prélèvement d'urine étant pratiqués essentiellement dans les laboratoires. Cette crainte de l'aiguille toucherait 25 % des enfants et adultes : elle est surmontable dans la très grande majorité des cas ce qui n'empêche pas la réalisation du calendrier vaccinal ou un traitement par voie intramusculaire s'il est indispensable mais cela devient difficile quand une véritable "phobie" de l'aiguille (bélénophobie) est installée ;
- la peur du décalottage chez le garçon ;
- la crainte de la douleur des pansements de brûlure ;
- la pudeur des grands enfants et adolescents et la peur du déshabillage ce qui gêne l'interprétation des stades pubertaires ; ou le refus de l'examen ou de la prise de poids chez un adolescent en surpoids ;
- mais aussi et souvent la peur transmissible des parents devant tous ces gestes ;
- sans oublier la peur du médecin devant celle de l'enfant ou de ses parents.

La peur des soins, fréquente chez l'enfant, est "normale" et surmontable. Les situations phobiques devant des soins traduisent un trouble anxieux sévère pouvant nécessiter une prise en charge pédopsychiatrique.

■ Que faire en pratique ?

Bien sûr, chaque soignant devant l'enfant, son âge, son environnement et les

POINTS FORTS

- Distinguer la peur des soins, fréquente, de la phobie et du refus des soins, rares en pratique libérale.
- Tout dépend de l'âge, de la nature du soin et de l'environnement.
- La peur de l'aiguille, donc de la vaccination, est, de loin, la plus fréquente.
- Un climat de confiance créé par le médecin, avec l'aide des parents, en vient le plus souvent à bout.
- Les véritables phobies des soins nécessitent une prise en charge spécialisée.

soins à donner a mis au point des stratégies pour apprivoiser sa peur.

Il ne faut pas cependant oublier quelques points [4].

1. Injection

Si le soignant est convaincu du bienfait pour l'enfant de ce soin (vaccination préventive ou traitement indispensable par voie parentérale), l'enfant qui a atteint un âge suffisant ne réalise que l'effraction de son corps et la douleur que cela peut engendrer et les explications fournies avec un langage adapté ne sont pas toujours suffisante, surtout si le parent présent partage la crainte de son enfant.

>>> En amont : on peut prescrire l'application d'un patch ou d'une crème antidouleur 1 h à 1 h 30 avant (au bon endroit !) ou la pose d'une poche de glace avant l'injection : effet réel ou placebo mais rassurant pour l'enfant et ses parents.

>>> Au moment de l'injection : si l'enfant est anxieux, manifester de l'empathie, de la compréhension, de la compassion devant l'inquiétude de l'enfant et/ou du parent ; créer un climat de confiance. Expliquer le pourquoi et le comment du geste, proposer la position que l'en-

fant préfère (allongé, assis, debout) pour qu'il soit confortable, accompagné par l'adulte (tenue par la main ou dans les bras) ou sans le parent si l'enfant le désire ou si sa présence pourrait être contre-productive.

Mais ne jamais s'enrager, ni insulter, ni se moquer s'il pleurniche, ni imposer une contention forcée de première intention.

Le distraire : faire tousser, respirer ample-ment, détourner son attention, le faire parler de ce qui l'intéresse, voire utiliser le portable.

>>> Après l'injection : le féliciter d'avoir surmonté cette "épreuve" comme un grand. On peut délivrer un certificat de courage ou toute autre récompense prévue par le médecin ou l'accompagnant, et pourquoi pas l'encourager à s'en vanter auprès de ses amis. De la qualité de la réalisation de ce soin dépendront la confiance au soignant, utile pour les autres soins.

On peut faire téter le nourrisson ou lui faire boire une solution sucrée (saccharose à 24 % ou glucose à 30 %) ou lui donner sa tétine pendant l'injection. On peut aussi utiliser les patches ou crèmes anesthésiants. Cela aura, de plus, le mérite de modérer la crainte des parents.

Revue générale

Avec un enfant plus grand ou opposant après les explications objectives indispensables et les stratagèmes adaptés, peut-être faut-il avoir une empathie plus dirigiste.

Quoiqu'il en soit, le rôle des parents est primordial avant, pendant et après l'injection. Il ne faut pas qu'ils transmettent leur propre angoisse qui ne pourrait que créer ou renforcer celle de l'enfant. Il faut donc le préparer en amont, ne jamais lui mentir sur ce qui va se passer pendant la consultation et le rassurer en lui expliquant l'intérêt de cette injection. Ils les ont eux-mêmes vécus et l'enfant nourrisson en a déjà eu un très grand nombre dont il n'a pas souvenir. On peut ainsi lui montrer son carnet de santé. Surtout éviter les phrases du genre "si tu n'es pas sage je t'amène chez le docteur qui te fera une piqûre".

