

*L'impact de la présence des parents auprès de leur
enfant lors des soins douloureux :*

Une revue de littérature étoffée

Travail de Bachelor Thesis

Par

Laville Lucie & Roch Laeticia

Bachelor 2007-2010

Sous la direction de Marie Noël de Tilly

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

Le 01 juillet 2013

Résumé

Introduction : Il existe une importante divergence d'opinions concernant la présence des parents ou non lors des soins douloureux de leur enfant. Les répercussions engendrées sur les soins infirmiers, sur l'enfant et sur les parents sont conséquentes dans la pratique et sont décrites dans la littérature actuelle.

But : Expliquer ce qu'un soin douloureux peut avoir comme impact psychologique sur les parents et l'enfant, découvrir si la présence des parents lors de soins douloureux auprès de leur enfant peut aider à diminuer le stress de l'enfant et des parents ou au contraire l'augmenter et proposer une prise en charge adaptée aux parents et à l'enfant, en tenant compte des résultats de la littérature et des besoins et des limites de chacun.

Question de recherche : Quel est l'impact de la présence des parents sur leur anxiété et celle de leur enfant lors de soins douloureux en pédiatrie ?

Méthode : Une revue de littérature étoffée a été réalisée entre décembre 2011 et juin 2013. Les bases de données Medline et Cinahl ont été consultées, en utilisant les mots clés. Les critères d'inclusion des articles étaient les suivants :

- Articles scientifiques publiés au cours des quinze dernières années
- Textes en anglais ou en français
- Etude incluant les enfants de 0 à 18 ans
- Etudes incluant les parents auprès de leur enfant lors de soins douloureux

Résultats : Quinze recherches ont été évaluées à l'aide de grilles de lecture scientifique. L'analyse a permis de définir trois thèmes principaux: le désir des parents d'être présents auprès de leur enfant, la présence parentale et les liens avec le stress, l'anxiété, la détresse comportementale et la peur de l'enfant lors d'une procédure douloureuse et l'éducation des professionnels de la santé et des familles.

Discussion : Les résultats ont été discutés et mis en lien avec le cadre de référence qui est l'approche systémique ainsi qu'avec la question de recherche.

Implication pour la pratique: Cette revue de littérature met en évidence diverses recommandations concernant la présence des parents auprès de leur enfant lors des soins douloureux. Ces interventions peuvent permettre d'améliorer la pratique infirmière. Toutefois, cette liste de pistes d'actions n'est pas exhaustive, ni absolue.

Mots clés : *Painful care, Child, Anxiety, Parent, Participation, pediatrics.*

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la contribution de plusieurs personnes que nous désirons remercier chaleureusement.

Nous tenons à remercier très sincèrement notre Directrice de travail, Madame Noël de Tilly, pour son accompagnement précieux, ses nombreux conseils et sa disponibilité tout au long de l'élaboration de ce travail.

Nous adressons également nos remerciements à nos familles qui nous ont accordé du temps pour la relecture et la correction de ce travail et pour nous avoir soutenues durant ces trois années d'études.

Table des matières

Résumé.....	1
Remerciements.....	3
Table des matières	4
Introduction.....	8
1. Problématique	9
1.1. Justification de l'étude	12
1.2. Question de recherche.....	12
1.3. Objectifs.....	13
2. Etat des connaissances	13
2.1. L'enfant d'âge préscolaire, l'enfant d'âge scolaire et l'adolescent	13
2.2. L'anxiété	16
2.3. Le rôle parental	18
2.4. La relation triangulaire parent-enfant-soignant	19
2.5. Douleur chez l'enfant.....	19
3. Implication pour la discipline infirmière	21
4. Cadre de référence	22
5. Méthodologie	25
5.1. Devis de recherche.....	25
5.2. Argumentation du choix du devis	25
5.3. Description des étapes nécessaires à la revue de littérature.....	25

5.3.1. Les banques de données.....	25
5.3.2. Les critères d'inclusion.....	25
5.3.3. Les critères d'exclusion.....	26
5.3.4. Les stratégies de recherche.....	26
5.3.5. Le processus d'exclusion des recherches.....	34
5.3.6. La démarche d'analyse critique.....	35
5.3.7. La démarche de synthétisation.....	35
6. Résultats.....	35
6.1. Le désir des parents d'être présents auprès de leur enfant.....	36
6.2. La présence parentale et les liens avec le stress, l'anxiété, la détresse comportementale et la peur de l'enfant lors d'une procédure douloureuse.....	42
6.3. L'éducation des professionnels de la santé et des familles.....	45
7. Discussion.....	49
7.1. Analyse critique des recherches sélectionnées.....	49
7.2. Discussion des résultats.....	50
7.2.1. Le désir des parents d'être présents auprès de leur enfant.....	50
7.2.2. La présence parentale et les liens avec le stress, l'anxiété, la détresse comportementale et la peur de l'enfant lors d'une procédure douloureuse.....	52
7.2.3. L'éducation des professionnels de la santé et des familles.....	54
7.3. Mise en lien avec le cadre de référence.....	56
7.4. Réponse à la question de recherche.....	57
7.5. Implication pour la pratique infirmière.....	58
7.6. Besoins de recherches ultérieures.....	60

7.7. Limites	61
7.8. Apprentissages réalisés	61
Conclusion	62
Références :	64
Annexes :	71
A. Déclaration d'authenticité	71
B. Grille de lecture critique d'un article scientifique: Approche qualitative	72
C. Grille de lecture critique d'un article scientifique: Approche quantitative	76
D. Grilles d'analyse des quinze études retenues	80
1. 1 ^{ère} grille d'analyse	80
2. 2 ^{ème} grille d'analyse	86
3. 3 ^{ème} grille d'analyse	93
4. 4 ^{ème} grille d'analyse.....	105
5. 5 ^{ème} grille d'analyse.....	119
6. 6 ^{ème} grille d'analyse.....	128
7. 7 ^{ème} grille d'analyse.....	137
8. 8 ^{ème} grille d'analyse.....	143
9. 9 ^{ème} grille d'analyse.....	149
10. 10 ^{ème} grille d'analyse.....	161
11. 11 ^{ème} grille d'analyse	169
12. 12 ^{ème} grille d'analyse	179
13. 13 ^{ème} grille d'analyse.....	188

14. 14 ^{ème} grille d'analyse.....	200
15. 15 ^{ème} grille d'analyse.....	209

Introduction

Cette revue de littérature étoffée est réalisée par deux étudiantes en soins infirmiers. Le thème abordé est l'impact de la présence des parents sur leur anxiété et celle de leur enfant lors de soins douloureux en pédiatrie. Dans ce chapitre, le pronom « Nous » a été utilisé afin d'exposer nos motivations personnelles concernant cet écrit.

« On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant » (EACH, 1988). Cet extrait de la charte de l'enfant hospitalisé encourage les parents à rester auprès de leur enfant lors des soins. Cependant, nous avons constaté lors de nos stages que la réalité est parfois différente dans les soins infirmiers. En effet, un tiers des parents ne participeraient pas à certains soins ou seraient découragés par les professionnels de la santé (Association SPARADRAP, 2004).

Les études existantes qui abordent ce sujet sont relativement controversées. Certaines concluent que la présence des parents permet de diminuer la peur, la douleur et la détresse comportementale de l'enfant (Cavendar, Goff, Hollon & Guzzetta, 2004). Inversement, certaines recherches soutiennent que la peur des parents est ressentie par les enfants (McMurtry, Chambers, McGrath & Asp, 2010). Par conséquent, les comportements des parents peuvent avoir un impact négatif sur la douleur et l'anxiété de l'enfant (Noel, McMurtry, Chambers & McGrath, 2010).

Du point de vue des infirmières, il est vrai qu'elles sont souvent confrontées aux parents lors des soins. Il est important de comprendre l'anxiété des parents et de découvrir si leur présence auprès de leur enfant a un impact positif sur leur stress. Ainsi, la question de recherche de ce travail est la suivante : quel est l'impact de la présence des parents sur leur anxiété et celle de leur enfant lors de soins douloureux en pédiatrie?

Ce travail commence par exposer la problématique de la présence des parents lors de soins douloureux auprès de leur enfant. Les connaissances actuelles et les écrits de divers auteurs sont présentés. A l'issue de la problématique, la question de recherche ainsi que les buts de cette revue de littérature étoffée sont décrits. Ensuite, le cadre de

référence et les principaux concepts sont explicités. Suite à cette présentation, la méthodologie met en évidence la marche à suivre pour effectuer la recherche des études puis l'analyse de celles qui ont été retenues. Les résultats des recherches sélectionnées ont été catégorisés en fonction des thèmes principaux qui ressortaient. Il s'en est suivi une discussion qui met en lien les résultats des recherches avec le cadre de référence et la question de recherche. En conclusion, les implications pour les recherches futures et pour la pratique professionnelle sont mises en avant.

1. Problématique

Selon les statistiques suisses des hôpitaux, 129'131 enfants entre 0 et 14 ans ont été hospitalisés durant l'année 2010 en Suisse (Office Fédéral de la Statistique, 2012). La durée moyenne de séjour est de 6,04 jours. Parmi ces enfants, 116'847 ont vécu une seule hospitalisation durant l'année. 2'698 ont été hospitalisés entre trois à cinq fois tandis que 316 ont connu plus de cinq hospitalisations (OFS, 2012).

Selon Wong (1995), chaque hospitalisation est une source de stress pour l'enfant ainsi que pour les parents. Plusieurs facteurs favorisent ce stress. Wong cite plusieurs éléments influençant l'anxiété de l'enfant tels que la séparation avec les parents, la restriction physique, le changement dans les habitudes quotidiennes, la dépendance forcée (due à une diminution de l'autonomie), le changement de rôle de l'enfant dans sa famille, la peur de la douleur et des dommages corporels. L'auteur nomme également les sources de stress pour les parents : le manque d'information sur l'état de santé de l'enfant, le sentiment d'impuissance et de perte de contrôle face aux soins prodigués, le sentiment de culpabilité face à la maladie de l'enfant, la peur des soins qu'il devra subir, l'anxiété face à la gravité de la maladie, la désorganisation de la vie familiale, les difficultés financières et l'organisation entre toutes les obligations quotidiennes. Les besoins ainsi que le stress vécu par les parents sont différents d'une famille à l'autre. Les soins doivent donc être personnalisés en fonction des attentes de chacun (Melynk, Small & Carno, 2004). Certains besoins sont toutefois communs à beaucoup de parents : le besoin d'informations, le besoin d'être considérés comme compétents, le besoin de maîtriser quelque peu la situation et le besoin d'être accompagnés par des professionnels

compétents (Thompson, Hupcey & Clark, 2003). Les familles qui sont bien entourées par les équipes soignantes ressentent moins d'anxiété et sont plus aptes à prendre des décisions et à participer aux soins de l'enfant (Ball & Bindler, 2010).

Une des sources de stress pour l'enfant et sa famille est la douleur subie par l'enfant hospitalisé (Wong, 1995). Une étude épidémiologique canadienne de 2011 sur les procédures douloureuses auprès d'enfant âgés de 0 à 18 ans rapporte que lors d'une hospitalisation, un enfant subit en moyenne 6,3 procédures douloureuses. Le total de procédures douloureuses rapporté est de 18'929 procédures douloureuses auprès de 3'822 enfants (Bonnie et al., 2011).

Les parents ont un rôle important auprès de leur enfant lors de soins douloureux. Selon Ball et Bindler (2010), la présence des parents au chevet de leur enfant reconforte, atténue ses peurs et rend sa douleur plus supportable durant les interventions efficaces. De plus, la participation aux soins de l'enfant aide les parents à faire face à sa maladie ou à sa blessure grave (Katz, 2002). O'Haire et Blackford (2005) soutiennent que les parents souhaiteraient rester auprès de leur enfant lors de procédures douloureuses afin de les reconforter et d'ailleurs, l'enfant lui-même sollicite ses parents à rester à ses côtés. En effet, personne d'autre ne connaît mieux un enfant et ses expériences passées avec la douleur que ses parents. De nombreux arguments favorisent la présence des parents lors de procédures médicales auprès de leur enfant. Ces raisons sont : diminuer l'anxiété due à la séparation (Gonzalez et al., 1989 ; Kain et al., 2000), minimiser l'utilisation des prémédications (Hannallah & Rosales, 1983 ; Cameron et al., 1996), renforcer la coopération de l'enfant (Doctor, 1994), favoriser la satisfaction des parents à accomplir leur rôle parental. (Doctor, 1994 ; Haini-Cohen et al., 1996 ; Powers & Rubenstein, 1999), répondre au sentiment des parents d'obligation de présence (Ryder & Spargo, 1991) et enfin renforcer la satisfaction des parents dans les soins donnés à l'enfant (Kain et al., 2000). Une enquête menée par l'association SPARADRAP (2004) a rapporté que un tiers des parents qui ont participé à l'enquête n'ont pas pu être présents ou ont été découragés à assister à certains soins douloureux tels que des prises de sang, des ponctions lombaires ou des poses de perfusion. Toutefois, les parents sont en général satisfaits de la place qu'ils ont dans les soins, seulement 10% des parents

mentionnent avoir l'impression de gêner les soignants (Association SPARADRAP, 2004).

La charte de l'enfant hospitalisé soutient les droits des enfants et de leurs familles. (European Association for Children in Hospital, 1988). Entre autre, « on encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant » (EACH, 1988). Cet extrait de la charte de l'enfant hospitalisé soutient le droit des parents à être présents auprès de leur enfant à tout moment de l'hospitalisation, y compris durant les soins prodigués. La Suisse a adopté cette charte en 1997. Toutefois, selon la même enquête réalisée par l'association SPARADRAP, la Charte du patient et la Charte de l'enfant hospitalisé sont communiquées dans 70% des cas selon les soignants, cependant seulement 37% des parents affirment avoir pris connaissance de la Charte du patient et 38% de la Charte de l'enfant hospitalisé (Association SPARADRAP, 2004).

« Il y a différentes visions parmi les professionnels de la santé concernant la présence ou l'absence des parents dans les chambres de traitement des enfants » (Piira, Sugiura, Champion, Donnelly & Cole, 2004). Toujours dans l'enquête réalisée par l'association SPARADRAP, on constate que 53% du personnel déclare que les parents participent au bon fonctionnement du service, 65% pense que les parents peuvent être également une source de tension et 24% affirment que les parents ne posent jamais de problème (2004). L'enquête démontre également que 74% des membres des équipes soignantes disent que les parents les aident à mieux comprendre l'enfant, 59% qu'ils les aident à les soigner plus facilement et 37% qu'ils les aident à faire évoluer et adapter leurs pratiques (Sparadrap, 2004). Cette recherche met en évidence que les parents ont un taux de participation élevée dans les services de pédiatrie. Toutefois, certains problèmes persistent tels que la difficulté pour les parents à assister à certains soins douloureux prodigués à l'enfant, la cohabitation quotidienne des parents et des soignants, l'inquiétude ou l'agressivité des parents qui peut gêner le travail des équipes (Association SPARADRAP, 2004).

Au vu de ce qui précède émerge la problématique de la présence des parents auprès de leur enfant durant les soins invasifs. Il est démontré que tous les enfants hospitalisés subissent des soins désagréables et que la douleur est une source d'anxiété pour les parents et pour l'enfant. La présence des parents peut diminuer l'anxiété de l'enfant ainsi que des parents. Cependant, de nombreux soignants mentionnent que les parents peuvent être une source de tension. En effet, il n'est pas évident dans la pratique infirmière de favoriser la présence des parents au chevet de leur enfant lors de soins douloureux. Le regard des parents peut stresser l'infirmière et la déstabiliser dans son travail. La charte de l'enfant hospitalisé soutient le droit des parents d'être présents auprès de leur enfant durant son hospitalisation. Toutefois, tous les parents ne connaissent pas leurs droits.

1.1. Justification de l'étude

L'intérêt de cette revue de littérature étoffée est d'aider les professionnels infirmiers à se positionner dans leur pratique face aux demandes des parents et des enfants lors de soins douloureux. La nécessité de saisir l'impact psychologique d'un soin invasif permettra d'offrir une prise en charge adaptée aux parents et à l'enfant. Selon Duhamel (1995), l'infirmière a ses propres croyances, valeurs et préjugés qui l'empêchent d'être entièrement neutre vis-à-vis d'une situation. Les recherches effectuées dans ce travail permettront d'augmenter la neutralité et de diminuer les préjugés des professionnels grâce aux connaissances apportées sur le sujet.

1.2. Question de recherche

Suite aux différents éléments mis précédemment en évidence émerge la question de recherche suivante :

Quel est l'impact de la présence des parents sur leur anxiété et celle de leur enfant lors de soins douloureux en pédiatrie?

1.3. Objectifs

- Expliquer ce qu'un soin douloureux peut avoir comme impact psychologique sur les parents et l'enfant.
- Indiquer si la présence des parents lors de soins douloureux auprès de leur enfant peut aider à diminuer le stress de l'enfant et des parents ou au contraire l'augmenter.
- Proposer une prise en charge adaptée aux parents et à l'enfant, en tenant compte des résultats de la littérature et des besoins et des limites de chacun.

2. Etat des connaissances

2.1. L'enfant d'âge préscolaire, l'enfant d'âge scolaire et l'adolescent

Selon le premier article de la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant, la définition de l'enfant est la suivante : « Un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable ». L'enfant d'âge préscolaire a entre trois et six ans. Il est caractérisé par un sens d'initiative et une envie d'indépendance (Ball & Bindler, 2010). Il établit ses premiers contacts sociaux à la crèche ou à l'école à temps partiel. Il maîtrise relativement bien le langage, il est capable de comprendre et de s'exprimer de manière claire. Il acquiert certaines notions d'hygiène telles que la toilette, le brossage des dents ou l'habillement. Selon Piaget (1923), l'enfant de deux à huit ans démontre une intelligence symbolique ou préopératoire. Dans ce stade, l'enfant va recréer la réalité à travers des symboles. Les symboles et les mots que l'enfant utilise pour désigner les personnes et les objets l'aident à structurer sa pensée (Ball & Bindler, 2010). Ce stade constitue un point majeur du développement intellectuel. Cette étape de vie est caractérisée par l'égoïsme, l'artificialisme, l'animisme et le finalisme (Piaget, 1923). Durant ce stade, l'enfant conserve toutefois des limitations au niveau de la pensée. Selon Freud, l'enfant de quatre à cinq ans se situe dans le stade phallique qui est caractérisé par l'intérêt des filles et garçons sur leurs parties génitales, qui devient

une zone érogène et sur les différences entre fille et garçon. Ce stade est caractérisé par le complexe d'Œdipe. Cette période introduit la notion du Sur-moi puisque, avec la résolution du complexe d'Œdipe et l'interdit de l'inceste, le père et la mère replacent l'enfant dans son rôle d'enfant et lui enseignent les normes sociales et morales à respecter dans la culture où ils évoluent.

L'enfant d'âge scolaire a entre cinq et douze ans. Selon Ball et Bindler (2010), « l'enfant d'âge scolaire amorce le stade de pensée opératoire concrète vers sept ans. Devant certaines situations, il peut envisager différentes solutions, les analyser et résoudre ainsi des problèmes. Cependant, pour former ses idées, l'enfant accorde toujours une place très importante aux expériences concrètes et aux formes matérielles. C'est à cet âge que l'enfant acquiert la notion de conservation. C'est-à-dire qu'il comprend que la matière ne change pas quand son apparence se modifie » (p.101). Cette notion de conservation est utile à l'infirmière afin d'expliquer des traitements médicaux, car l'enfant d'âge scolaire est capable de comprendre que les incisions vont guérir ou que son pied n'est pas plâtré pour toujours. (Ball & Bindler, 2010). Selon Piaget (1923), le stade de l'intelligence opératoire concrète est vécu entre l'âge de huit à douze ans. Ce stade est caractérisé par une diminution de l'égoïsme, par la capacité à coordonner différents points de vue, par l'acquisition des notions d'invariants (nombre, poids, volume,...), par la capacité de penser la réalité plus complètement, avec plus de souplesse et d'objectivité. Selon Freud, l'enfant de six à douze ans se situe dans le stade de latence. Le relâchement de la poussée pulsionnelle se caractérise par une désexualisation des sentiments et des relations. L'enfant est absorbé par des tâches d'ordre plus cognitif. Il connaît ses premières aspirations morales et esthétiques. Il ressent ses premiers sentiments de pudeur ainsi que les premières sublimations (processus créatif par lequel l'énergie d'une pulsion sexuelle ou agressive est déplacée sur des buts socialement valorisés).