2. Décalottage

Les petits garçons sont très inquiets du décalottage. Il ne faut jamais forcer la réduction d'un phimosis (risque de phimosis cicatriciel) ni d'adhérences préputiales. Ce geste douloureux ne peut que rompre la confiance de l'enfant et de ses parents avec leur médecin. Il faut proposer l'application d'un corticoïde fort comme le propionate de clobetasol à 0,05 % 2 x/j sur l'anneau préputial pendant 1 mois (Dermoval), suivi de tractions douces qu'on peut répéter et dont l'efficacité est de 65 à 90 % si les parents ou l'enfant lui-même assurent une bonne compliance.

3. Soins de brûlure

On peut être amené aussi à traiter de première intention une brûlure ou renouveler les pansements ce qu'appréhendent beaucoup les enfants. Ne pas hésiter alors à utiliser, pour prévenir la douleur, l'association paracétamol et ibuprofène, voire la morphine en solution buvable : 0,2 mg/kg renouvelable si besoin 6 fois par 24 h (Oramorph en unidoses de 10 mg/5 mL ou de 30 mg/5 mL ou en flacon de 20 mL à 20 mg/mL avec compte-goutte : 1,25 mg par goutte).

Le MEOPA, très utilisé dans les services hospitaliers et aux urgences pour prévenir la douleur générée par tous ces soins et l'angoisse des enfants et des parents est, certes, de plus en plus utilisé dans les cabinets de soins dentaires pédiatriques mais ses contraintes d'utilisation le rendent difficilement applicable en pratique pédiatrique libérale.

4. La pudeur des adolescents

Il ne faut jamais forcer l'adolescent, e qui refuse de laisser le soignant examiner ses organes génitaux externes dans le cadre de la surveillance du développement pubertaire. On peut toujours lui proposer de designer, sur des documents montrant les différents stades de Tanner, ce qui le (la) concerne ou pour le garçon utiliser un orchidomètre (*fig. 1*). Un enfant en surpoids ou obèse, qui refuse la prise de poids, ne doit pas être critiqué. Mieux vaut établir un dialogue constructif sur ce thème plutôt que de le stigmatiser par des chiffres. Ainsi, si la peur des soins en pratique libérale est relativement fréquente, il faut la comprendre (se mettre dans l'esprit de l'enfant), l'analyser, et ne jamais forcer. Cela nécessite du temps et de la sérénité mais permet d'établir un climat de confiance qui permettra l'acceptation du soin, accompagné des stratagèmes adéquats et qui sera de bon augure pour les suivants. À l'impossible nul n'est tenu et si le soin peut être différé (vaccination), on peut le reporter pour pouvoir en reparler et le réaliser ultérieurement.



Fig. 1 : Orchidomètre de Prader.

Le rôle des parents est primordial ; il leur faut déjà vaincre leur propre peur et les inciter à ne pas la transmettre à leur enfant. La consultation chez le médecin pour réaliser un soin (vaccination surtout) devrait être préparée en amont, sans éluder le motif de cette visite (ils peuvent consulter les fiches de préparation aux divers soins de l'association sparadrap sur internet). Avoir une attitude réconfortante et rassurante ne peut que favoriser ce climat de confiance, nécessaire à l'exécution du soin.

La réelle phobie du soin, exceptionnelle en ambulatoire, doit conduire à l'ajourner si possible et mettre en place une prise en charge adaptée à ce trouble anxieux qui peut paraître, de prime abord, disproportionné.

BIBLIOGRAPHIE

1. Peurs des enfants et des adolescents fréquence, classement et séméiologie : J. VALLETEAU DE MOULLIAC ; Pédiatrie Pratique N° 281 ; Octobre 2016.
2. Phobie des soins : repères cliniques que pouvons-nous faire ? des repères cliniques pour s'en sortir : regards croisés B. LOMBARD ; F REITER. *Pediadol la douleur de l'enfant* : 07/02/2020.
3. "C'est pour ton bien". Face au refus de soin de l'enfant, Sébastien Rouget : *Enfances & Psy*. 2017/1 (N° 73), pages 146 à 154.
4. Douleur de l'enfant ; L'essentiel E. FOURNIER-CHARRIERE, B. TOURNIAIRE www.pediadol.org

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.