Le climat familial exerce une grande influence sur le développement de l'enfant (Feldman, Papalia & Olds, 2010). L'enfant d'âge scolaire souhaite de plus en plus prendre ses propres décisions et il est de plus en plus apte à le faire. L'adaptation des parents aux nouveaux besoins de l'enfant favorise un climat familial propice. (Feldman et al., 2010). Un des changements typiques qui affecte les relations parents-enfants à

l'âge scolaire est le fait que la fonction de contrôle passe graduellement des parents à l'enfant. La corégulation représente ce mécanisme par lequel les parents partagent désormais le pouvoir avec leur enfant, en effet les parents supervisent le comportement de l'enfant tandis que celui-ci fait preuve d'autorégulation (Feldman et al., 2010). Les interventions des parents diminuent car l'enfant est plus apte à exercer un meilleur contrôle de soi. Il commence à réfléchir par lui-même et à exercer son propre jugement, ce qui lui permet de développer sa maturité. L'enfant fait des progrès cognitifs et il aime recevoir des explications tout en sachant qu'il a une marge de manœuvre. Lorsqu'il ressent cette ouverture, l'enfant a plus tendance à respecter les désirs de ses parents, car il constate que ce sont des êtres justes et qui ont à cœur son bien-être et qu'ils ont plus d'expériences que lui (Maccoby, 1984).

L'adolescence est « une période prolongée entre l'enfance et la vie adulte durant laquelle s'opère une crise d'identité. La crise est un état, une période de déséquilibre entre deux états de stabilité » (De Reyff, 2011). Selon Erikson, l'adolescent se situe entre 12 et 18 ans. Cette étape de vie est caractérisée par la recherche identitaire et la confusion des rôles. L'adolescent expérimente ses valeurs et il se dégage progressivement des modèles parentaux. Il vit des sentiments de confusion personnelle et sexuelle. Les adolescents vivent différentes transformations physiques, émotionnelles, sociales, hormonales et psychologiques (De Reyff, 2011). Ces transformations provoquent une vulnérabilité importante pour l'adolescent. En effet, certains jeunes peuvent ressentir une perte de contrôle, de défense et de moyens de communication (Gurtner, 1998). Cette vulnérabilité est d'autant plus forte, car la protection des parents sous laquelle les jeunes se réfugiaient avant n'est plus désirée voire rejetée. En parallèle, les adolescents découvrent de nouvelles capacités physiques et intellectuelles, ils ont envie de vivre des expériences nouvelles, d'où une attitude de prise de risques (Gurtner, 1998).

Les adolescents subissent de multiples défis lorsqu'ils sont hospitalisés. La perte de contrôle en fait partie. Cette perte de contrôle peut susciter des sentiments d'angoisse, d'impuissance, de dépendance excessive et de perte d'autonomie. Contrairement aux enfants plus jeunes qui acceptent facilement les décisions de leurs parents, les adolescents traversent une période de leur vie où ils remettent leurs aînés en question

parce qu'ils cherchent à devenir autonome. Pendant l'hospitalisation, les adolescents peuvent perdre la capacité de décider des aspects même les plus fondamentaux de leur vie: quand manger, quand dormir ou quand aller aux toilettes. Ils perdent ainsi le contrôle de leur vie intime durant la période de l'hospitalisation (Findlay, Pinzon, Goldberg & Frappier, 2008).

Au niveau juridique et éthique, les questions reliées aux aspects du consentement éclairé et de la confidentialité reviennent fréquemment. Les adolescents peuvent souhaiter cacher certaines informations à leurs parents. La décision revient à l'adolescent pour autant qu'il soit capable de discernement (Findlay et al., 2008). En effet, le droit de prendre des décisions liées à sa propre santé dépend de la capacité de discernement et non pas de l'âge. Les mineurs ont le droit de refuser des soins, d'interrompre un traitement ou de quitter un établissement sanitaire s'ils le souhaitent et s'ils sont capables de discernement (Sanimedia, 2005). Pour cela, l'adolescent doit pouvoir comprendre et évaluer les risques et les avantages liés à l'acceptation ou au refus d'un traitement. Les adolescents capables de discernement ont le droit de ne pas divulguer leur état de santé aux membres de leur famille, y compris leurs parents. De plus, le patient a le droit au respect de la confidentialité. Cela implique que les professionnels de la santé ont l'obligation de respecter le secret professionnel. Ils doivent conserver les informations dont ils ont eu connaissance dans leur pratique professionnelle (Sanimedia, 2005). Sauf exception prévue par la loi, ils ne peuvent pas les transmettre sans l'accord de leur patient. Dans certaines situations, les médecins sont tenus de divulguer l'information reliée à la santé des adolescents afin d'assurer leur sécurité ou celle d'un tiers, comme par exemple lorsqu'un jeune a des idées suicidaires ou meurtrières (Findlay et al., 2008).

2.2. L'anxiété

L'anxiété se définit comme « un état affectif caractérisé par un sentiment d'inquiétude, d'insécurité, de troubles diffus psychiques et physiques, d'attente d'un danger indéterminé devant lequel on est impuissant » (Ribeiro, 2010).

Les quatre degrés de l'anxiété selon Peplau (1963) sont l'anxiété légère, l'anxiété modérée, l'anxiété grave et l'anxiété panique. L'anxiété légère correspond à la tension vécue en réaction aux événements de la vie quotidienne. Elle aide la personne à se préparer à l'action. L'anxiété modérée a comme conséquence une diminution du champ de vision et la personne est moins sensible aux événements qui surviennent. La personne peut toutefois continuer à s'occuper de ses besoins, à condition d'obtenir de l'aide. Un individu qui souffre d'anxiété grave aura une attention extrêmement limitée, une diminution de sa concentration, des difficultés à accomplir des tâches simples et présentera certains symptômes physiques et émotifs. L'anxiété panique est le stade le plus intense, une perte de contact avec la réalité peut survenir, l'individu peut souffrir d'hallucinations ainsi que de délires.

Selon Carpenito (1986), les signes de l'anxiété se divisent en trois catégories : la première regroupe les signes physiologiques tels que des diarrhées, des tremblements, des palpitations, des nausées, des vomissements, l'augmentation de la fréquence respiratoire, la voix qui devient tremblante, l'élévation de la tension artérielle, l'accélération du rythme cardiaque ou encore la dilatation des pupilles. La seconde catégorie rassemble les signes émotifs : l'appréhension, le désespoir, la nervosité, la peur, le manque de confiance en soi, la perte de contrôle, l'incapacité à se détendre, l'irréalité, la prévision des malheurs, le repli sur soi, les pleurs, l'irritabilité, la colère, le manque d'initiative. La dernière catégorie regroupe les manifestations cognitives : les ruminations, l'incapacité à se concentrer, l'hyperattention, les troubles de la mémoire ou encore le blocage de la pensée.

Les concepts les plus apparentés à l'anxiété sont l'angoisse et la peur. L'école française de psychiatrie Brissand (1902) distingue l'anxiété de l'angoisse par le fait que l'anxiété est plus pensée et moins paroxystique. En revanche, l'angoisse est vécue de façon massive dans le corps. Le danger est imminent et ne dure pas, au contraire de l'anxiété. La peur, quant à elle, se différencie de l'anxiété par sa composante réelle et objective du danger. Elle permet l'adaptation et la survie.

La situation d'hospitalisation génère de l'anxiété qui peut être renforcée par celle des proches. (Thibault-Wanquet, 2008). L'enfant hospitalisé change de repères et les raisons de son hospitalisation peuvent entraîner de l'inconfort, de la douleur ainsi qu'un mal-

être général. Les soins et les examens prodigués sont source de stress et de douleur (Thibault-Wanquet, 2008).

Selon Thibault-Wanquet (2008), les parents de l'enfant hospitalisé vivent également des réactions d'anxiété. Ces réactions sont considérées comme normales dans le cadre d'une hospitalisation. En effet, les parents prennent conscience de la vulnérabilité de leur enfant. Ils comprennent que leur situation va changer et que leur enfant risque de subir des souffrances. Ils peuvent également se sentir coupables de ne pas avoir su protéger leur enfant (Thibault-Wanquet, 2008).

2.3. Le rôle parental

Selon Ball et Bindler (2010), la famille est une composante déterminante de la vie de chaque individu et elle a un rôle important dans le développement de l'enfant. Le rôle parental rappelle un rôle de leadership. Son but est de guider les enfants à adopter les comportements considérés comme acceptables, les croyances, les principes moraux et les rituels de la famille et ainsi à devenir des membres actifs et responsables de la société. Le développement des enfants est influencé par leurs traits de personnalité, leurs caractéristiques mais également par la manière dont ils ont été élevés. Il est de la responsabilité des parents d'apporter de l'affection, de la protection et de la structure à l'enfant afin de lui offrir de la stabilité dans son milieu. Ainsi, il sera plus apte à s'adapter aux changements qui touchent son milieu familial au fil du temps. Afin de bien se développer, l'enfant a besoin d'espace physique et émotionnel. Cet espace lui permet de découvrir un équilibre entre l'intimité et la distance ou entre la sécurité et le risque. Les parents ont également un rôle de transmetteur. En effet, ils enseignent à leurs enfants certaines valeurs, certaines croyances, certaines habitudes et certains comportements qui sont appris et transmis d'une génération à l'autre. Etre parent demande une certaine souplesse qui permet à la famille de s'adapter à sa propre évolution ainsi qu'aux stress et aux difficultés (Ball & Bindler, 2010). L'éducation d'un enfant repose sur divers éléments tels que les limites, les règles, l'autorité, l'affection, le développement des compétences, le respect, ...

2.4. La relation triangulaire parent-enfant-soignant

Selon Thibault-Wanquet (2008), la philosophie de soin doit intégrer et mettre en relation trois partenaires qui sont indispensables à la relation. Pour commencer, Thibault-Wanquet (2008) cite le patient qui se situe au cœur des préoccupations et qui doit être respecté dans son rythme, son intimité, son identité ce qui constitue une approche globale et personnalisée. Le second partenaire est la famille. La famille est indispensable, elle apporte de l'affection au patient, elle collabore avec les soignants afin de négocier et de définir un mode de prise en charge. Le dernier partenaire est le personnel soignant qui détient un savoir, des compétences et un savoir-être spécifique. La famille doit être considérée comme un partenaire permettant l'expression d'idées complémentaires et non comme un adversaire (Thibault-Wanquet, 2008). L'entourage de la personne hospitalisée est partie prenante dans la prise en charge du patient. Le partenariat repose sur des fondements de confiance et de respect mutuel. Les soignants doivent éviter de suppléer la famille, ils ne remplaceront jamais les proches du patient (Thibault-Wanquet, 2008). Le personnel soignant doit envisager le patient et sa famille avec un regard nouveau et avoir pour objectif de construire une relation de confiance réciproque. (Thibault-Wanquet, 2008). La charte de l'enfant hospitalisé soutient le droit des parents à être présents auprès de leur enfant à tout moment l'hospitalisation, y compris durant les soins prodigués (European Association for Children in Hospital, 1988). Les soignants doivent donc accepter la présence des parents et les inclure dans les soins exécutés à l'enfant (EACH, 1988).

2.5. Douleur chez l'enfant

Selon la définition de l'International Association for the Study of Pain (IASP), la douleur est : "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en des termes évoquant de telles lésions" (Mooser, 2012). La douleur est une sensation, elle est donc subjective et est vécue de manière propre à chacun. Son expression dépend de la capacité de chaque individu à communiquer avec autrui (Colombo-Bertocchi, 1999). On peut donc évaluer la douleur de l'autre uniquement par ses dires, ses comportements et ses attitudes (Kremp, 2002).

Si un enfant dit qu'il a mal, sa douleur doit être prise en compte, qu'elle que soit l'importance de sa composante émotionnelle. Cependant, l'évaluation de la douleur chez l'enfant peut être difficile en raison de la nature subjective de la douleur (Colombo-Bertocchi, 1999). En effet, l'âge de l'enfant ainsi que ses difficultés à communiquer et son manque d'éléments de comparaison sont des facteurs qui nuisent au diagnostic de la douleur. C'est pourquoi, les échelles d'auto-évaluations et d'hétéro-évaluations sont utilisées afin de rendre le regard des soignants objectif (Colombo-Bertocchi, 1999).

Deux types de douleurs sont à distinguer : la douleur aiguë et la douleur chronique. La douleur aiguë se manifeste par des signes émotionnels tels que des cris, des pleurs, des gesticulations ainsi que par des signes directs comme l'évitement ou la désignation de la zone douloureuse (Kremp, 2002). Ces signes peuvent varier en fonction de l'âge, du développement psychologique et du contexte (Abu-Saad & Hamers, 1999). La douleur chronique engendre des signes directs et émotionnels, mais ils peuvent rapidement se modifier. L'enfant peut évoluer vers un tableau d'atonie psychomotrice si la douleur n'est pas soulagée (Kremp, 2002). Il existe différents types de douleur : la douleur nociceptive, la douleur neuropathique, la douleur viscérale ou encore la douleur iatrogène. Cette dernière est provoquée généralement par un médecin ou une infirmière lors d'un soin prodigué au patient (Kremp, 2002). Il est nécessaire, afin d'éviter ou de diminuer cette douleur subite par l'enfant, d'avoir recours à des méthodes antalgiques telles que l'application d'un anesthésiant local, l'administration d'antalgiques ou utiliser la distraction lors du soin douloureux. La prise en charge de la douleur chez l'enfant est le travail de toute une équipe. L'observation des signes de douleur, la mise en place d'un traitement ainsi que sa surveillance concerne autant le pédiatre que les infirmières (Fournier-Charrière, 1995). Le rôle des parents est également important, il varie selon la position que prennent les parents eux-mêmes et les infirmières. Les informations et les explications données peuvent aider les parents à assumer leur rôle. Le traitement sera facilité si l'enfant en est acteur. La signification de la douleur imposée par les gestes de soin varie selon l'âge de l'enfant (Fournier-Charrière, 1995). Chez l'enfant d'âge préscolaire, la pensée est concrète donc la douleur peut être vécue comme une agression contre l'intégrité corporelle et comme une punition. Selon Fournier-Charrière (1995), cette douleur peut devenir source d'une émotion négative et être vécue comme un conditionnement négatif qui se manifeste par exemple par une peur des aiguilles.

L'enfant d'âge scolaire est capable de rationaliser, de différencier certains niveaux de douleur et rapporter la douleur à sa cause (Fournier-Charrière, 1995). Chaque enfant à sa propre manière d'exprimer sa douleur et son stress (Fournier-Charrière, 1995). Certains signes de douleur sont observables, ils sont principalement comportementaux, mais également hormonaux ou biologiques. Ils traduisent la composante émotionnelle de la douleur (Colombo-Bertocchi, 1999). Il peut s'agir de cris, de pleurs, d'agitation, de mimiques ou encore de positions antalgiques. Certains signes peuvent être trompeurs, comme le fait que l'enfant soit trop calme, prostré ou qu'il perde l'appétit (Colombo-Bertocchi, 1999). C'est pourquoi en tant que soignant, il est important de prendre connaissance des réactions habituelles de l'enfant face à la douleur (Fournier-Charrière, 1995).

3. Implication pour la discipline infirmière

Le métaparadigme de la discipline infirmière repose sur quatre concepts et quatre propositions. Ces quatre concepts sont la personne, l'environnement, la santé et les soins (Fawcett & Provencher, 1995). Le concept de la personne se rapporte à tout bénéficiaire de services infirmiers, qu'il s'agisse d'un individu, d'une famille ou d'une communauté. Le concept environnement représente les milieux physiques et sociaux de la personne. Il représente autant un lieu de résidence qu'un établissement. Le concept santé est défini comme un état de bien-être qui peut être tout aussi bien une personne en état optimal de santé qu'un malade en phase terminale. Le dernier concept, les soins, se rapporte à la définition des soins, aux actions précises de l'infirmière (Fawcett & Provencher, 1995). Il existe quatre propositions du métaparadigme infirmier. Selon Fawcett et Provencher (1995), la première proposition met en évidence le lien entre les concepts de personne et de santé: la discipline infirmière prend en compte les principes et les lois qui régissent le processus vital, le bien-être et le fonctionnement optimal des êtres humains, malades ou en santé. La deuxième proposition précise la relation entre les concepts de personne et d'environnement: la discipline infirmière s'intéresse aux modèles de comportement de l'être humain en interaction avec son environnement dans le cadre d'événements courants et de situations déterminantes. La troisième proposition fait le lien entre les concepts de santé et de soins : la discipline infirmière s'intéresse aux interventions et

aux démarches de soins des infirmières qui permettent d'engendrer des modifications positives de l'état de santé. Finalement, la quatrième proposition relie les concepts de personne, d'environnement et de santé: la discipline infirmière s'intéresse à la totalité ou à la santé de l'être humain, reconnaissant que celui-ci interagit de manière continue avec son environnement (Fawcett & Provencher, 1995).

Une des propositions liant les concepts du métaparadigme concerne particulièrement la problématique de cette revue de littérature. En effet, la quatrième proposition met en évidence le lien entre la personne, l'environnement et la santé. En effet, les infirmières doivent approcher l'enfant de manière globale. Ses parents jouent un rôle important dans sa vie et dans son développement (Feldman, Papalia & Olds, 2010). Ils font partie de son environnement et doivent donc être considérés et pris en compte dans la démarche de soins. Leur présence joue un rôle essentiel auprès de l'enfant. Mais qu'en est-il lors de soins douloureux ? L'intérêt de cette revue de littérature est de découvrir si la présence des parents joue un rôle sur l'anxiété de leur enfant lors de soins douloureux. Ce travail pourra permettre aux professionnels de se positionner par rapport au refus ou à l'acceptation de la présence des parents lorsqu'ils prodigueront des soins douloureux aux enfants.

4. Cadre de référence

L'approche familiale systémique sert de base à ce travail. La théorie des systèmes est caractérisée par trois postulats majeurs (Salem, 2005). Le premier postulat est la totalité. Il signifie qu'un système est quelque chose de plus que la somme de ses parties. On tient compte du fonctionnement total, comme un tout. Le comportement d'un groupe laisse émerger des qualités que ne possèdent pas les divers individus qui le constituent, si on les considère un à un séparément. On voit que c'est la constellation plus que la somme des interactions entre les divers éléments qui caractérise la totalité du système (Salem, 2005). Le second postulat est la circularité. Le jeu des feedbacks met en évidence l'importance de la réciprocité des actions et des influences qui s'exercent entre les entrées et les sorties du système, comme entre les divers éléments qui le constituent. Cela signifie que les relations entre les éléments ne sont jamais unilatérales, mais circulaires (Salem, 2005). Le troisième postulat de la théorie des systèmes est le

principe d'équifinalité. Il signifie que les mêmes effets peuvent avoir des origines différentes. Autrement dit, les changements observés dans un système ouvert ne sont pas seulement déterminés par les conditions initiales du système, mais aussi par les divers paramètres du système et par la nature même du processus de changement. Ces paramètres du système peuvent même être plus déterminants dans le changement que les conditions initiales. Ceci est valable uniquement avec les systèmes ouverts, les systèmes fermés étant déterminés précisément par les conditions initiales (von Bertalanffy, 1962). Les trois principaux concepts de l'approche systémique sont la formulation d'hypothèses, la circularité et la neutralité (Duhamel, 1995). La formulation d'hypothèses permet de faire un lien entre les comportements, les croyances, les sentiments et les expériences passées du système familial et d'expliquer la dynamique d'une famille à propos d'une situation quelconque. Une hypothèse ne représente pas forcément la réalité, mais une explication qui pourrait s'avérer utile aux soignants (Duhamel, 1995). Afin de faciliter la formulation d'hypothèses, il est conseillé de construire les hypothèses avec les membres de la famille (Duhamel, 1995). La circularité découle du phénomène de la rétroaction entre les membres de la famille et entre eux et la famille. La circularité s'observe dans l'échange d'informations entre l'infirmière et le système familial et entre les différents membres de la famille. L'approche systémique s'appuie sur la théorie des systèmes qui stipule que le tout est plus grand que la somme des parties. Cette approche s'intéresse particulièrement aux relations entre les différents systèmes et sous-systèmes afin de mieux comprendre le fonctionnement de chacun d'entre eux. Les relations entre les membres du système familial influent de façon significative sur les comportements, les croyances et les sentiments de chaque membre d'une famille et, suivant le principe de circularité, ces comportements, croyances et sentiments influencent à leur tour les relations entre les différents membres (Duhamel, 1995). La neutralité invite les soignants à faire part d'impartialité face au système. L'infirmière a ses propres croyances, valeurs et préjugés qui l'empêchent d'être entièrement neutre vis-à-vis d'une situation. L'infirmière qui utilise une approche systémique ne croit pas qu'une personne en particulier soit responsable d'un problème, elle pense plutôt que c'est le système qui maintient le problème (Duhamel, 1995). Les relations entre le patient, sa famille et les professionnels de la santé peuvent influencer l'évolution de la problématique de santé (Thorne, Con,

McGuinness, McPherson & Harris, 2004). La relation entre les professionnels de la santé et la famille peut amplifier ou alléger le stress qu'occasionne une maladie. Lorsque les soins sont axés sur les besoins du patient au détriment de ceux des membres de la famille, le stress qu'éprouvent alors autant le patient que la famille est susceptible de nuire à l'efficacité des interventions des professionnels de la santé en regard de la problématique de santé. Bien souvent, les membres de la famille ressentent de la frustration ou vivent de l'isolement, mais ils n'oseront pas forcément exprimer leur insatisfaction par crainte de représailles de la part des soignants (Duhamel, 1995). Il est donc important que les infirmières examinent les relations que les familles établissent avec les professionnels de la santé afin de minimiser le stress que ces relations peuvent engendrer (Duhamel, 1995). En tenant compte du concept de circularité de l'approche systémique, les soins prodigués à l'enfant peuvent avoir un impact sur les parents. Les réactions et les attitudes qui résultent de cet impact ont également une influence sur l'enfant et sur son comportement. Les interventions infirmières s'installent dans cette dynamique familiale et permettent d'influencer le vécu des parents et des enfants. La présence des parents a donc un rôle essentiel dans la prise en charge de l'enfant car elle a un impact sur la circularité des interactions entre l'enfant et ses parents. Elle influe sur les comportements, les réactions ainsi que sur l'anxiété des parents et de l'enfant. L'approche systémique soutient que les professionnels de santé ne doivent pas s'axer uniquement sur le patient, il est nécessaire qu'ils tiennent compte également des proches afin de diminuer leur stress et celui de l'enfant. Ainsi, l'intégration des parents dans les soins pourrait diminuer leur sentiment de frustration et leur isolement et favoriser la relation parents-soignants. Selon certains auteurs (Thorne et al., 2004), les relations entre la famille, les professionnels de la santé et le patient peuvent influencer l'évolution de la problématique de santé. L'intégration des parents dans les soins favoriserait donc la relation parent-enfant-soignant et améliorerait l'évolution de la problématique de santé de l'enfant.

5. Méthodologie

5.1. Devis de recherche

Le devis de ce travail est une revue de littérature étoffée. Selon Loiselle (2007), la revue de littérature est un résumé de l'état des connaissances sur un problème de recherche. Elle permet d'élaborer le bilan des connaissances sur un sujet qui a un intérêt pour la pratique infirmière, met en évidence ce qui a été étudié jusqu'à aujourd'hui et démontre les lacunes qui persistent dans le but d'améliorer la prise en charge des patients.

5.2. Argumentation du choix du devis

Les premières recherches trouvées ont mis en évidence le fait que l'avis des soignants et des parents divergeait à propos de la présence des parents auprès de leur enfant lors des soins invasifs. Il est difficile de savoir si l'anxiété des enfants et des parents est diminuée ou augmentée par leur présence. Ce travail a pour but de rassembler et de synthétiser les données existantes sur ce sujet afin d'améliorer la prise en charge des enfants lors d'une hospitalisation.

5.3. Description des étapes nécessaires à la revue de littérature

5.3.1. Les banques de données

Les recherches ont été effectuées sur les banques de données suivantes : Pubmed et Cinahl.

5.3.2. Les critères d'inclusion

- Articles scientifiques publiés au cours des quinze dernières années

- Textes en anglais ou en français
- Etudes incluant les enfants de 0 à 18 ans
- Etudes incluant les parents auprès de leur enfant lors de soins douloureux

5.3.3. Les critères d'exclusion

- Textes non scientifiques
- Recherches ayant été publiées il y a plus de 15 ans
- Etudes qui ne sont ni en français ni en anglais
- Etudes qui ne sont pas disponibles en texte intégral

5.3.4. Les stratégies de recherche

Stratégie 1

Banque de données	Cinahl
Technique	Recherche par mots clés
Mots clés	<i>Painful AND child AND care</i>
Traductions des mots clés	<i>Douloureux ET enfant ET soin</i>
Limite	Articles publiés depuis l'an 2000
Résultats	19 articles
Articles sélectionnés	<ul style="list-style-type: none"> • Bonnie, J.S., Abbott, K.L., Yamada, J., Harrison, D., Stinson, J., Taddio, A., Barwick, M., Latimer, M., Scott, S.D., Rashotte, J., Campbell, F., Finley, G.A. (2011). Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. <i>Canadian Medical Association Journal</i>, 7, 183 • Lawes, C., Sawyer, L., Amos, S., Kandiah, M., Pearce, L. & Symons, J. (2008). Impact of an

	education programme for staff working with children undergoing painful procedures. <i>Paediatr Nursing</i> . 20(2):33-7.
--	--

Stratégie 2

Banque de données	Cinahl
Technique	Recherche par mots clés
Mots clés	<i>Parental AND participation</i>
Traduction des mots clés	<i>Parental ET participation</i>
Limites	Articles publiés depuis l'an 2000
Résultats	18 articles
Articles sélectionnés	<ul style="list-style-type: none"> • Aein, A., Alhani, F., Mohammadi, E. & Kazemnejad, A. (2009). <i>Parental participation and mismanagement: A qualitative study of child care in Iran</i>. Oxford : Blackwell Publishing • O'Haire, SE. & Blackford, JC. (2005). Nurses' moral agency in negotiating parental participation in care. <i>International Journal of Nursing Practice</i>. 11(6):250-6. • Newton, M.S. & Mandi, S. (2000). Family-centered care: current realities in parent participation. <i>Pediatric Nursing</i>. 26(2): 164-8 • Coyne, I. (2008). Disruption of parent participation: nurses' strategies to manage parents on children's wards. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 17(23) 3150-8.

Stratégie 3

Banque de données	Pubmed
Technique	Recherche par Mesh
Mots clés	("Child"[Mesh] AND "Parents"[Mesh] AND "Pediatric nursing"[Mesh] AND "Professional-family relations"[Mesh])
Traduction des mots clés	Enfant ET parents ET soins infirmiers pédiatriques ET relations professionnel-famille
Limite	Articles publiés il y a moins de dix ans
Résultat	99 articles
Articles sélectionnés	<ul style="list-style-type: none">• Coyne, I. & Cowley, S. (2007). Challenging the philosophy of partnership with parents: a grounded theory study. <i>International Journal of Nursing Studies</i>. (6):893-904.

Stratégie 4

Banque de données	Pubmed
Technique	Recherche par Mesh
Mots clés	("Child"[Mesh] AND "Family"[Mesh] AND "Nursing care"[Mesh] AND "Pain"[Mesh])
Traductions des mots clés	Enfant ET famille ET soins infirmiers ET douleur
Limite	Articles publiés il y a moins de dix ans
Résultats	72 articles
Articles sélectionnés	<ul style="list-style-type: none">• He, H.G., Vehviläinen-Julkunen, K., Pölkki, T. & Pietilä, A.M. (2007). Children's perceptions on the implementation of methods for their postoperative pain alleviation: An interview study. <i>International Journal of Nursing Practice</i>. 13: 89-99.

Stratégie 5

Banque de données	Pubmed
Technique	Recherche par Mesh
Mots clés	("Child"[Mesh] AND "Parents"[Mesh] AND "Adult"[Mesh] AND "Peditrics"[Mesh])
Traductions des mots clés	<i>Enfant ET parents ET adulte ET pédiatrie</i>
Limite	Textes intégraux
Résultats	241
Articles sélectionnés	<ul style="list-style-type: none"> • Beckman, A., Sloan, B.K., Moore, G.P., Cordell, W.H., Brizendine, E.J., Boie, E., Knoop, K.J., Goldman, M.J. & Geninatti, M.R. (2002). Should parents be present during emergency department procedures on children, and who should make that decision? A survey of emergency physician and nurse attitudes. <i>Academic Emergency Medicine</i>. 9(4):287.

Stratégie 6

Banque de données	Cinahl
Technique	Recherche par mots clés
Mots clés	<i>Parental AND paediatric AND invasive procedure</i>
Traduction des mots clés	<i>Parental ET pédiatrique ET procédure invasive</i>
Limites	Articles publiés depuis l'an 2000
Résultats	3 articles
Article sélectionné	<ul style="list-style-type: none"> • Isoardi, J., Slabbert, N. & Treston, G. (2005). Witnessing invasive paediatric procedures, including resuscitation, in the emergency department: a parental perspective. <i>Emergency Medicine Australasia</i>. 17, 3, 244-248.

Stratégie 7

Banque de données	Pubmed
Technique	Recherche par Mesh
Mots clés	("Child"[Mesh] AND "Child, Preschool"[Mesh] AND "Adult"[Mesh] AND "Parent-Child, Relations"[Mesh])
Traductions des mots clés	<i>Enfant ET enfant, préscolaire ET adulte ET relation parent-enfant</i>
Limite	aucune
Résultats	45 articles
Articles sélectionnés	<ul style="list-style-type: none"> • Kleiber, C., Craft-Rosenberg, M. & Harper, D. C. (2001). Parents as distraction coaches during IV insertion: A randomized study. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i>. 22, 851–861. • Cavendar, K., Goff, M.D., Hollon, E.C. & Guzzetta C.E. (2004). Parents' positioning and distracting children during venipuncture effects on children's pain, fear and distress. <i>Journal of Holistic Nursing</i>. 32-56. • McMurtry, C.M., Chambers, C.T., McGrath, P.J. & Asp, E. (2010). When “don’t worry” communicates fear: Children’s perceptions of parental reassurance and distraction during a painful pediatric medical procedure. <i>Pain</i>. 150, 52-58.

Stratégie 8

Banque de données	Pubmed
Technique	Recherche par Mesh
Mots clés	<i>("Child"[Mesh] AND "Nurse-Child Relations"[Mesh] AND "Adult"[Mesh] AND "Parent-Child Relations"[Mesh])</i>
Traductions des mots clés	<i>Enfant ET relation infirmière-enfant ET adulte ET relation parent-enfant</i>
Limite	<i>Articles publiés il y a moins de dix ans</i>
Résultats	22 articles
Article sélectionné	<ul style="list-style-type: none"> • Noel, M., McMurtry, C.M., Chambers, C.T. & McGrath, P.J. (2010). Children's memory for painful procedures: The influence of pain intensity, anxiety, and adult behaviors on subsequent recall. <i>Journal of Pediatric Psychology</i>, 35, 626-636.

Stratégie 9

Banque de données	Cinahl
Technique	Recherche par mots clés
Mots clés	<i>Parent AND children AND partnership AND nurse</i>
Traduction des mots clés	<i>Parent ET enfant ET partenariat ET infirmière</i>
Limites	Articles publiés depuis l'an 2000
Résultats	47 articles
Article sélectionné	<ul style="list-style-type: none"> • Plumridge, E., Goodyear-Smith, F. & Ross, J. (2009). Nurse and parent partnership during children's vaccinations: a conversation analysis. <i>Journal of Advanced Nursing</i>. 65(6), 1187–1194.

Stratégie 10

Banque de données	Pubmed
Technique	Recherche par Mesh
Mots clés	("Child"[Mesh] AND "Child, Preschool"[Mesh] AND "Pain"[Mesh] AND "Perception"[Mesh])
Traductions des mots clés	<i>Enfant ET enfant, préscolaire ET douleur ET perception</i>
Limite	aucune
Résultats	148 articles
Articles sélectionnés	<ul style="list-style-type: none"> • Sikorova, L. & Hrazdilova, P. (2011). The effect of psychological intervention on perceived pain in children undergoing venipuncture. <i>Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.</i>155, 149-154.

Stratégie 11

Banque de données	Pubmed
Technique	Recherche par Mesh
Mots clés	("Child"[Mesh] AND "Child, Preschool"[Mesh] AND "Parents"[Mesh] AND "Pediatrics"[Mesh])
Traductions des mots clés	<i>Enfant ET enfant, préscolaire ET parents ET pédiatrie</i>
Limite	Textes intégraux
Résultats	91 articles
Articles sélectionnés	<ul style="list-style-type: none"> • Pejaver, R-K. & Russell, H-J. (1995). Parental presence during procedures: a survey of attitudes amongst paediatricians. <i>J R Soc Med.</i> 88, 508-510.

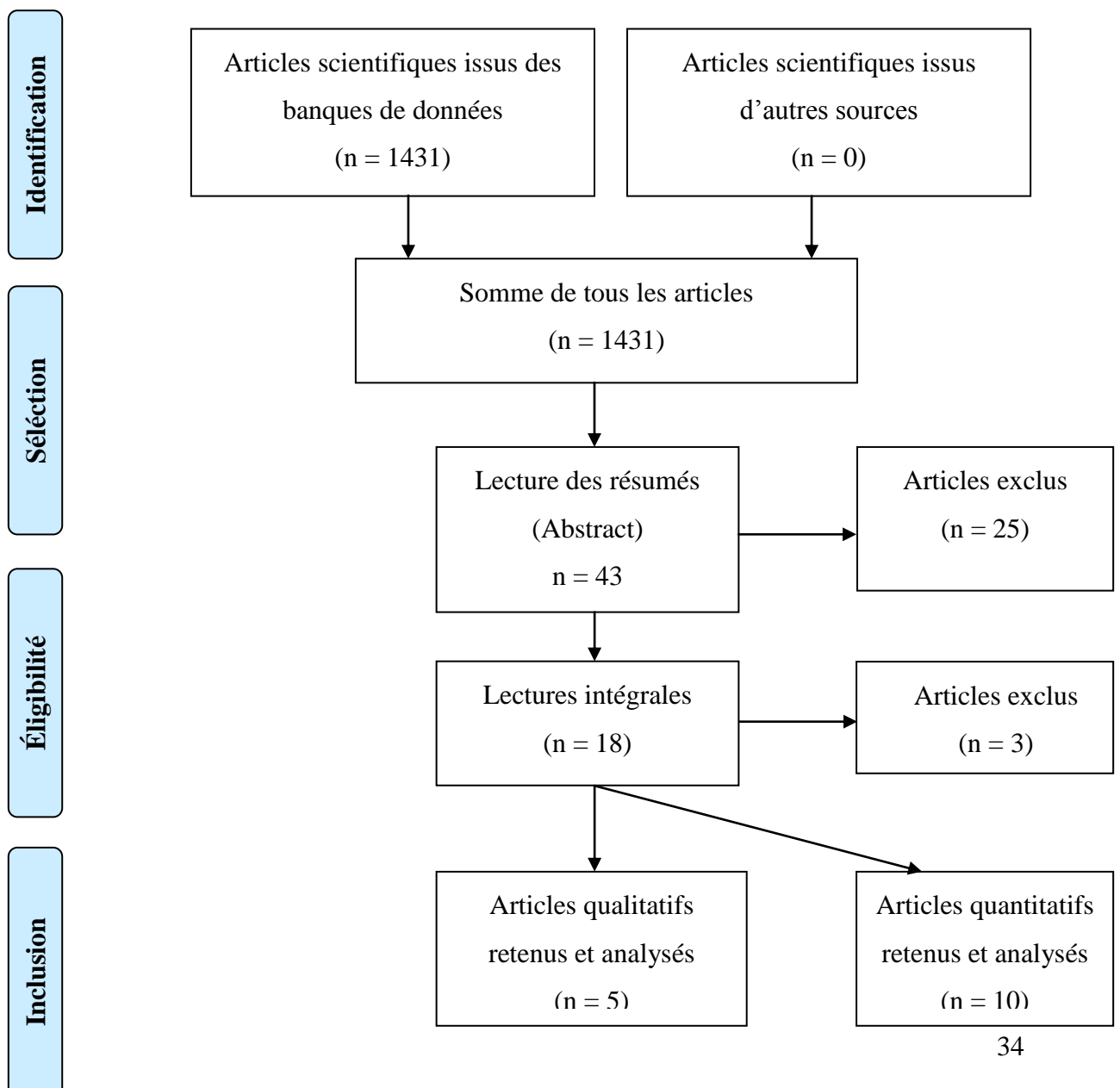
Stratégie 12

Banque de données	Pubmed
Technique	Recherche par Mesh
Mots clés	("Adult"[Mesh] AND "Child, Preschool"[Mesh] AND "Anxiety"[Mesh])
Traductions des mots clés	Adulte ET enfant, préscolaire ET anxiété
Limite	aucune
Résultats	626 articles
Articles sélectionnés	<ul style="list-style-type: none">• Bauchner, H., Vinci, R., Bak, S., Pearson, C. & Corwin, M-J. (1996). Parents and procedures: a randomized controlled trial. <i>Pediatrics</i>. 98, 861-617.

5.3.5. Le processus d'exclusion des recherches

Ce diagramme donne un aperçu du processus d'exclusion des recherches. Il est inspiré de PRISMA 2009 Flow Diagram de Moher et al. (2009).

Lors de la recherche dans les banques de données, un nombre important d'articles a été trouvé (n=1431). Les limites nommées dans la méthodologie ont permis de réduire ce nombre à 43. Les résumés de plusieurs recherches ont été lus. Sur les 43 articles, 25 ont été exclus car ils ne traitaient pas la problématique de recherche. 18 études ont été lues entièrement. Cependant, 3 n'ont pas été retenues car elles ne semblaient pas suffisamment crédibles et rigoureuses. Les 15 articles restants ont été analysés à l'aide des grilles de lecture scientifique.



5.3.6. La démarche d'analyse critique

Les études retenues ont été analysées par les deux étudiantes qui rédigent ce travail de Bachelor Thesis. L'analyse a été effectuée à l'aide de deux grilles de lecture critique d'un article scientifique, soit avec une approche qualitative ou soit avec une approche quantitative. Celles-ci permettent de mettre en évidence pour chaque étude retenue le devis, l'objectif, la population, la méthode, les résultats ainsi que les éléments principaux ressortant de la discussion. Ces deux grilles se retrouvent en annexe de ce travail.

5.3.7. La démarche de synthétisation

La démarche de synthétisation utilisée est de type narrative. Celle-ci permet de réunir un ensemble de travaux de recherche et les résume sous forme de narration (Loiselle, 2007). Les résultats obtenus lors de l'analyse critique sont regroupés, synthétisés et analysés afin d'être ensuite présentés dans le chapitre des résultats. À partir des résultats obtenus, une discussion est entamée et les recommandations dans la pratique infirmière sont développées.

6. Résultats

Afin de réaliser cette revue de littérature étoffée, de nombreux articles ont été identifiés en lien avec le thème. Cependant, beaucoup d'articles étaient trop anciens pour être pertinents et non donc pas été retenus. Par conséquent, dix-huit études ont été sélectionnées pour être analysées. Après avoir été lus attentivement, seuls quinze articles se rapportaient suffisamment au thème de l'impact de la présence des parents sur leur anxiété et celle de leur enfant lors de soins douloureux en pédiatrie. C'est pour cela que les trois recherches suivantes ont été exclues :

- Bauchner, H., Vinci, R., Bak, S., Pearson, C. & Corwin, M-J. (1996). Parents and procedures: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 98, 861-617.

- Newton, M.S. & Mandi, S. (2000). Family-centered care: current realities in parent participation. *Pediatric Nursing*. 26(2): 164-8.
- Bonnie, J.S., Abbott, K.L., Yamada, J., Harrison, D., Stinson, J., Taddio, A., Barwick, M., Latimer, M., Scott, S.D., Rashotte, J., Campbell, F., Finley, G.A. (2011). Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. *Canadian Medical Association Journal*. 7, 183.

Les quinze études restantes répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion. Comme toutes les études étaient en anglais, chacune d'entre elles a été traduite puis analysée à l'aide des grilles d'analyse d'articles scientifiques. Elles étaient toutes pertinentes et de qualité et ont donc été retenues pour la réalisation de ce travail de Bachelor Thesis.

Cette revue de littérature comprend dix études quantitatives et cinq études qualitatives. Les études de cette revue ont été réalisées entre 2001 et 2011. Etant donné que la plupart des articles trouvés étaient relativement anciens, une étude de 1995 a tout de même été incluse dans le but de comparer les résultats à ceux des études actuelles. Le thème des soins douloureux chez les enfants n'apparaît pas dans les quinze recherches retenues. En effet, cinq études abordent plus particulièrement la participation des parents aux soins de leur enfant hospitalisé. Elles apportent toutefois de nombreux éléments et ont donc été incluses à ce travail.

Suite à l'analyse, les résultats ont pu être classés en trois catégories :

- Le désir des parents d'être présents auprès de leur enfant
- La présence parentale et les liens avec le stress, l'anxiété, la détresse comportementale et la peur de l'enfant lors d'une procédure douloureuse
- L'éducation des professionnels de la santé et des familles

6.1. Le désir des parents d'être présents auprès de leur enfant

Le désir des parents d'être présents auprès de leur enfant lors des soins douloureux a été démontré dans six études retenues.

L'étude quantitative de Isoardi, Slabbert et Treston (2005) avait pour but de déterminer si les parents préfèrent être présents lors des procédures invasives effectuées sur leur enfant aux urgences ou s'ils préfèrent être absents. Les données ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire écrit. Celui-ci a été distribué dans le service d'urgence d'un hôpital régional dans le sud-est du Queensland. L'enquête était composée de sept scénarios pédiatriques avec un niveau croissant de procédures invasives. Pour chaque scénario, les parents devaient cocher s'ils préféreraient rester auprès de leur enfant ou sortir de la salle de soins. Les motifs de la décision des parents à rester ou à quitter la salle de soins étaient également recueillis. Uniquement les parents des enfants âgés de 0 à 16 ans et faisant partie des catégories 3, 4 et 5 de l'échelle de tri australienne ont été interrogés. Sur les 573 enquêtes recueillies, 553 (96,5%) ont été correctement remplies. Les chercheurs ont constaté que la plupart des parents désirent être présents lors des opérations réalisées sur leur enfant (Isoardi et al., 2005). Ni le sexe de la mère, ni son âge ne semblent avoir un effet significatif sur le désir d'être présent au cours de la procédure (Isoardi et al., 2005). La raison la plus courante de vouloir être présent était d'assurer le confort de leur enfant (98%). Les raisons indiquées pour rester auprès de l'enfant lors de la procédure étaient les suivantes : pour consoler l'enfant (98%), pour observer la procédure (47%), pour s'assurer que l'enfant ne soit pas blessé (39%), pour aider le médecin (27%) et le parent avait déjà vécu la même procédure (10%) (Isoardi et al., 2005). Les raisons indiquées pour sortir de la salle de soins étaient les suivantes : le parent ne voulait pas déranger les professionnels (33%), le parent ne souhaitait pas que son enfant le voit inquiet (24%), le parent ne souhaitait pas voir son enfant souffrir (22%), le parent ne supportait pas la vue du sang (5%), le parent avait déjà eu la même procédure (1%) et le parent n'estimait pas sa présence comme étant importante (1%) (Isoardi et al., 2005). Les chercheurs déclarent que la pratique de demander aux parents de quitter la salle lorsque leur enfant est soumis à une procédure devrait être abandonnée. Tous les parents ne souhaitent pas rester lors des procédures, mais après une explication minutieuse, leur décision de rester ou de partir doit être prise en compte (Isoardi et al., 2005).

L'étude qualitative de Coyne et Cowley (2007) avait pour objectif d'explorer le point de vue des enfants, des parents et des infirmières sur la participation des parents aux soins dans le domaine de la santé. Le modèle conceptuel est le partenariat lors des soins infirmiers en pédiatrie (Casey, 1988). Ce modèle stipule que les soins des enfants, sains

ou malades, sont mieux assurés par leur famille, avec toutefois l'aide nécessaire d'une équipe de soins qualifiée. Ce modèle permet de structurer les interventions infirmières avec les parents et les enfants. Le partenariat implique l'égalité des partenaires, le partage des informations, la négociation des soins et la responsabilité partagée. L'échantillon était composé de 11 enfants âgés de 7 à 14 ans, de 10 parents âgés de 30 à 56 ans et de 12 infirmières âgées de 23 à 42 ans. Cette recherche est basée sur la théorie ancrée. Les données ont été recueillies à l'aide d'entrevues et d'observation participante. Cette recherche démontre le désir des parents d'être présents auprès de leur enfant (Coyne & Cowley, 2007). Premièrement, les parents éprouvent le besoin d'être auprès de leur enfant à l'hôpital car ils sont inquiets pour leur enfant. Les parents décrivent ce besoin comme un aspect de leur rôle parental lié à l'amour qu'ils portent à leur enfant. Ils estiment que leur présence permet également d'apporter un soutien affectif et émotionnel à leur enfant (Coyne & Cowley, 2007). Ils jugent aussi que leur présence physique permet de rassurer leur enfant hospitalisé et que si leur enfant est occupé pendant l'hospitalisation, ses peurs et ses angoisses diminuent et cela favorise son rétablissement. L'effort de maintenir une présence constante à l'hôpital entraîne cependant des perturbations considérables pour les parents et pour la vie familiale et professionnelle. L'effort d'être présent engendre un stress pour les parents qui ont peu de ressources pour effectuer les autres responsabilités (Coyne & Cowley, 2007). Cette recherche a également montré que certains parents se sentaient obligés d'être présents car ils ne font pas confiance aux infirmières pour être systématiquement auprès de leur enfant en raison de leur charge de travail. De plus, les parents sont généralement prêts à se rendre utiles durant les soins et à adapter leur rôle pour se conformer aux attentes des infirmières dans le but d'établir de bonnes relations (Coyne & Cowley, 2007). Ils sont quelquefois réticents en raison de leur manque de connaissance, leur manque d'expérience et leur peur de provoquer de la douleur à leur enfant. Les soins techniques sont généralement considérés comme faisant parties de la responsabilité de l'infirmière (Coyne & Cowley, 2007). Les parents peuvent éprouver des difficultés à trouver un équilibre entre leur rôle et celui des infirmières, en raison du manque d'informations et des limites ambiguës car les attentes des infirmières envers les parents ne sont pas assez définies. Les parents découvrent les attentes des infirmières en demandant la permission pour les actions, en apprenant l'apprentissage par essais et erreurs et au fil du temps

(Coyne & Cowley, 2007). Les auteurs sont arrivés à la conclusion que les parents manquent de soutien durant l'hospitalisation de leur enfant. Les infirmières devraient aider à soulager leur détresse et leurs angoisses. Les services des soignants doivent être conçus et livrés autour des besoins de l'enfant et de sa famille. Afin d'éviter de faire des hypothèses sur la participation des parents, les infirmières doivent évaluer la volonté des parents à participer aux soins et les négocier en conséquence (Coyne & Cowley, 2007). Il est important que les infirmières reconnaissent le contexte familial et évalue son système de soutien pour offrir la possibilité aux parents d'être auprès de leur enfant et de minimiser les perturbations de la vie familiale (Coyne & Cowley, 2007). La philosophie du partenariat des soins ne tient pas compte du contexte organisationnel dans lequel les infirmières travaillent. Les résultats suggèrent fortement que la dotation du personnel soignant soit augmentée afin que les infirmières aient le temps de soutenir les parents dans la participation aux soins (Coyne & Cowley, 2007).

Le point de vue des infirmières a été mis en évidence dans l'étude qualitative de Coyne (2008). Le but de sa recherche était d'explorer le point de vue des infirmières, des parents et des enfants sur la participation des parents lors des soins de l'enfant hospitalisé. L'échantillon était composé de 11 enfants âgés de 7 à 14 ans, de 10 parents âgés de 30 à 56 ans et de 12 infirmières âgées de 23 à 42 ans. Les données ont été recueillies à l'aide d'entrevues et d'observation participante. Les notes détaillées ont été transmises aux participants. Des discussions et des réflexions avec les professionnels de la santé sur les données des entrevues ont été effectuées. La plupart des infirmières interviewées ont souligné l'importance de permettre aux parents de décider de la nature de leur implication dans les soins (Coyne, 2008). Cela permet de diminuer leur stress et ainsi de ne pas nuire au bien-être de leur enfant. A l'admission, certains parents sont anxieux et incertains de leur rôle dans le service (Coyne, 2008). Les infirmières expliquent l'inquiétude des parents par leur intérêt pour le bien-être de l'enfant, par le risque de souffrance de l'enfant, par le manque de connaissances, par l'incertitude en ce qui concerne la santé de l'enfant et par la méconnaissance du service de soins (Coyne, 2008). Les soignants trouvent importants que les parents puissent continuer à prodiguer des soins à leur enfant afin de restaurer leur confiance et leur estime de soi en tant que parents. Cette recherche suggère des pistes d'amélioration pour la pratique infirmière comme le fait de promouvoir des soins centrés sur la famille (Coyne, 2008).

Le point de vue des pédiatres a été mis en évidence dans l'étude quantitative de Pejaver et Russell (1995). Les buts de leur recherche étaient de découvrir si les parents sont inclus ou exclus lors des procédures médicales et d'analyser dans quelles mesures les pédiatres leur ont permis de soutenir leur enfant. Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires envoyés par l'intermédiaire de la poste aux pédiatres. Les questions concernaient leurs attitudes face à la présence des parents lors de procédures médicales pratiquées sur des enfants sous anesthésie locale. Les pédiatres ont été questionnés sur les circonstances qui ont permis aux parents de rester auprès de leur enfant et sur les facteurs qui ont obligé l'exclusion des parents. Au total, 191 questionnaires (60,8%) ont été analysés. Les raisons qui influencent la décision de laisser ou non les parents rester auprès de leur enfant sont les suivantes : la rapidité de la procédure, la simplicité de la procédure, la présence d'un effet ou d'un impact négatif sur les enfants et l'inconfort ou la douleur provoqués par le soin chez l'enfant (Pejaver & Russell, 1995). En d'autres termes, plus la technique est difficile, fastidieuse et douloureuse, plus il est probable que les pédiatres demandent aux parents de sortir de la salle de soins. Les résultats de cette recherche indiquent que quatre facteurs sont en interaction : la procédure, l'enfant, le parent et le médecin (Pejaver & Russell, 1995). En effet, la combinaison entre une procédure difficile ou douloureuse avec un niveau d'anxiété élevé chez un des participants provoquera une anxiété accrue chez tous les participants. Bien que la présence des parents soit tolérée au cours de certaines procédures, cette étude prouve que l'exclusion des parents est utilisée afin de gérer le problème de l'anxiété chez les parents ou le médecin (Pejaver & Russell, 1995). Les auteurs décrivent un besoin de changement positif dans les attitudes à l'égard des parents. Ceci dans le but de maximiser l'efficacité du soutien et du réconfort des parents auprès de leur enfant. Une approche active est nécessaire afin de lutter contre l'anxiété (Pejaver & Russell, 1995). Les moyens de communication ne sont pas suffisamment utilisés. Les effets néfastes de l'anxiété et du stress chez les familles et les professionnels doivent être reconnus et des interventions doivent être développées afin de les minimiser (Pejaver & Russell, 1995).

Dans l'étude quantitative de Beckman et al. (2002), 645 infirmiers et médecins des urgences ont été interrogés sur la décision de laisser les parents assister aux soins douloureux prodigués à leur enfant. Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires distribués dans dix services d'urgences aux Etats-Unis. Les résultats

indiquent que la plupart des professionnels favorisent la présence des parents pour autant que la procédure soit simple (Beckman et al., 2002). Les auteurs ont remarqué une grande différence d'opinions entre les médecins et les infirmières quant à savoir qui doit prendre la décision sur la présence des parents. Presque la moitié des médecins (44%) pensent qu'ils sont les seuls à pouvoir prendre cette décision. Un cinquième des médecins affirment devoir prendre cette décision avec les parents. Plus de la moitié des infirmières (61,5%) estiment que les parents doivent être impliqués dans cette décision (Beckman et al., 2002). Les chercheurs suggèrent une approche individualisée de la présence parentale avec une communication ouverte et des informations aux parents sur le déroulement de la procédure (Beckman et al., 2002).

L'étude qualitative de O'Haire et Blackford (2005) avait pour objectifs d'explorer la compréhension des infirmières à propos de la participation des parents aux soins, de comprendre comment les infirmières négocient la participation des parents dans les soins et d'identifier les ressources et les stratégies utilisées par les infirmières afin de faciliter la participation des parents. Les données ont été récoltées par le biais d'entretiens semi-structurés auprès de 9 infirmiers et des groupes de discussion ont été effectués afin de commenter les résultats et de les compléter. Cette recherche met en avant la complexité de déterminer qui connaît le mieux l'enfant entre les parents ou les soignants (O'Haire & Blackford, 2005). Les infirmières se basent sur leurs connaissances et leurs compétences spécialisées. Les parents quant à eux peuvent apporter des informations sur leur expérience auprès de l'enfant en dehors du contexte hospitalier (O'Haire & Blackford, 2005). Selon les auteurs, il n'est pas rare de voir une infirmière imposer sa morale et ses principes en pensant aux intérêts de l'enfant mais en négligeant la volonté des parents. Les conflits qui surviennent entre les infirmières et les parents peuvent être attribués au manque de connaissances des parents mais également à l'environnement stressant dans lequel les parents et les soignants se rencontrent (O'Haire & Blackford, 2005). Cette étude démontre l'utilité du soutien institutionnel ainsi que des lignes directrices pour informer la pratique infirmière afin d'améliorer la participation des parents dans les soins et également de les responsabiliser (O'Haire & Blackford, 2005).

6.2. La présence parentale et les liens avec le stress, l'anxiété, la détresse comportementale et la peur de l'enfant lors d'une procédure douloureuse

Cinq des quinze études analysées soutiennent que la présence parentale permet de diminuer le stress, l'anxiété, la détresse comportementale et la peur.

Dans l'étude quantitative de Noel, McMurtry, Chambers et McGrath (2010), 48 enfants âgés de 5 à 10 ans ont été filmés lors d'une ponction veineuse. L'objectif de la recherche était d'analyser si l'expérience des enfants concernant la douleur, l'anxiété et le comportement des adultes au cours d'un soin douloureux est liée aux souvenirs de la procédure médicale. Les enfants ont auto-évalué l'intensité de leur douleur et de leur anxiété immédiatement après la ponction veineuse ainsi que deux semaines après. Ainsi, les chercheurs ont pu examiner la mémoire de la douleur. Les résultats ont indiqué que les souvenirs contextuels ne sont pas liés à l'intensité de la douleur ou à l'anxiété lors de la procédure (Noel et al., 2010). Cependant, les comportements de détresse élevés des parents étaient liés à un comportement élevé de détresse chez l'enfant. Inversement, la forte adaptation des comportements des parents a favorisé un niveau de détresse moins élevé chez l'enfant ainsi qu'une évaluation de l'enfant basse de son anxiété (Noel et al., 2010). Les analyses des résultats ont indiqué que les comportements des parents expliquent en grande partie l'intensité de la douleur et l'anxiété de l'enfant. Le comportement du personnel a également un rôle important dans la détresse de l'enfant. Plus le personnel adapte son comportement lors de la ponction veineuse, moins les enfants estiment leur détresse, leur douleur et leur anxiété à un haut niveau. Les résultats de cette recherche mettent en avant l'importance de gérer la douleur, mais également les facteurs comportementaux (Noel et al., 2010). Cette étude souligne l'importance de gérer la douleur des enfants de manière efficace lors des procédures médicales afin d'éviter des effets négatifs à long terme (Noel et al., 2010). Les interventions non pharmacologiques telles que la distraction ou les anesthésies topiques se sont avérées efficaces contre le développement négatif et déformé des souvenirs (Noel et al., 2010).

L'essai clinique randomisé de Cavendar, Goff, Hollon et Guzzetta (2004) avait pour objectif de déterminer l'efficacité d'un programme éducatif. Celui-ci permettait d'enseigner aux parents les bases de la distraction dans le but de détourner l'attention de

leur enfant de la douleur, de la peur et de la détresse liée aux soins douloureux. Les 43 enfants inclus dans la recherche étaient âgés de 4 à 11 ans. Ils ont été séparés en deux groupes. Les enfants faisant parties du groupe de contrôle ont reçu les soins standards avant une ponction veineuse, tandis que les parents des enfants du groupe d'intervention ont reçu des informations par un spécialiste de la vie des enfants (SATC). Il a enseigné aux parents comment distraire leur enfant durant le soin et les positions favorables à son confort. Les données ont été recueillies à l'aide de plusieurs échelles. L'échelle des visages, contenant six degrés différents, a été employée afin de mesurer la perception de la douleur de chaque enfant. Afin d'évaluer la peur des enfants avant et après la ponction veineuse, les chercheurs ont utilisé l'échelle des lunettes qui évalue la peur selon six degrés différents. Pour évaluer la détresse comportementale, une échelle basée sur l'observation du comportement a été servie : The Procedural Behavior Checklist. Elle permet de mesurer l'intensité de chaque comportement selon un score qui varie de 0 à 40. Les résultats prouvent que la distraction effectuée par les parents permet de diminuer la peur, la douleur et la détresse comportementale de l'enfant lors des ponctions veineuses (Cavendar et al., 2004). En effet, la participation des parents à la distraction des enfants lors des soins douloureux a une grande importance au sein de la cellule familiale (Cavendar et al., 2004). Elle favorise la collaboration de l'enfant et des parents, elle permet de diminuer la peur du geste technique et de développer l'indépendance de l'enfant, car il participe au choix des distractions durant le soin (Cavendar et al., 2004). Les résultats de l'étude appuient la pratique des soins centrés sur la famille et fournissent un cadre pour offrir la possibilité que la famille soit présente au cours des procédures invasives. Cette recherche démontre l'utilité de la participation et de la présence des parents auprès de leur enfant durant les soins douloureux (Cavendar et al., 2004).

L'étude quantitative de McMurtry, Chambers, McGrath et Asp (2010) avait pour objectif de valider l'hypothèse que les parents peuvent transmettre leur peur à leur enfant en les rassurant ou en les distrayant. L'échantillon était composé de 100 enfants âgés de 5 à 10 ans ainsi que leurs parents. La procédure se déroulait en deux temps. Durant la première partie, l'enfant a dû reconnaître, à partir de l'enregistrement vidéo du soin qu'il avait subi, si son parent était dans une attitude de réassurance ou dans une attitude de distraction. Les chercheurs demandaient également à l'enfant s'il pensait que

le parent était plutôt heureux ou effrayé lors du soin et il devait déterminer l'intensité de cette émotion. La seconde partie était dédiée au visionnage de séquences vidéo créées artificiellement, où un acteur jouait un parent pendant une ponction veineuse disait des paroles soit de réassurance ou soit de distraction. Les enfants devaient ensuite coter le niveau de peur ou de joie du parent. Deux échelles ont été utilisées afin de récolter les données. La première échelle a permis de mesurer les comportements des parents et des enfants lors des ponctions veineuses (CAMPIS-R) et la deuxième mesurait l'intensité de l'émotion du parent. Les effets de la présence des parents lors des soins douloureux de leur enfant ont montré que les stratégies de réassurance, comme le fait de lui dire que tout ira bien, pouvaient être associées à une augmentation de l'inquiétude de l'enfant et à une aggravation des signes de détresse (McMurtry et al., 2010). À l'inverse, la distraction entraînait une augmentation des comportements adaptés de l'enfant lors des soins douloureux. Ces observations sur la réassurance vont à l'encontre de ce que l'on pourrait naturellement penser (McMurtry et al., 2010). Une des raisons pourrait être que le parent utilise des paroles rassurantes dans le but de masquer sa propre peur. C'est ainsi, qu'au-delà des paroles qui se voudraient rassurantes, le parent communiquerait sa peur à l'enfant par l'intermédiaire de différents canaux de communication comme l'expression de son visage, le ton de sa voix et le contenu de son message (McMurtry et al., 2010). Les auteurs déclarent que d'autres variables comme le contexte du soin, l'histoire de l'enfant et la façon dont on perçoit l'enfant influencent les comportements de réassurance ou de distraction (McMurtry et al., 2010).

L'étude qualitative de Aein, Alhani, Mohammadi et Kazemnejad (2009) avait pour but d'explorer l'expérience des parents et des infirmiers dans la participation des parents aux soins de leur enfant dans deux hôpitaux en Iran. L'échantillon était composé de 14 mères âgées de 25 à 42 ans et 11 infirmières âgées de 24 à 50 ans. Les pères n'ont pas participé à l'étude car ils n'étaient pas autorisés à rester à l'hôpital pour des raisons culturelles et organisationnelles. Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues individuelles auprès des infirmières et des mères. Les résultats démontrent que la présence parentale permet de répondre aux besoins de l'enfant, de réduire son stress émotionnel, d'augmenter sa sécurité et de faciliter sa coopération aux soins (Aein et al., 2009). Etre présent était un besoin impératif pour de nombreux parents. Cependant, certaines infirmières ont estimé que la présence de la mère affecte la coopération avec

l'enfant (Aein et al., 2009). Les auteurs ont déclaré que les services de soins devraient être conçus autour des besoins de l'enfant et de sa famille dans le but que les parents soient autonomes et puissent fournir des soins avec succès lors du retour à domicile de l'enfant. Il serait judicieux que les infirmières maintiennent un contact constant avec les parents afin d'atténuer leur anxiété (Aein et al., 2009). Les professionnels de la santé devraient également effectuer une évaluation précise de la volonté des parents à participer aux soins et de négocier les soins en vue de les responsabiliser (Aein et al., 2009).

L'étude qualitative de Plumridge, Goodyear-Smith et Ross (2009) avait pour but d'examiner les éléments de partenariat et la communication entre les infirmières et les parents lors des vaccinations effectuées sur les enfants. Il s'agissait d'une analyse de conversation. L'échantillon était composé de 8 infirmières qui réalisaient les soins sur les enfants. Au total, 168 minutes de conversation ont été étudiées afin d'explorer les interactions entre les infirmières et les parents lors des vaccinations ainsi que les interactions entre les adultes et les enfants. Les résultats indiquent que la présence des parents et la communication infirmières-parents permet d'augmenter le réconfort des parents (Plumridge et al., 2009). Ainsi, les parents et les soignants peuvent ensemble réconforter l'enfant (Plumridge et al., 2009).

6.3. L'éducation des professionnels de la santé et des familles

Quatre études retenues suggéraient de mettre en place un programme éducatif auprès des enfants, des parents ou des professionnels de la santé afin de faciliter la participation des parents aux soins douloureux de leur enfant.

Le but de l'étude qualitative de Lawes, Sawyer, Amos, Kandiah, Pearce et Symons (2008) était d'évaluer l'efficacité d'un programme d'éducation auprès des professionnels. Les participants étaient 5 cliniciens pédiatriques qui ont entrepris une formation d'une heure fournie par des spécialistes du jeu à l'hôpital et un psychologue. Les principaux points d'enseignement étaient le cycle de l'anxiété, la perception de la douleur, les techniques de distraction, la préparation du matériel de soins, des jeux de rôle et des présentations vidéo. Deux mois plus tard, les cliniciens ont assisté à une

séance de rappel. Celle-ci avait pour but de résumer le contenu de la première séance et de pouvoir répondre aux questions ou résoudre les problèmes qui seraient survenus depuis la première séance. Les données ont été recueillies par des questionnaires distribués aux cliniciens. Les questionnaires ont été remplis au début et à la fin du programme éducatif. Les questions permettaient d'évaluer les connaissances sur les procédures douloureuses, la confiance dans la réalisation des procédures et la satisfaction de la formation. Les procédures douloureuses effectuées par les cliniciens ont été réalisées auprès de 21 enfants âgés de 5 à 17 ans. Ceux-ci ont également rempli un questionnaire au début et à la fin du programme afin d'évaluer leur douleur et leur niveau de détresse. Les parents ont également été interviewés pour évaluer le niveau de douleur et de détresse de leur enfant ainsi que leur satisfaction parentale. Les résultats de cette recherche indiquent qu'un programme éducatif permet d'améliorer les connaissances des professionnels, d'augmenter leur confiance lors de la réalisation de soins douloureux chez les enfants et de contribuer à la satisfaction des parents (Lawes et al., 2008). Les auteurs mettent en avant le fait qu'il existe de nombreuses techniques de contrôle de la douleur qui peuvent être enseignées relativement rapidement au personnel infirmier et aux professionnels de la santé pédiatrique. Ces techniques permettent de faire une différence importante dans les soins prodigués aux enfants (Lawes et al., 2008). Cette approche pourrait être enseignée à une communauté infirmière plus large où les enfants sont confrontés à des procédures douloureuses. Cette étude démontre l'utilité d'un programme d'éducation mis en place dans le but d'améliorer la satisfaction et de diminuer la détresse des parents et de leur enfant qui subit des soins douloureux (Lawes et al., 2008).

Le but de l'essai clinique randomisé de Kleiber, Craft-Rosenberg et Harper (2001) était d'examiner l'efficacité d'une brève éducation concernant la distraction auprès des parents avant la pose de cathéter intraveineux que devait subir leur enfant. L'échantillon était composé de 44 enfants âgés de 4 à 7 ans ainsi que leur parent. Ils ont été répartis en deux groupes. Le groupe d'intervention a visionné une vidéo éducative de sept minutes concernant la distraction, tandis que le groupe témoin a reçu uniquement les soins standards. La vidéo visionnée par les parents du groupe d'intervention explique les raisons et les méthodes afin d'utiliser la distraction avec les enfants lors des procédures médicales. Trois parents témoignent également de leur expérience avec la distraction.

Les conseils donnés sont d'attirer l'attention de l'enfant sur autre chose que le soin, d'utiliser des jouets qu'il apprécie et de le féliciter après le soin. Chaque pose de cathéter intraveineux a été filmée dès le moment où l'enfant était installé sur la table de soins jusqu'à ce que le cathéter soit inséré dans la veine. Une fois la procédure terminée, l'enfant devait évaluer sa douleur selon l'échelle d'Oucher. Les parents étaient invités à répondre à un questionnaire concernant la procédure. La distraction a été utilisée par le groupe d'intervention dans 78% des situations (Kleiber et al., 2001). Les résultats montrent que le programme éducatif a permis d'augmenter le comportement de distraction des parents et ainsi de diminuer la détresse de l'enfant au cours de la procédure douloureuse (Kleiber et al., 2001).

L'essai clinique randomisé de Sikorova et Hrazdilova (2011) avait pour objectif de déterminer l'effet des interventions psychologiques structurées sur le niveau de la douleur perçue chez les enfants qui subissent des ponctions veineuses. Les données ont été recueillies auprès de 60 enfants âgés de 5 à 10 ans. Le groupe témoin a été préparé pour la ponction veineuse de manière standard. Les enfants du groupe d'intervention ont été préparés à l'aide d'une consultation psychologique structurée avant le soin. Un questionnaire a été rempli par les parents pour l'enregistrement de l'âge, du sexe, de l'expérience de l'enfant avec la collecte de sang et l'expérience avec l'auto-évaluation de la douleur. Le niveau de douleur perçue a été évalué avec l'échelle CHEOPS et l'autoévaluation de la douleur a été mesurée par l'échelle de Wong et Baker. La première variable à mesurer est l'effet des interventions psychologiques sur le niveau de douleur perçue chez les enfants qui subissent des ponctions veineuses. La seconde variable à mesurer est la relation entre le comportement de la douleur et l'âge, le sexe, les expériences antécédentes de ponctions veineuses, la présence des parents et le motif de la ponction veineuse. Les résultats traduisent un niveau plus faible de douleur chez les enfants qui ont eu une préparation spécifique au soin que ceux qui ont eu uniquement le soin standard (Sikorova & Hrazdilova, 2011). Cependant, une différence importante entre les enfants qui étaient accompagnés de leur parent et ceux qui étaient seuls lors du soin a été remarquée. Étonnemment, le niveau de douleur était plus élevé chez les enfants qui étaient accompagnés de leur parent (Sikorova & Hrazdilova, 2011). Les auteurs sont arrivés à la conclusion que les parents peuvent augmenter le niveau de

douleur perçue chez leur enfant s'ils ne sont pas instruits sur la manière de soutenir leur enfant lors des soins douloureux (Sikorova & Hrazdilova, 2011).

He, Vehviläinen-Julkunen, Pölkki, et Pietilä (2007) ont réalisé une étude quantitative qui avait pour but de révéler les perceptions des enfants sur l'utilisation des méthodes de soulagement de la douleur postopératoire qui sont employées par eux-mêmes, leurs parents et le personnel infirmier. L'échantillon était composé de 59 enfants âgés de 8 à 12 ans qui avaient subi une intervention chirurgicale. La récolte des données était divisée en quatre parties. La première partie concernait les questions de base (l'âge, le sexe, la durée de l'hospitalisation, la raison de l'admission, le type d'intervention chirurgicale subie, le type d'anesthésie et les expériences précédentes d'hospitalisation). Durant la seconde partie, l'enfant devait évaluer sa plus forte douleur postopératoire à l'aide d'une échelle visuelle analogique. La troisième partie comprenait une liste de questions posées aux enfants afin d'évaluer leurs propres méthodes de soulagement de la douleur et la dernière partie concernait les suggestions des enfants qu'ils feraient à leurs parents et aux infirmières sur la façon de mieux gérer leur douleur postopératoire. Les résultats indiquent que les méthodes de soulagement de la douleur les plus fréquemment utilisées par les parents sont le renforcement positif (75%) et la distraction (61%) (He et al., 2007). Le soutien affectif est adopté par la plupart des parents. Il inclut le réconfort (88%), la présence (86%) et le toucher (83%). Dans cette recherche, 10 enfants ont déclaré qu'ils aimeraient que leurs parents emploient plus la distraction et 11 enfants ont exprimé leur envie de recevoir plus de renforcement positif de la part de leurs parents (He et al., 2007). Les auteurs mettent en avant le fait que les informations et les instructions concernant le soulagement de la douleur postopératoire doivent être fournies aux enfants et aux parents afin qu'ils puissent être équipés et participer activement à la gestion de la douleur (He et al., 2007). Les chercheurs déclarent que les infirmières doivent aider les enfants et leurs parents à acquérir des connaissances sur la gestion de la douleur, y compris sur l'utilisation de la distraction et le réconfort des parents (He et al., 2007).

7. Discussion

La discussion qui suit évalue les études retenues et analyse les résultats obtenus. Ces derniers sont mis en lien avec le cadre de référence qui est l'approche systémique ainsi qu'avec la question de recherche. L'implication pour la pratique infirmière, les besoins de recherches ultérieures et les limites de l'étude sont ensuite discutées. Finalement, les apprentissages réalisés durant l'élaboration de ce travail sont identifiés et développés.

7.1. Analyse critique des recherches sélectionnées

La revue de littérature s'est portée sur l'analyse de quinze études. Celles-ci ont été recherchées sur des banques de données scientifiques reconnues. Les articles retenus correspondent aux critères d'inclusion et d'exclusion mentionnés dans le chapitre de la méthodologie. Les études sélectionnées ont ensuite été traduites et analysées à l'aide des grilles de lecture scientifique. Celles-ci ont permis de ressortir les éléments essentiels à l'élaboration de ce travail.

Sur les quinze études analysées, cinq ont un devis qualitatif et dix ont un devis quantitatif. La totalité des études retenues étaient rédigées en anglais et leur date de publication se situaient entre 2001 et 2011. Elles étaient donc relativement récentes. Toutefois, un nombre important d'articles trouvés dataient des années 1990 car le sujet a été développé à cette période. C'est pourquoi, une étude de 1995 a tout de même été incluse dans le but de comparer les résultats à ceux des études actuelles. Cette problématique a été explorée dans de nombreux pays. En effet, les articles retenus ont été publiés en Angleterre, en Amérique, en Australie, en République tchèque, en Iran et en Chine. Ceci apporte un aspect multiculturel à cette revue de littérature. Toutes les études ont été approuvées par un comité d'éthique, par un comité institutionnel ou par un comité universitaire. Le consentement éclairé des participants a été obtenu pour chaque étude ainsi que l'assentiment des enfants. L'ensemble des études correspond aux critères de validité, de rigueur et du respect des normes éthiques.

Les participants étaient principalement des parents, des infirmières et des enfants. Toutefois, des médecins ont participé à l'étude de Lawes, Sawyer, Amos, Kandiah, Pearce et Symons (2008) et à la recherche de Beckman et al. (2002). Des pédiatres

étaient également inclus dans l'étude de Pejaver et Russell (1995). Les enfants qui ont participé aux études étaient âgés de 4 à 18 ans. Cependant, l'étude de O'Haire et Blackford (2005) et l'étude de Isoardi, Slabbert et Treston (2005) tenaient compte du point de vue des parents d'enfants âgés de moins de 4 ans. L'étude de Plumridge, Goodyear-Smith et Ross (2009) concernait uniquement les enfants âgés de 0 à 2 ans.

La problématique des soins douloureux chez les enfants apparaît dans la plupart des articles (N=10). Cinq études abordent plus particulièrement la participation des parents aux soins de leur enfant hospitalisé. Elles sont toutefois pertinentes et apportent de nombreux éléments pour la rédaction de ce travail et ont donc tout de même été incluses à la revue de littérature.

7.2. Discussion des résultats

Afin de répondre à la question de recherche, les résultats obtenus ont été mis en lien avec les âges de l'enfant, l'anxiété, le rôle parental, la relation triangulaire parent-enfant-soignant et la douleur chez l'enfant.

7.2.1. Le désir des parents d'être présents auprès de leur enfant

L'accueil des parents dans les services de pédiatrie engendre certains problèmes comme la difficulté pour les parents à assister à certains soins douloureux prodigués à l'enfant, la cohabitation quotidienne des parents et des soignants, l'inquiétude ou l'agressivité des parents qui peut gêner le travail des équipes (Association SPARADRAP, 2004). Les résultats de la recherche effectuée par Pejaver et Russell (1995) indiquent que la combinaison entre une procédure difficile ou douloureuse avec un niveau d'anxiété élevé chez un des participants provoquera un stress accru chez tous les participants. L'anxiété est donc un motif pour demander aux parents de sortir de la chambre lors des soins douloureux. Cette étude démontre que, en 1995, l'exclusion des parents est relativement fréquente afin de gérer le problème de l'anxiété des parents. En 2003, 65% des soignants déclarent que les parents peuvent être une source de tension et un tiers des parents ne sont pas présents ou sont découragés lors de certains soins douloureux

(Association SPARADRAP, 2004).

Isoardi, Slabbert et Treston (2005) démontrent dans leur étude que la plupart des parents désirent être présents lors des soins réalisés sur leur enfant. La raison la plus courante de vouloir être présents est d'assurer le confort de l'enfant et de le consoler. Ce désir est supporté par la charte de l'enfant hospitalisé (European Association for Children in Hospital, 1988). Toutefois, dans leur recherche, Isoardi, Slabbert et Treston (2005) expliquent que certains parents ne désirent pas assister à certaines procédures. Une explication minutieuse est alors nécessaire afin qu'ils puissent prendre leur décision en toute connaissance de cause. Il est important de fournir des informations et des explications aux parents afin de les aider à assumer leur rôle (Fournier-Charrière, 1995). Dans l'étude de Beckman et al. (2002), les chercheurs suggèrent l'utilisation d'une approche individualisée de la présence parentale avec une communication ouverte et des informations aux parents sur le déroulement de la procédure.

La recherche de Coyne et Cowley (2007) démontre également le désir des parents d'être présents auprès de leur enfant. L'apport de soutien émotionnel et affectif ainsi que la préoccupation de l'enfant sont présentés comme des explications au fait que les parents éprouvent le besoin d'être auprès de leur enfant lors des soins. Les parents décrivent ce besoin comme un aspect de leur rôle parental et celui-ci serait lié à l'amour qu'ils portent à leur enfant. Les infirmières doivent alors évaluer la volonté des parents à participer aux soins et négocier les soins en conséquence (Coyne & Cowley, 2007). De plus, la participation aux soins de l'enfant aide les parents à faire face à sa maladie ou à sa blessure grave (Katz, 2002).

L'étude de Coyne et Cowley (2007) utilise le partenariat lors des soins infirmiers en pédiatrie comme modèle conceptuel (Casey, 1988). Ce modèle soutient que les soins des enfants sont mieux assurés par leur famille, avec toutefois l'aide nécessaire d'une équipe de soins qualifiée. Le partenariat implique l'égalité des partenaires, le partage des informations, la négociation des soins et la responsabilité partagée. Le partenariat repose sur des fondements de confiance et de respect mutuel (Thibault-Wanquet, 2008). Le personnel soignant doit envisager le patient et sa famille avec un regard nouveau et avoir pour objectif de construire une relation de confiance réciproque. D'après l'étude Coyne (2008), la plupart des infirmières approuvent l'importance de permettre aux

parents de décider de la nature de leur implication dans les soins. Elles estiment qu'il est essentiel que les parents puissent continuer à prodiguer des soins à leur enfant afin de les aider à restaurer leur confiance et leur estime de soi en tant que parents. Selon une étude réalisée par l'association SPARADRAP (2004), 53% du personnel soignant déclare que les parents participent au bon fonctionnement du service, 65% pense que les parents peuvent être également une source de tension et 24% affirment que les parents ne posent jamais de problème. L'enquête démontre également que 74% des membres des équipes soignantes disent que les parents les aident à mieux comprendre l'enfant, 59% qu'ils les aident à les soigner plus facilement et 37% qu'ils les aident à faire évoluer et adapter leurs pratiques (Sparadrap, 2004).

7.2.2. La présence parentale et les liens avec le stress, l'anxiété, la détresse comportementale et la peur de l'enfant lors d'une procédure douloureuse

L'essai clinique randomisé de Cavendar, Goff, Hollon et Guzzetta (2004) prouve que la présence des parents auprès de leur enfant lors des soins douloureux est utile. En effet, lorsque le parent distrait son enfant, celui-ci présente un degré plus faible de douleur, de peur et de détresse comportementale. Le parent permet au soignant de prendre connaissance des réactions habituelles de l'enfant face à la douleur car chaque enfant a sa propre manière d'exprimer sa douleur (Fournier-Charrière, 1995). Dans l'étude qualitative de Coyne et Cowley (2007), les parents interrogés pensent que leur présence physique permet de rassurer leur enfant hospitalisé. La présence parentale est un des seuls repères familiers de l'enfant dans le contexte de l'hôpital (Thibault-Wanquet, 2008).

Les résultats de l'étude de Cavendar, Goff, Hollon et Guzzetta (2004) démontrent également que la distraction effectuée par les parents a une importance capitale au sein de la cellule familiale et permet de diminuer la peur lors des soins douloureux. Les auteurs soutiennent que la distraction favorise la collaboration de l'enfant et des parents, elle permet de diminuer la peur du geste technique et de développer l'indépendance de l'enfant, car il participe au choix des distractions durant le soin. Les soignants doivent considérer la famille comme un partenaire permettant l'expression d'idées complémentaires (Thibault-Wanquet, 2008). L'étude de Cavendar, Goff, Hollon et

Guzzetta (2004) met également en avant la pratique des soins centrés sur la famille et propose d'offrir la possibilité que la famille soit présente au cours des procédures invasives.

Kleiber, Craft-Rosenberg et Harper (2001), dans leur recherche, déclarent que la distraction parentale permet de diminuer la détresse comportementale de l'enfant. Selon Ball et Bindler (2010), la présence des parents au chevet de leur enfant réconforte, atténue ses peurs et rend sa douleur plus supportable durant les interventions effractives. La présence seule ne suffit bien sûr pas pour éviter ou diminuer les douleurs subites par l'enfant et il faut aussi y ajouter des méthodes antalgiques telles que l'application d'un anesthésiant local ou l'administration d'antalgiques (Fournier-Charrière, 1995).

Dans l'étude quantitative de Noel, McMurtry, Chambers et McGrath (2010), les résultats indiquent que les comportements des parents expliquent en grande partie l'intensité de la douleur et l'anxiété de l'enfant. Ils décrivent que les comportements de détresse chez les parents sont liés à un comportement élevé de détresse chez l'enfant. Inversement, la forte adaptation des comportements des parents favorise un niveau de détresse moins élevé chez l'enfant.

McMurtry, Chambers, McGrath et Asp (2010) font également ressortir, dans leur étude, les bénéfices de la distraction. Cependant, cette recherche démontre que la réassurance peut être associée à une augmentation de l'inquiétude de l'enfant et à une aggravation des signes de détresse. C'est ainsi, qu'au-delà des paroles qui se voudraient rassurantes, le parent communiquerait sa peur à l'enfant par l'intermédiaire de différents canaux de communication comme l'expression de son visage, le ton de sa voix et le contenu de son message. Les manifestations de l'anxiété tels que les tremblements, l'augmentation de la fréquence respiratoire, la voix tremblante et les pleurs (Carpenito, 1986) sont difficilement dissimulables à l'enfant et empêchent les parents d'assumer correctement leur rôle. L'étude de Sikorova et Hrazdilova (2011) soutient qu'il existe une différence entre les enfants qui sont accompagnés de leurs parents et ceux qui sont seuls lors des procédures douloureuses. En effet, dans leur recherche, le niveau de douleur était plus élevé chez les enfants qui étaient accompagnés de leurs parents. Les auteurs sont arrivés à la conclusion que les parents peuvent augmenter le niveau de douleur perçue chez leur enfant s'ils n'ont pas reçu d'instructions sur la manière de soutenir leur enfant lors de

soins douloureux. Les parents peuvent ressentir un stress s'ils ne sont pas suffisamment informés (Wong, 1995). En conséquence, les soignants peuvent préférer demander aux parents de sortir de la chambre de l'enfant lors du soin douloureux en invoquant le bien-être de l'enfant.

L'étude qualitative de Aein, Alhani, Mohammadi et Kazemnejad (2009) a démontré que la présence parentale permet de répondre aux besoins de l'enfant, de réduire son stress émotionnel, d'augmenter sa sécurité et de faciliter sa coopération aux soins. Cependant, certaines infirmières ont estimé que la présence de la mère affecte la coopération avec l'enfant (Aein et al., 2009). Il est toutefois essentiel que les professionnels de la santé maintiennent un contact constant avec les parents afin d'atténuer leur anxiété (Aein et al., 2009). L'étude de Plumridge, Goodyear-Smith et Ross (2009) soutient également que la présence des parents et la communication infirmières-parents permet d'augmenter le réconfort des parents.

Afin d'éviter l'exclusion des parents lors de certains soins, il est donc capital d'améliorer leur accompagnement. Les besoins ainsi que le stress vécu par les parents sont différents d'une famille à l'autre et les soins doivent donc être personnalisés en fonction des attentes de chacun (Melynck, Small & Carno, 2004). Coyne et Cowles (2007) soulignent l'importance de fournir des soins conçus et livrés autour des besoins de l'enfant et de sa famille. Les familles qui sont bien entourées par les équipes soignantes ressentent moins d'anxiété et sont plus aptes à prendre des décisions et à participer aux soins de l'enfant (Ball & Bindler, 2010).

7.2.3. L'éducation des professionnels de la santé et des familles

Les résultats de la recherche de Lawes, Sawyer, Amos, Kandiah, Pearce et Symons (2008) démontrent qu'un programme éducatif permet d'améliorer les connaissances des professionnels, d'augmenter leur confiance lors de la réalisation de soins douloureux chez les enfants et de contribuer à la satisfaction des parents. Cette étude prouve l'utilité d'un programme d'éducation mis en place dans le but d'améliorer la satisfaction et de diminuer la détresse des parents et de leur enfant qui subit des soins douloureux.

Le programme éducatif peut également être orienté auprès de la famille plutôt que des professionnels. Il permet alors aux parents d'améliorer leur comportement de distraction et de diminuer ainsi la détresse de l'enfant au cours de la procédure douloureuse (Kleiber, Craft-Rosenberg & Harper, 2001). Selon l'étude de Sikorova et Hrazdilova (2011), les enfants qui ont eu une préparation spécifique à l'aide d'un programme éducatif présentent un niveau de douleur plus faible lors des soins. Fournier-Charrière (1995) affirme que la prise en charge de la douleur chez l'enfant est le travail de toute une équipe. L'étude de He, Vehviläinen-Julkunen, Pölkki, et Pietilä (2007) souligne l'importance de fournir des informations et des instructions concernant le soulagement de la douleur postopératoire aux enfants et aux parents afin qu'ils puissent être équipés et participer activement à la gestion de la douleur. Les chercheurs suggèrent que les infirmières doivent aider les enfants et leurs parents à acquérir des connaissances sur la gestion de la douleur, y compris sur l'utilisation de la distraction et le réconfort des parents (He et al., 2007). Fournier-Charrière (1995) soutient que le rôle des parents est d'une importance capitale et qu'il varie selon la position que prennent les parents eux-mêmes et les infirmières. Les informations et les explications données peuvent aider les parents à assumer leur rôle. Selon Wong (1995), le manque d'informations peut être une source de stress pour les parents. Thompson, Hupcey et Clark (2003) décrivent quant à eux le besoin d'informations et le besoin d'être accompagnés par des professionnels compétents comme étant des besoins communs à tous les parents. Un programme d'éducation va donc permettre aux parents de recevoir des explications et des informations adaptées. Ainsi, ils se sentiront plus rassurés, plus confiants et la relation enfant-parents-infirmières est facilitée.

Un programme éducatif permet donc aux parents d'augmenter leurs connaissances sur le comportement à adopter et de prendre une meilleure position durant la réalisation du soin douloureux chez leur enfant. Ceci permet également d'instaurer une relation de confiance entre les soignants et les parents. En effet, selon l'étude de O'Haire et Blackford (2005), les infirmières se basent sur leurs connaissances et leurs compétences spécialisées afin de prodiguer des soins aux enfants. Les parents quant à eux apportent des informations sur leur expérience auprès de l'enfant en dehors du contexte hospitalier. O'Haire et Blackford (2005) ont constaté que les conflits qui surviennent entre les infirmières et les parents peuvent être attribués au manque de connaissances

des parents mais également à l'environnement stressant dans lequel les parents et les soignants se rencontrent.

7.3. Mise en lien avec le cadre de référence

La quatrième proposition du métaparadigme infirmier met en évidence le lien entre la personne, l'environnement et la santé. En effet, les infirmières doivent approcher l'enfant de manière globale. Ses parents jouent un rôle important dans sa vie et dans son développement (Feldman, Papalia & Olds, 2010). Ils font partie de son environnement et doivent donc être considérés et pris en compte dans la démarche de soins.

Un des postulats de l'approche systémique stipule que le tout est plus grand que la somme des parties. Cette approche s'intéresse particulièrement aux relations entre les membres du système familial et la manière dont ils influencent les comportements, les croyances et les sentiments de chaque membre d'une famille (Duhamel, 1995). En effet, la recherche de Cavendar, Goff, Hollon et Guzzetta (2004) prouve que la présence des parents auprès de leur enfant lors des soins douloureux a un impact sur celui-ci. Dans l'étude de Coyne et Cowley (2007), les parents estiment que leur présence physique permet de rassurer leur enfant et de diminuer ses peurs et ses angoisses. Selon l'étude de McMurtry, Chambers, McGrath et Asp (2010) et l'étude de Sikorova et Hrazdilova (2011), l'influence du parent peut également être négative. Selon le concept de circularité de l'approche systémique, les soins prodigués à l'enfant peuvent avoir un impact sur les parents. Les relations entre le patient, sa famille et les professionnels de la santé peuvent influencer l'évolution de la problématique de santé (Thorne, Con, McGuinness, McPherson & Harris, 2004). La relation entre les soignants et la famille peut également renforcer ou diminuer le stress qu'occasionne une maladie. Dans l'étude de O'Haire et Blackford (2005), les résultats indiquent que les membres de la famille ressentent souvent de la frustration ou vivent de l'isolement, mais ils n'oseront pas forcément exprimer leur insatisfaction par crainte de représailles de la part des soignants. L'approche systémique dévoile que les soins uniquement axés sur les besoins du patient au détriment de ceux des membres de la famille provoquent de l'anxiété chez le patient et sa famille. Ceci est susceptible de nuire à l'efficacité des interventions des

professionnels de la santé en regard de la problématique de santé. Il est donc important que les infirmières examinent les relations que les familles établissent avec les professionnels de la santé afin de minimiser le stress que ces relations peuvent engendrer (Duhamel, 1995). En effet, l'étude de Coyne et Cowley (2007) soutient que les infirmières doivent aider à soulager la détresse et l'angoisse des parents. Les services des soignants doivent être conçus et livrés autour des besoins de l'enfant et de sa famille. Les infirmières doivent également évaluer la volonté des parents à participer aux soins et les négocier en conséquence. Selon l'étude de Coyne (2008), beaucoup d'infirmières reconnaissent l'importance de permettre aux parents de décider de la nature de leur implication dans les soins. Cela permet de diminuer leur stress et ainsi de ne pas nuire au bien-être de l'enfant. Les soignants trouvent important que les parents puissent continuer à prodiguer des soins à leur enfant afin de restaurer leur confiance et leur estime de soi en tant que parent. Cette recherche suggère également de promouvoir des soins centrés sur la famille.

7.4. Réponse à la question de recherche

Ce chapitre permet de répondre à la question de recherche qui est:

"Quel est l'impact de la présence des parents sur leur anxiété et celle de leur enfant lors de soins douloureux en pédiatrie?"

La question de recherche a pu être parcourue et développée tout au long de ce travail. Les buts de notre travail ont pu être atteints grâce aux articles trouvés et analysés. Les résultats des études diffèrent quelque peu, cependant une idée principale en ressort. Celle-ci va être discutée et expliquée ci-dessous.

Pour offrir des soins adaptés aux enfants, il est primordial d'effectuer des soins centrés sur la famille. En effet, l'approche systémique semble être pertinente et bénéfique pour l'enfant et ses proches. Les besoins de chacun sont identifiés et pris en compte. L'analyse des résultats de cette revue de littérature a démontré que les parents peuvent transmettre leur peur à leur enfant par l'intermédiaire de différents canaux de communication. Le manque d'informations favorise l'anxiété des parents. C'est pourquoi, il est capital de donner des instructions et des explications aux parents afin de

diminuer leur stress et ainsi éviter qu'ils le propagent à leur enfant. Les programmes éducatifs sont un moyen de fournir des informations et des conseils aux parents. Les infirmières doivent prendre le temps de faire de l'enseignement aux parents et doivent évaluer leur volonté à participer aux soins. Grâce aux programmes éducatifs, les professionnels de la santé ont un support concret afin d'enseigner les soins aux parents. Ainsi, ceux-ci connaissent la procédure et leur rôle durant le soin et se sentiront rassurés. Les parents souhaitent généralement être présents lors des procédures prodiguées à leur enfant. En effet, ils estiment que leur présence permet de rassurer l'enfant, de lui apporter du confort et du soutien émotionnel. La distraction est une technique qui permet d'intégrer le parent au soin et de diminuer la peur, la détresse comportementale et la douleur de l'enfant. Cependant, la distraction doit être enseignée afin d'être effectuée correctement.

7.5. Implication pour la pratique infirmière

L'intérêt de ce travail est d'aider les infirmières à se positionner dans leur pratique face aux demandes des parents et des enfants lors des soins douloureux. Il a pour but de proposer une prise en charge adaptée aux parents et à l'enfant, en tenant compte des besoins et des limites de chacun. Il est donc important que les professionnels de la santé puissent acquérir des outils afin d'optimiser les soins prodigués aux enfants. En effet, certaines connaissances pourraient permettre aux infirmières d'intégrer les parents aux soins de leur enfant et ainsi de diminuer l'anxiété de chacun.

Les recommandations développées dans ce chapitre ne sont ni exhaustives, ni absolues. Cependant, ces pistes d'actions permettront peut être de faire progresser la pratique infirmière :

- Les infirmières se doivent de prendre en compte les besoins et les limites de l'enfant et de sa famille. La discipline infirmière possède son propre paradigme. Celui-ci repose sur quatre concepts : la personne, l'environnement, la santé et les soins (Fawcett & Provencher, 1995). Les parents font partie de l'environnement de l'enfant. C'est pourquoi, ils doivent être considérés et pris en compte dans la démarche de soins. Selon Cavendar, Goff, Hollon et Guzzetta (2004) et Aein, Alhani, Mohammadi et

Kazemnejad (2009), les soins doivent être centrés sur la famille et les professionnels doivent proposer un cadre afin d'offrir la possibilité à la famille d'être présente au cours des procédures douloureuses. Coyne et Cowley (2007) soutiennent également que les services des soignants doivent être conçus et livrés autour des besoins de l'enfant et de sa famille. Il est nécessaire que les infirmières reconnaissent le contexte familial et évalue son système de soutien afin de minimiser les perturbations familiales et de favoriser la présence des parents auprès de leur enfant lors des soins. Les effets néfastes de l'anxiété et du stress chez les familles doivent être reconnus et des interventions doivent être développées afin de les minimiser (Pejaver & Russell, 1995). Il serait judicieux que les professionnels évaluent la volonté des parents à participer aux soins et les négocier en conséquence. L'utilisation d'une approche individualisée de la présence parentale est nécessaire. Ainsi, les soignants fournissent une communication et des informations adaptées aux familles (Beckman et al., 2002).

- L'utilisation d'interventions non pharmacologiques permet de diminuer l'anxiété et la détresse comportementale de l'enfant (Kleiber, Craft-Rosenberg & Harper 2001). La distraction a particulièrement été mise en évidence dans cette revue de littérature. En effet, elle permet de favoriser la collaboration de l'enfant et des parents, de diminuer la peur du geste technique et de développer l'indépendance de l'enfant car il participe au choix des distractions durant le soin (Cavendar, Goff, Hollon & Guzzetta, 2004). Cette méthode favorise la présence des parents lors des soins et a une grande importance au sein de la cellule familiale.

- L'importance des informations fournies aux parents par les professionnels a été soulevée dans l'étude de Isoardi, Slabbert et Treston (2005) et de He, Vehviläinen-Julkunen, Pölkki, et Pietilä (2007). Tous les parents ne désirent pas assister aux soins douloureux de leur enfant. Cependant, des explications minutieuses et adaptées permettent aux parents de prendre leur décision en toute connaissance de cause. Les instructions et les conseils donnés permettent aux familles d'être équipées et de pouvoir participer activement aux différents soins. Sikorova et Hrazdilova (2011) affirment que les parents augmentent le niveau de douleur perçue chez leur enfant s'ils ne sont pas instruits sur la manière de soutenir leur enfant lors des procédures douloureuses.

- Plusieurs études recommandent l'utilisation de programmes éducatifs. Ils sont utiles pour les professionnels afin d'améliorer leurs connaissances, d'augmenter leur confiance lors de la réalisation de soins douloureux chez les enfants et de contribuer à la satisfaction des parents (Lawes, Sawyer, Amos, Kandiah, Pearce & Symons, 2008). De plus, les programmes éducatifs enseignés aux parents permettent d'augmenter leur comportement d'adaptation et de diminuer la détresse de l'enfant au cours des procédures douloureuses (Kleiber, Craft-Rosenberg & Harper, 2001).

7.6. Besoins de recherches ultérieures

L'exécution des recherches d'études scientifiques s'est avérée difficile car la plupart des articles trouvés étaient relativement anciens. C'est pourquoi, certaines recherches retenues n'abordaient pas les soins douloureux mais la participation des parents. Il serait judicieux d'effectuer des études scientifiques afin d'approfondir le sujet de l'impact de la présence des parents auprès de leur enfant lors des soins douloureux.

Les études retenues pour réaliser cette revue de littérature étoffée proviennent de plusieurs pays industrialisés. Cependant, aucune recherche utilisée dans ce travail n'a été réalisée en Suisse ou dans un pays limitrophe. Il serait intéressant de réaliser des recherches en Suisse afin de savoir comment les infirmières se positionnent face à cette problématique.

Dans plusieurs études retenues, il est mentionné que les informations données aux parents sont primordiales. Cependant, aucune ligne directrice n'est proposée afin de guider les professionnels de la santé dans leur enseignement aux parents. Une étude qui développerait l'attitude, la posture professionnelle ainsi que les outils et les théories à appliquer dans l'enseignement aux parents serait pertinente et utile pour les infirmières et les médecins.

7.7. Limites

Le sujet de la présence des parents auprès de leur enfant lors des soins douloureux a principalement été développé dans les années 1990 et peu de recherches ont été réalisées depuis. C'est pourquoi, il a été difficile de trouver des études qui correspondaient à tous les critères d'inclusion.

Les quinze articles sélectionnés dans cette revue de littérature n'abordaient pas tous les soins douloureux. En effet, cinq études traitent essentiellement de la participation des parents lors des soins de leur enfant. Cette limite peut tout de même être enrichissante, car elle apporte d'autres notions concernant la prise en charge de l'enfant. Cependant, ces éléments ne sont pas exclusivement en lien avec la douleur de l'enfant.

Les articles retenus étaient tous rédigés en anglais. Cette langue n'est pas entièrement maîtrisée par les auteurs. C'est pourquoi, certaines subtilités du vocabulaire ont pu être négligées ou mal interprétées.

Aucune étude retenue dans cette revue de littérature étoffée ne provient de Suisse. En conséquence, certaines différences culturelles et environnementales peuvent apparaître. Les résultats et la discussion ne tiennent pas compte de cet aspect.

La réalisation de cette revue de littérature est une première expérience pour les auteurs. Les critères de méthodologie ont été respectés au mieux, bien que certaines imperfections puissent être présentes.

7.8. Apprentissages réalisés

La réalisation de cette revue de littérature a permis aux deux auteures de traiter une problématique actuelle et de renforcer leurs compétences en recherche infirmière. Ce travail a également contribué à approfondir leurs connaissances sur le sujet de la présence des parents lors des soins douloureux. En ce qui concerne leur pratique professionnelle, les rédactrices de ce travail pourront utiliser leurs compétences en recherche afin de répondre à certaines questions en se basant sur des articles scientifiques et en ayant une posture professionnelle réflexive.

Conclusion

Cette revue de littérature a pu mettre en évidence les différentes façons de procéder de la part des soignants par rapport à la présence des parents auprès de leur enfant dans différents pays et institutions. Il est intéressant de constater que dans de nombreux pays cette question reste omniprésente malgré les chartes éthiques qui encouragent la présence des parents auprès de leur enfant.

L'analyse des études a mis en évidence les difficultés que rencontrent certains soignants à accepter la présence parentale lorsqu'ils fournissent des soins douloureux à un enfant. Il est vrai que la présence parentale peut augmenter l'anxiété et même la perception de la douleur de l'enfant. Cependant, le contraire a également été affirmé dans d'autres études. Cette différence de résultats s'explique principalement par la différence d'encadrement et de prise en charge des parents. En effet, la discussion montre que lorsque les parents sont considérés comme partenaires de soins et qu'ils reçoivent des informations sur le déroulement de la procédure ou encore un enseignement sur le comportement à adopter, une observance de la diminution de l'anxiété, de la douleur et de la peur de l'enfant a été constatée. D'ailleurs, diverses interventions permettant aux infirmières de se positionner face à la présence des parents et d'améliorer la prise en charge des enfants ont été relevées. Par exemple donner un enseignement aux parents sur la distraction, expliquer le déroulement du soin aux parents et le rôle qu'ils auront, prendre un temps de parole avant l'intervention douloureuse afin de rassurer les parents et l'enfant, l'instauration d'un programme éducatif permettant d'augmenter les connaissances des infirmières et des parents se sont révélés efficaces pour diminuer l'anxiété des parents et des enfants. Grâce à ces interventions, le déroulement des soins douloureux se passe dans de meilleures conditions pour l'enfant, les parents et le personnel soignant.

Le cadre de référence choisi est en parfait accord avec les résultats des études analysées et pourrait être un bon outil pour les soignants. En effet, l'approche systémique permet d'introduire les parents dans la problématique de soin. Cette théorie soutient que les professionnels de santé ne doivent pas s'axer uniquement sur le patient, il est nécessaire qu'ils tiennent compte également des proches afin de diminuer leur stress et celui de l'enfant. Cette approche rejoint donc les résultats des études analysées ainsi que les

interventions pertinentes relevées. Une réponse à la question de recherche a donc pu être donnée et les objectifs de ce travail ont été atteints.

Pour terminer, ce travail nous a permis d'acquérir de nouvelles compétences dans le domaine de la recherche et de nous rendre compte de l'importance des soins basés sur des preuves. Nous saurons également nous positionner face aux parents lorsque nous prodiguerons des soins douloureux à des enfants. Ces résultats peuvent aussi se transposer pour d'autres situations. En effet, nous avons pu voir à quel point la famille peut-être touchée par la maladie d'un proche. Dans ce sens, la théorie systémique est très utile pour comprendre la dynamique familiale lors d'une situation de maladie d'un membre d'une famille. Enfin, nous pensons avoir pu amener de nouvelles notions et outils pour les professionnels de la santé concernés par le sujet.

Références :

- Abu-Saad, H. & Hamers, P. (1999). *Prise de décision au cours de la douleur chez l'enfant: revue de la littérature*. Mémoire de licence en sciences du nursing, Université de Limburg.
- Aein, A., Alhani, F., Mohammadi, E. & Kazemnejad, A. (2009). *Parental participation and mismanagement: A qualitative study of child care in Iran*. Oxford : Blackwell Publishing.
- Association SPARADRAP (2004). *Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires ?* Paris : Philippe Douste-Blazy.
- Ball, J. & Bindler, R. (2010). *Soins infirmiers en pédiatrie*. Saint-Laurent : Renouveau Pédagogique Inc.
- Bauchner, H., Vinci, R., Bak, S., Pearson, C. & Corwin, M-J. (1996). Parents and procedures: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 98, 861-617.
- Beckman, A., Sloan, B.K., Moore, G.P., Cordell, W.H., Brizendine, E.J., Boie, E., Knoop, K.J., Goldman, M.J. & Geninatti, M.R. (2002). Should parents be present during emergency department procedures on children, and who should make that decision? A survey of emergency physician and nurse attitudes. *Academic Emergency Medicine*. 9(4):287.
- Bertalanffy, L. (1962). General systemic theory , a critical review. *General Systems Yearbook*. 7, 1-20.

Bonnie, J.S., Abbott, K.L., Yamada, J., Harrison, D., Stinson, J., Taddio, A., Barwick, M., Latimer, M., Scott, S.D., Rashotte, J., Campbell, F., Finley, G.A. (2011). Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. *Canadian Medical Association Journal*, 7, 183.

Carpenito L. (1986). *Diagnostic infirmier*. Paris: MEDSI.

Casey, A. (1988). A partnership with child and family. *Senior Nurse*. 8 (4), 8–9.

Cavendar, K., Goff, M.D., Hollon, E.C. & Guzzetta C.E. (2004). Parents' positioning and distracting children during venipuncture effects on children's pain, fear and distress. *Journal of Holistic Nursing*. 32-56.

Colombo-Bertocchi, M.L. (1999). La douleur en chirurgie chez l'enfant. *Soins pédiatrique puériculture*. 187, 12-14.

Coyne I., (2008). Disruption of parent participation: nurses' strategies to manage parents on children's wards. *Journal of Clinical Nursing* 17(23) 3150-8.

Coyne, I. & Cowley, S. (2007). Challenging the philosophy of partnership with parents: a grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*. (6):893-904.

De Reyff, M. (2011). Psychologie : Les différentes théories du développement de la personnalité. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

- Dommergues, J.P. & Fournier-Charrière, E. (1995). *Douleur et urgences chez l'enfant*. Paris: Arnette Blackwell.
- Duhamel, F (1995). *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Fawcett , J. (1995). *Analysis and Evaluation of Conceptual models of Nursing*. Philadelphie : F.A. Davis.
- Feldman, R.D., Papalia, D.E. & Olds, S.W. (2010). *Psychologie du développement humain*. Saint-Laurent: Chenelière education.
- Findlay, S., Pinzon, J., Goldberg, E. & Frappier, J-Y. (2008). La question des soins aux adolescents hospitalisés. *Paediatr Child Health*. 13, 65–68.
- Gurtner, J-L. (1998). *Psychologie pédagogie: l'adolescent*. Université de Fribourg.
- He, H.G., Vehviläinen-Julkunen, K., Pölkki, T. & Pietilä, A.M. (2007). Children's perceptions on the implementation of methods for their postoperative pain alleviation: An interview study. *International Journal of Nursing Practice*. 13: 89–99.
- Isoardi, J., Slabbert, N. & Treston, G. (2005). Witnessing invasive paediatric procedures, including resuscitation, in the emergency department: a parental perspective. *Emergency Medicine Australasia*. 17, 3, 244-248.

- Katz, S. (2002). When the child's illness is life-threatening : Impact on parents. *Pediatric Nursing*, 28 (5), 453-464.
- Kleiber, C., Craft-Rosenberg, M. & Harper, D. C. (2001). Parents as distraction coaches during IV insertion: A randomized study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 22, 851-861.
- Krebs, N. (2009). Charte de l'enfant hospitalisé. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Kremp, L. (Ed.)(2002). *Puériculture et Pédiatrie*. Paris : Lamarre.
- Lawes, C., Sawyer, L., Amos, S., Kandiah, M., Pearce, L. & Symons, J. (2008). Impact of an education programme for staff working with children undergoing painful procedures. *Paediatr Nursing*. 20(2):33-7.
- Loiselle, C. & Profetto-McGrath, J. (2007) *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec: ERPI.
- Maccoby, E. (1984). *Middle Childhood in the Context of the Family*. Washington: National Academy.
- McMurtry, C.M., Chambers, C.T., McGrath, P.J. & Asp, E. (2010). When “don't worry” communicates fear: Children's perceptions of parental reassurance and distraction during a painful pediatric medical procedure. *Pain*. 150, 52-58.

- Melnyk, B.M., Small, L. & Carno, M. (2004). The effectiveness of parental-focused interventions in improving coping/mental health outcomes of critically ill children and their parents : An evidence base to guide clinical practice. *Pediatric Nursing*, 30 (2), 143-148.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D-G. & The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann Intern Med*. 151(4).
- Mooser, F. (2012). La douleur nociceptive. . [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Newton, M.S. & Mandi, S. (2000). Family-centered care: current realities in parent participation. *Pediatric Nursing*. 26 (2), 164-8.
- Noel, M., McMurtry, C.M., Chambers, C.T. & McGrath, P.J. (2010). Children's memory for painful procedures: The influence of pain intensity, anxiety, and adult behaviors on subsequent recall. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 626-636.
- O'Haire, SE. & Blackford, JC. (2005). Nurses' moral agency in negotiating parental participation in care. *International Journal of Nursing Practice*. 11 (6), 250-6.
- Pejaver, R-K. & Russell, H-J. (1995). Parental presence during procedures: a survey of attitudes amongst paediatricians. *J R Soc Med*. 88, 508-510.

- Piira, T., Sugiura, T., Champion, G.D., Donnelly, N. & Cole, A. S. J. (2005). *The role of parental presence in the context of children's medical procedures : a systematic review*. Sydney : Blackwell Publishing.
- Plumridge, E., Goodyear-Smith, F. & Ross, J. (2009). Nurse and parent partnership during children's vaccinations: a conversation analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 65(6), 1187–1194.
- Ribeiro, D. (2010). *Angoisse-anxiété-TOC-phobies*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Salem, G. (2005). *L'approche thérapeutique de la famille*. Paris: Masson.
- Sanimedia. (2005). *L'essentiel sur le droit des patients : dans les cantons de Berne, Fribourg, Jura, Neuchatel et Vaud*.
- Sikorova, L. & Hrazdilova, P. (2011). The effect of psychological intervention on perceived pain in children undergoing venipuncture. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 155, 149-154.
- Thibault-Wanquet, P. (2008). *Les aidants naturels auprès de l'adulte à l'hôpital : la place des proches dans la relation de soin*. Paris : Masson.

- Thompson, V.L., Hupcey, J.E. & Clark, M.B. (2003). The development of trust in parents hospitalized children. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 8(4), 137-147.
- Thorne, S., Con, A., McGuinness, G. & Harris, S. (2004). Health care communication issues in multiple sclerosis : An interpretive description. *Qualitative Health Research*. 14 (2), 5-22.
- Unissons-nous pour les enfants. (2012). Convention internationale relative aux droits de l'enfant. [Page WEB] Accès: http://www.unicef.org/french/crc/index_using.html [Page consultée le 20 mars 2012].
- Wong, D.L. (1995). *Whaley and Wong's nursing care for infants and children*. St.Louis: Mosby-Year Book.

Annexes :

A. Déclaration d'authenticité

« Nous déclarons avoir réalisé ce travail nous-mêmes, conformément aux directives et aux normes de l'école. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées ».

Laeticia Roch et Lucie Laville

B. Grille de lecture critique d'un article scientifique: Approche qualitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?				
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?				

	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?				
Méthodes	-Le devis de recherche est-il décrit ?				
Tradition et devis de recherche	-Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?				
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?				
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				

Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?				
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?				

théorie et des concepts	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?				
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

C. Grille de lecture critique d'un article scientifique: Approche quantitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?				

	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?				
Méthodes					
Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?				
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?				
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Résultats					
Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?				

Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				

Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

D. Grilles d'analyse des quinze études retenues

1. 1^{ère} grille d'analyse

Références de l'article analysé : O'Haire, SE. & Blackford, JC. (2005). Nurses' moral agency in negotiating parental participation in care. <i>International Journal of Nursing Practice</i> . 11(6):250-6. Etude qualitative basée sur la théorie ancrée					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	×			Nous pouvons constater dans le titre de l'article que les auteurs ont abordé la question de la participation des parents dans les soins.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	×			Le résumé informe le lecteur sur le but de cette étude. Il décrit la méthode : c'est une étude qualitative qui recrute neuf infirmières qui travaillent dans une unité de pédiatrie cardiaque/rénale en Australie. Les données ont été collectées grâce à des entretiens semi-structurés ainsi que des groupes de discussion. Le libre arbitre a été identifié comme le phénomène central de l'étude. Les stratégies ainsi que les mécanismes d'adaptation ont été mis en évidence.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	×			L'objectif des auteurs est de recueillir des données concernant les questions que le personnel infirmier se pose à propos de la participation des parents. Ceci dans le but de faciliter la participation des parents dans la prise en charge des enfants dans le domaine des soins pédiatriques.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	×			Les écrits sur la participation des parents dans les soins pédiatriques sont nombreux. Cependant, il y a peu d'écrits à propos de la perception et de la description des infirmiers sur les relations entretenues avec les parents lors de soins pédiatriques.

Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	×			La base philosophique est la théorie ancrée.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	×			Les questions de recherche sont formulées sous forme d'objectifs : explorer la compréhension des infirmières à propos de la participation des parents aux soins, comprendre comment les infirmières négocient la participation des parents dans les soins et identifier les ressources et les stratégies utilisées par les infirmières afin de faciliter la participation des parents.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	×			Les chercheurs ont établi une recension d'écrits dans le but de permettre aux lecteurs de se faire une première idée sur la problématique de cette étude et des recherches effectuées antérieurement sur ce sujet. Le questionnement découle de l'état des connaissances.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	×			Le devis de recherche est de type qualitatif, c'est une étude basée sur la théorie ancrée. Les données ont été récoltées par le biais d'entretiens semi-structurés auprès des infirmiers et de groupes de discussion qui ont permis de commenter les résultats et également de les compléter. Les entretiens sont une méthode de récolte de données adéquates dans le cadre des études qualitatives. Le temps passé sur le terrain ainsi que la durée des entretiens ne sont pas évoqués. La récolte de donnée a été effectuée à partir d'entretiens et de groupe de discussion, ce qui signifie que le temps passé sur le terrain est considérable.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	×			Huit infirmières et un infirmier ont été sélectionnés pour participer à cette étude. Ils avaient tous au moins un an d'expérience dans l'unité pédiatrique de l'Hôpital Royal de Melbourne. Les participants avaient soit des postes

					d'infirmière, d'infirmière clinicienne spécialisée ou des postes de direction. Ils travaillaient avec des enfants âgés de 0-18 ans.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	×			Les auteurs n'indiquent pas s'ils ont atteint la saturation des données.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	×			Les données ont été récoltées par le biais d'entretiens semi-structurés et dans un second temps par des groupes de discussion.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	×			Les chercheurs ont exploré le phénomène en interrogeant les participants à l'aide d'entretiens semi-structurés ce qui permet aux infirmières de s'exprimer sur le sujet tout en restant dans le thème. Des groupes de discussion sont ensuite mis en place afin d'obtenir le maximum d'informations.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	×			Les entretiens ont été analysés grâce à l'utilisation du logiciel NVivo afin de diminuer les biais. Des groupes de discussion ont été menés par la suite pour compléter les résultats obtenus. Les chercheurs ont structuré la procédure de recherche par sous-chapitres : critères de participation et taille de l'échantillon, collecte de données et l'analyse des données.
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				Cette étude a été effectuée après avoir reçue l'approbation éthique de l'Hôpital Royal pour enfants de Melbourne ainsi que l'autorisation des comités éthiques universitaires.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?			×	Les étapes de l'étude sont détaillées et paraissent tout à fait crédibles. L'échantillon des participants est faible et ne permet par conséquent pas d'être transférable à une population plus large.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même)

				Clair *	méthodologiques et scientifiques
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	×			<p>Les résultats sont présentés sous forme de paragraphes représentant les différents thèmes remarquables : l'agence morale, les meilleurs intérêts pour l'enfant, les conflits entre les parents et les soignants, les attentes des infirmières envers les parents, la détresse morale et les mécanismes et les stratégies d'adaptation.</p> <p>Certains exemples d'entretiens sont décrits afin de renforcer les résultats.</p> <p>L'agence morale: l'agence morale correspond à la responsabilité morale et à la capacité de prendre des décisions rationnelles. Les infirmières rapportent leur désir de fournir des soins de qualité et elles sont considérées comme des agents moraux car elles protègent les droits de leurs patients et adoptent les meilleurs soins possibles. L'agence morale a été décrite comme le phénomène central de l'étude. Dans le domaine des soins pédiatriques, les infirmières agissent comme des agents moraux pour les enfants et également les parents. Plusieurs conditions influencent la manière dont les infirmières adoptent leur agence morale : l'intérêt des enfants, les conflits entre les parents et les soignants et les attentes des infirmières. Ces conditions peuvent mener à la détresse morale des infirmières.</p> <p>Les meilleurs intérêts pour l'enfant : un complexe relevé dans cette étude est le fait de déterminer qui connaît le mieux l'enfant. L'infirmière se base sur ses connaissances et ses compétences spécialisées. Les parents quant à eux peuvent apporter des informations sur leur expérience auprès de l'enfant en dehors du contexte hospitalier. Une infirmière décrit une situation vécue dans laquelle elle s'est retrouvée en confrontation avec les parents dans un enfant, car chacun avait un point de vue différent selon ses connaissances et ses expériences. L'infirmière a imposé son agence morale en pensant aux intérêts de l'enfant mais en négligeant la volonté des parents.</p>

				<p>Les conflits entre les parents et les soignants : la nature des différents entre les parents et les soignants peut être attribuée aux connaissances des parents mais également à l'environnement stressant dans lequel les parents et les soignants se rencontrent. Les infirmières décrivent de nombreux incidents où elles se sont retrouvées en confrontation avec les parents à propos des soins infirmiers ou des interventions médicales. Elles estimaient que leurs décisions étaient prises en tenant compte du bien être de l'enfant mais elles reconnaissent qu'elles doivent tout de même adapter leur pratique aux différents besoins des familles.</p> <p>Les attentes des infirmières envers les parents : les attentes des infirmières envers les parents contribuent aux différents conflits. Les infirmières souhaitent généralement que les parents s'investissent dans les soins auprès des enfants et qu'ils se comportent de manière spécifique. Les infirmières ont tendance à donner des étiquettes à ce type de parents comme étant « difficiles ». L'étiquetage fait par les infirmières semble être une stratégie afin de maintenir le contrôle de la situation. Les soignants admettent être réticents à la communication lorsqu'il y a des conflits avec les parents. De ce fait, la participation des parents aux soins est difficilement négociée.</p> <p>La détresse morale : lorsque les infirmières et les parents ne trouvent pas d'entente à propos des soins, il apparaît un dilemme moral pour les soignants. En effet, ils sont incapables d'agir comme des agents moraux pour leurs patients et il en découle de la détresse morale. Cette détresse morale est décrite par les participants sous forme de frustration, de sentiment de colère et d'impuissance.</p> <p>Les mécanismes et les stratégies d'adaptation : les stratégies d'adaptation employées par les infirmières sont principalement l'utilisation des étiquetages des parents et le fait de fournir le minimum de soins envers les parents. Ces stratégies sont adoptées dans le but de faire face aux parents qui sont en désaccord ou en doute avec leurs actions. Une autre stratégie utilisée est de prendre de la distance professionnelles, se répéter</p>
--	--	--	--	---

					que ce n'est qu'un emploi. Ces stratégies ont été reconnues comme improductives. La stratégie reconnue comme étant la plus efficace est la communication qui permet de maintenir une relation de collaboration. Elle permet l'instauration de la confiance et le respect envers les parents et les infirmières.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	×			Les résultats sont classés sous forme de chapitres dans le but de simplifier la lecture. Les chercheurs ont présenté un schéma pour visualiser les liens entre les différents résultats retenus.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	×			Les auteurs ont mis chaque résultat, présenté sous forme de chapitre, en lien avec les concepts développés dans l'introduction. Les résultats sont comparés aux résultats des recherches antérieures. Les chercheurs ont également appuyé les résultats en les mettant en lien avec les citations des participants lors des entrevues. Ceci leur a permis d'interpréter les résultats selon la base philosophique qui était la théorie ancrée.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	×			La généralisation des résultats est abordée mais les auteurs déclarent ne pas pouvoir généraliser les résultats à une population plus large, étant donné que l'échantillon de l'étude est de petite taille.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	×			Les chercheurs décrivent les deux limites suivantes: l'échantillon était de petite taille ce qui sous-que les résultats ne peuvent être généralisés à une population plus large et les parents n'ont pas participé à l'étude, il serait judicieux de les inclure dans les recherches futures.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	×			L'impact de l'étude sur la pratique est mentionné.

Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	×			L'article est écrit en anglais. Les auteurs utilisent un vocabulaire professionnel. La structure de cette étude correspond aux critères de recherches qualitatives. La lecture est agréable à lire et le contenu permet au lecteur d'avoir une analyse relativement minutieuse.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	×			Malgré que l'étude contienne certaines limites au niveau méthodologique, l'objectif des chercheurs était de recueillir des données sur les questions du personnel infirmier afin de faciliter la participation des parents dans la prise en charge des enfants dans le domaine des soins pédiatriques. L'étude a une importance pour la pratique infirmière. En effet, elle démontre l'utilité du soutien institutionnel ainsi que des lignes directives pour informer la pratique infirmière afin d'améliorer la participation des parents dans les soins et également de les responsabiliser.

2. 2^{ème} grille d'analyse

Références de l'article analysé : Cavendar, K., Goff, M.D., Hollon, E.C. & Guzzetta C.E. (2004). Parents' positioning and distracting children during venipuncture effects on children's pain, fear and distress. <i>Journal of Holistic Nursing</i> . 32-56.					
Etude quantitative, essai clinique randomisé.					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème	×			Le titre permet aux lecteurs de saisir le sujet de l'étude qui traite la participation des parents au positionnement et à la distraction des

	de recherche ?			enfants durant les ponctions veineuses dans le but de diminuer la douleur et la peur de ce geste technique.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	×		Le résumé contient le but de l'étude. La méthodologie est développée : le devis de recherche est de type quantitatif, il s'agit d'un essai clinique randomisé. 43 patients ont été évalués durant la recherche. Le groupe était divisé en deux parties : le groupe expérimental et le groupe de contrôle. Les résultats prouvent que la distraction des parents auprès de leurs enfants permet de diminuer leur peur durant une ponction veineuse.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	×		Chaque année, environ 30 millions d'enfants sont admis aux urgences aux Etats-Unis (American College of Emergency Physicians, 2001). Dans ce type de service, il est fréquent que les enfants subissent des ponctions veineuses. Les interventions infirmières impliquant des aiguilles sont généralement craintes par les enfants. Leur peur peut intensifier la douleur liée au geste technique. Les interventions peuvent être développées dans le but de minimiser l'inconfort subi par les enfants (McGrath, 1993). Le but de cette recherche est de déterminer l'efficacité de certaines interventions qui consistent à faire participer les parents au positionnement de leur enfant pour améliorer son confort et à distraire leur enfant afin de détourner son attention de la douleur, la peur et la détresse liée à la ponction veineuse.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	×		Les chercheurs ont mis en évidence un sous-chapitre « Littérature connexe » dans le chapitre Introduction. Les recherches faites sur le sujet démontrent l'utilité de la présence des parents lors des soins douloureux auprès de leur enfant. L'utilisation des moyens de distraction par les parents permet à l'enfant d'augmenter son niveau d'adaptation. Mieux l'enfant gère la douleur, moins il présentera de

				signe de détresse dans son comportement. Cependant, certains comportements des parents, tel que l'anxiété ou la détresse, influence négativement les enfants.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	×		Les théories existantes sur la distraction, la participation des parents et les stratégies d'adaptation sont décrites.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	×		Les hypothèses sont présentées sous forme de questions de recherche : - Y a-t-il des différences dans les déclarations de l'enfant concernant la douleur, la peur ainsi que la peur et la détresse comportementale observée chez les enfants qui subissent une ponction veineuse avec la participation de leur parent et celles des enfants qui reçoivent des soins standards ? - Existe-t-il une relation entre les déclarations faites par l'enfant sur la douleur et celles sur la peur ? - La peur jugée par l'enfant correspond-t-elle à l'évaluation des observateurs ?
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	×		Les hypothèses de l'étude découlent de l'état des connaissances.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	×		Le devis de recherche est de type quantitatif, il s'agit d'un essai clinique randomisé.
Population	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	×		Un groupe de contrôle et un groupe d'intervention ont été créés, ils étaient composés d'enfants entre 4 et 11 ans d'origine anglophone. Ces enfants devaient subir une ponction veineuse lors de leur séjour

et contexte					dans un centre médical d'urgence pédiatrique privé de 322 lits.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	×			L'échantillon est composé de 43 enfants, 20 dans le groupe d'intervention et 23 dans le groupe de contrôle. L'échantillon paraît adéquat dans le contexte de l'étude.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	×			Les données ont été recueillies grâce à différentes échelles.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	×			Les variables à mesurer sont décrites de manière complète : la facilité à effectuer la ponction veineuse selon l'infirmière a été évaluée par une échelle allant de 0 à 5. L'échelle des visages, contenant six degrés différents, a été employée pour mesurer la perception de la douleur de chaque enfant. Afin d'évaluer la peur des enfants avant et après la ponction veineuse, les chercheurs ont utilisé l'échelle des lunettes qui évalue la peur selon six degrés différents. Pour évaluer la détresse comportementale, une échelle basée sur l'observation du comportement a été servie : The Procedural Behavior Checklist. Elle permet de mesurer l'intensité de chaque comportement selon un score qui varie de 0 à 40.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	×			Les enfants faisant partis du groupe de contrôle ont reçu les soins standards d'une ponction veineuse ainsi qu'une explication complète sur la procédure du soin. En plus de recevoir les soins standards, les parents du groupe d'intervention ont reçu les informations par un spécialiste de la vie des enfants (SATC). Il enseigne aux parents comment distraire leur enfant durant le soin et quelle position est favorable au confort de l'enfant. Les positionnements conseillés étaient que l'enfant soit assis sur les genoux du parent ou que le parent soit assis à côté de l'enfant allongé sur la table d'examen. Plusieurs éléments de distraction étaient à disposition tel que des livres ou un kaléidoscope, les parents et l'enfant choisissaient celui

				<p>qu'ils préféreraient selon l'âge de l'enfant.</p> <p>Les parents de chaque enfant ont signé un consentement éclairé avant le début de l'étude. L'étude a été approuvée par le conseil d'examen institutionnel de l'hôpital pédiatrique.</p>
<p>Résultats</p> <p>Traitement des données</p>	<p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	×		<p>Les données ont été saisies dans Microsoft Excel et ensuite analysées par l'instrument SAS version 8.0.</p> <p>Les résultats sont interprétés à partir d'analyses statistiques.</p> <p>Les scores de la douleur ont tendance à être moins élevés dans le groupe d'intervention, bien qu'il n'y ait pas une différence significative. La peur semblait être également plus faible chez les enfants appartenant au groupe d'intervention que dans le groupe de contrôle. Les chercheurs ont mis en évidence une relation directe entre la peur et la douleur. La détresse comportementale a été évaluée identique dans le groupe de contrôle que dans le groupe d'intervention, cependant elle paraît de manière différente selon le moment où elle est mesurée (avant, pendant ou après la ponction veineuse). Durant le soin technique, la détresse comportementale augmente tandis qu'après le geste, le niveau de détresse baisse de manière significative.</p>

Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	×			Différents tableaux mettent en évidence les résultats obtenus afin de faciliter la compréhension du lecteur. Les résultats sont classés sous forme de chapitre.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	×			Les résultats montrent que la distraction et l'aide au positionnement de l'enfant par les parents permet de diminuer la peur lors des ponctions veineuses. Les résultats sont mis en lien avec ceux des études antérieures.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	×			La généralisation des résultats est limitée par la petite taille et la large tranche d'âge de l'échantillon.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	×			Les chercheurs admettent que la petite taille de l'échantillon et la large tranche d'âge limite la généralisation des conclusions. De plus, la douleur est évaluée uniquement à partir des ponctions veineuses. Pour élargir la recherche, d'autres interventions douloureuses, dont l'intensité et la durée sont différentes que durant une ponction veineuse devraient être mesurés. L'échelle des lunettes n'a jamais été utilisée auparavant pour évaluer la peur dans des études.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les	×			La participation des parents au positionnement et à la distraction des enfants lors des soins douloureux a une grande importance au sein de la cellule familiale. Elle favorise la collaboration de l'enfant et des

	travaux de recherche à venir ?			<p>parents, elle permet de diminuer la peur du geste technique et de développer l'indépendance de l'enfant, car il participe au choix des distractions et du positionnement durant le soin. Les résultats de l'étude appuient la pratique des soins centrés sur la famille (Broome, 2000) et fournissent un cadre pour offrir la possibilité que la famille soit présente au cours des procédures invasives tel que le recommande l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence (2001).</p> <p>Les chercheurs recommandent d'utiliser des anesthésies locales pour les prochaines recherches. Ils conseillent d'effectuer ce type d'étude avec un plus grand échantillon et de diversifier les interventions douloureuses afin de pouvoir généraliser les résultats.</p>
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	×		L'article est écrit en anglais. Les auteurs utilisent un vocabulaire professionnel. La forme de l'article permet d'avoir une analyse critique et minutieuse.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	×		Bien que l'étude contienne certaines limites au niveau méthodologique, l'objectif était de déterminer l'efficacité de certaines interventions qui consistaient à faire participer les parents au positionnement de leur enfant pour améliorer leur confort et à distraire leur enfant afin de détourner leur attention de la douleur, la peur et la détresse liée à la ponction veineuse. Les résultats de cette étude sont importants pour la pratique et démontrent l'utilité de la participation et de la présence des parents auprès de leur enfant durant les soins douloureux.

3. 3^{ème} grille d'analyse

Références de l'article analysé : Coyne, I. & Cowley, S. (2007). Challenging the philosophy of partnership with parents: a grounded theory study. <i>International Journal of Nursing Studies</i> . (6):893-904. Etude qualitative basée sur la théorie ancrée					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	×			Nous pouvons constater dans le titre de l'article que les auteurs ont abordé la contestation à propos de la philosophie du partenariat avec les parents.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	×			Dans le résumé, nous pouvons observer que les auteurs présentent les points suivants : - le contexte : le partenariat avec les parents est un concept essentiel aux prestations infirmières de qualité. - l'objectif : explorer le point de vue des enfants, des parents et des infirmières sur la participation des parents aux soins dans le domaine de la santé. - la conception : en utilisant la théorie ancrée. Les données sont recueillies au moyen d'entrevues et de l'observation participante. - les résultats : les parents se sentent obligés d'être présents auprès de leur enfant et d'être responsables de leur bien-être à l'hôpital. Les infirmières considèrent le rôle des parents comme « facilitateurs ». Cependant, l'idéologie du partenariat avec les parents ne reflète pas la relation entre les soignants et les parents. La frontière des soins rend difficile le partenariat des parents. - la conclusion : dans le passé, les parents étaient exclus des soins. A présent, ils ont la responsabilité de leur enfant à l'hôpital. Les modèles actuels et les théories sur la participation des parents et le partenariat sont

				<p>inappropriés et inadéquats car ils ne tiennent pas compte des éléments importants de l'expérience des parents, des enfants et des infirmières à l'hôpital</p> <p>- les mots clés : participation des parents; partenariat; enfants hospitalisés; infirmières.</p>
<p>Introduction</p> <p>Enoncé du problème</p>	<p>-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?</p>	×		<p>La littérature comprend une grande quantité d'études abordant la participation des parents aux soins pédiatriques. Cependant, beaucoup d'études semblent ambiguës, incomplètes voir contradictoires. Cela indique donc la nécessité d'une nouvelle approche sur le thème de la participation des parents. L'utilisation de la théorie ancrée peut fournir une nouvelle perspective. De plus, cette étude tient compte du point de vue des parents, des infirmiers mais également des enfants. La plupart des recherches antérieures n'explorent pas le point de vue des enfants qui a pourtant une grande importance.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?</p>	×		<p>Les écrits sur le sujet de la participation des parents aux soins pédiatriques sont relativement nombreux. Ils soulignent l'importance du partenariat avec les parents et du rôle des familles dans la prise en charge de l'enfant hospitalisé. L'hospitalisation engendre des effets néfastes tels que la séparation avec les parents, l'anxiété ou l'environnement inconnu. De plus, les effets de la maladie signifient que les enfants ont un besoin intense d'être auprès de leurs parents. Cela prouve que la participation des parents est bénéfique pour l'enfant et sa famille. Le stress et l'anxiété peuvent être diminués par la présence d'un proche à l'hôpital. Des recherches effectuées par Darbyshire (1992) ou Callery (1995) ont fourni des descriptions riches sur la nature problématique de la participation des parents, mais uniquement du point de vue des parents et des infirmiers. Le point de vue des enfants n'est souvent pas exploré.</p>
<p>Cadre théorique ou conceptuel</p>	<p>-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils</p>	×		<p>Le modèle conceptuel est le partenariat lors des soins infirmiers en pédiatrie (Casey, 1988). Ce modèle stipule que les soins des enfants, sains ou malades, sont mieux assurés par leur famille, avec toutefois l'aide nécessaire d'une équipe de soins qualifiée. Ce modèle permet de structurer</p>

	définis ?				les interventions infirmières avec les parents et les enfants. Le partenariat implique l'égalité des partenaires, le partage des informations, la négociation des soins et la responsabilité partagée. La base philosophique est la théorie ancrée. Celle-ci permet de fournir une nouvelle perspective à la problématique présente.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	×			Les questions de recherche sont présentées sous forme d'objectifs : - Examiner les conditions, les effets et la gestion de la participation des parents - Comprendre comment les parents, leur enfant et les infirmières négocient les rôles de chacun et les relations au sein de l'hôpital - Générer une théorie ancrée qui permettrait d'expliquer le processus de la participation des parents
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	×			Les chercheurs ont établi une recension d'écrits dans le but de permettre aux lecteurs de se faire une première idée sur la problématique de cette étude et des recherches effectuées antérieurement sur ce sujet. Le problème de recherche découle de l'état de connaissance.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de	×			Le devis de recherche est de type qualitatif, c'est une étude basée sur la théorie ancrée. Plusieurs périodes d'observation ont été réalisées avant de récolter les données. L'observation était de type participante. Des entrevues en profondeur ont été effectuées auprès des infirmières, des parents et des enfants dans le but d'obtenir des détails sur les raisons de l'hospitalisation, la participation des parents, la participation des infirmières ainsi que celle des enfants. Les entrevues sont une méthode de récolte de données adéquates dans le cadre des études qualitatives. Chaque période d'observation durait plus de 3h par jour et cela a été effectué sur un an. Les entrevues avec les parents ou avec les infirmières

	recherche ?				duraient 60-90 minutes et les entrevues auprès des enfants duraient généralement 30-40 minutes.
-Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	×			L'échantillon était composé de 11 enfants âgés de 7 à 14 ans, de 10 parents âgés de 30 à 56 ans, dont deux pères, et de 12 infirmières âgées de 23 à 42 ans qui travaillaient dans quatre services de médecine ou de chirurgie pédiatriques différents situés dans deux hôpitaux en Angleterre. La sélection de deux hôpitaux permet d'augmenter la qualité de l'étude et la richesse des résultats.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	×			.Les chercheurs n'indiquent pas s'ils ont atteint la saturation des données.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	×			Les auteurs ont récolté les données avec des entrevues en profondeur et avec une observation participante.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	×			Les chercheurs ont choisi d'utiliser la théorie ancrée car elle a pour but de développer la théorie afin de décrire un processus social. Ils ont notamment choisi des participants qui sont en lien avec la question de recherche et notamment, ils tiennent compte de l'avis des enfants qui est parfois négligé.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	×			Les auteurs ont décrit la procédure de recherche de manière détaillée.
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				L'approbation éthique a été obtenue par les comités éthiques des deux hôpitaux présents dans l'étude. Tous les participants ont également signé un consentement éclairé.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	×			Les étapes de l'étude sont détaillées et paraissent tout à fait crédibles. La taille de l'échantillon permet de généraliser les résultats de l'étude.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair *	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	×			<p>Les données ont été analysées à l'aide de File Maker Pro. Ce logiciel permet de séparer les données et de les regrouper ensuite, après les avoir analysées, comparées et catégorisées.</p> <p>Les résultats sont présentés en deux parties : les perspectives des parents et les perspectives des infirmières.</p> <p>Les perspectives des parents sont divisées en quatre paragraphes représentant les différents thèmes remarqués: la préoccupation pour l'enfant, l'incertitude quant à la présence des infirmières, la difficulté à offrir des soins et la perturbation pour les parents et la famille.</p> <p>La préoccupation pour l'enfant : le concept de la préoccupation de l'enfant a été très répandu et présenté comme une explication au fait que les parents éprouvent le besoin d'être auprès de leur enfant à l'hôpital. La plupart des parents ont décrit ce besoin d'être auprès de leur enfant comme un aspect de leur rôle de parent et ce besoin serait lié à l'amour qu'ils portent à leur enfant. Les parents estiment que leur présence physique permet de rassurer leur enfant hospitalisé. Ils pensent également que si leur enfant est occupé pendant l'hospitalisation, ses peurs et ses angoisses diminuent et que cela favorise son rétablissement. Les enfants ont aussi expliqué que le temps qu'ils passent à jouer avec leurs parents permet de diminuer l'ennui. Le motif principal des parents qui explique leur présence était d'apporter un soutien affectif à leur enfant. Celui-ci serait même plus important, selon les parents, que d'être impliqués dans les soins physiques. Ils déclarent vouloir apporter un soutien émotionnel et être responsable de fournir tous les éléments physiques (vêtements propres, boisson, magazines, argent,...)</p> <p>L'incertitude quant à la présence des infirmières : certains parents ont</p>

				<p>déclaré se sentir obligés d'être présents car ils ne faisaient pas confiance aux infirmières. La plupart des parents ont expliqué qu'ils considéraient les infirmières incapables d'être présentes systématiquement auprès de leur enfant en raison du reste de leur travail. Leurs actions étaient décrites comme étant particulièrement axées sur l'exécution des tâches cliniques (signes vitaux, distribution des médicaments, vérification de l'équipement,..) plutôt que d'être avec le parent et l'enfant au sens affectif. Le fait que les enfants n'aient pas une infirmière de référence a été considéré par certains parents comme un aspect négatif qui pourrait supposé que les infirmières ne connaissent pas les détails sur la maladie ou le traitement de l'enfant. Les infirmières, quant à elles, ont exprimé leur intérêt pour chaque enfant et déclarent assurer que l'enfant est en sécurité quand ses parents sont absents. Elles estiment que si l'enfant témoigne d'être en sécurité, elles gagnent ainsi la confiance des parents. Certains enfants ont développé une relation amicale avec les infirmières et semblaient se sentir confiants face à leur aide et leur soutien. Les enfants décrivent les infirmières comme étant sympathiques, agréables et serviables. La divergence entre le point de vue des enfants et des parents peut être expliquée par le fait que les enfants et les adultes ont des niveaux de confiance différents. Les enfants peuvent avoir formé une relation amicale avec les infirmières qui n'ont pas été nécessairement caractérisées par la confiance. Certains parents ont déclaré que les infirmières semblaient toujours être occupées ailleurs et qu'ils devaient attendre des moments opportuns pour avoir leur attention. Le fait que des parents avaient des difficultés à obtenir l'attention des infirmières les ont mené à se questionner si leur enfant avaient encore moins de chance d'avoir leur attention et d'obtenir leur aide en raison de leur position relativement faible. De ce fait, les parents se sentent rassurer d'être auprès de leur enfant. Certains parents ont même déclaré se sentir obligés d'être présents au chevet de leur enfant, car ils décrivent des préoccupations sur la capacité des infirmières à être présentes et à répondre aux besoins de leurs</p>
--	--	--	--	---

				<p>enfants.</p> <p>La difficulté à offrir des soins : Les inquiétudes des parents quant à la disponibilité des infirmières ainsi que les attentes en lien avec le rôle des infirmières amènent les parents à se sentir responsables du bien être émotionnel et physique de leur enfant à l'hôpital. Les parents étaient disposés à fournir des services de garde mais étaient généralement réticents à effectuer des soins infirmiers plus techniques car ils ne souhaitaient pas provoquer de la douleur ou de l'inconfort à leur enfant. Cela peut s'expliquer car le fait d'infliger de la douleur va à l'encontre du rôle parental qui est de protéger son enfant. De plus, ils estimaient ne pas avoir les connaissances et l'expérience nécessaire. Les soins techniques étaient généralement considérés comme faisant partis de la responsabilité de l'infirmière en raison de leur formation et de leur expertise. Les parents qui participaient aux soins techniques étaient principalement des parents dont l'enfant souffrait d'une maladie chronique ou si les soins devaient être poursuivis à la maison. Cependant, les parents sont généralement prêts à se rendre utile durant les soins et à adapter leur rôle pour se conformer aux attentes des infirmières dans le but d'établir de bonnes relations. Cependant, les parents ont éprouvé des difficultés à trouver un équilibre entre leur rôle et celui des infirmières en raison du manque d'informations et des limites ambiguës. Les parents avaient peur de dépasser leur rôle ou au contraire, de ne pas en faire assez. Par conséquent, ils se sentent dans une situation où ils laissaient faire les choses. Les attentes des infirmières envers les parents n'étaient pas assez définies et cela a pu provoquer des angoisses pour certains parents. Les parents découvraient les attentes des infirmières par trois processus : demander la permission pour les actions, l'apprentissage par essais et erreurs, et l'apprentissage des normes et des attentes au fil du temps.</p> <p>La perturbation pour les parents et la famille : l'effort de maintenir une présence constante dans l'hôpital entraine des perturbations considérables pour les parents et pour la vie familiale. Les parents ont éprouvé des</p>
--	--	--	--	--

				<p>difficultés à trouver un équilibre entre le fait d'être à l'hôpital en raison du besoin des autres membres de la famille, du travail, des responsabilités habituelles, des besoins personnels et du ménage. Le fait d'assurer une présence constante à l'hôpital entraîne des coûts comme la nourriture, les boissons, les déplacements ou une diminution du revenu habituel. L'effort d'être présent peut engendrer un stress pour les parents qui ont peu de ressources pour effectuer les autres responsabilités. Le fait d'être constamment présents signifie que de nombreux parents négligent leurs propres besoins comme de se nourrir ou de se reposer. L'obligation à donner des soins infirmiers à leur enfant a mené certains parents à se sentir sous pression et à avoir l'impression de ne pas être pris en charge. Les parents se sentaient dans une position relativement impuissante et avaient l'impression que d'être à l'hôpital toute la journée faisait parti des attentes des infirmières.</p> <p>Les perspectives des infirmières sont divisées en quatre paragraphes représentant les différents thèmes remarqués: en supposant que les parents participeront, en s'appuyant sur les parents, essayage avec les parents et en prétendant qu'il s'agit d'un partenariat.</p> <p>En supposant que les parents participeront : les auteurs déclarent qu'il est compréhensible que les parents avaient l'impression qu'ils devaient s'impliquer dans l'exécution des soins car les infirmières s'attendaient à ce que les parents soient présents et participent aux soins des enfants. Les infirmières justifient généralement nécessaire la présence des parents. Bien que quelques infirmières soient conscientes que la participation des parents soient difficiles en raison de leurs autres obligations personnelles, familiales et professionnelles, la plupart des soignants estiment normal que les parents soient présents et participent aux soins. Certaines infirmières ont l'impression que les parents se déchargent de leur rôle car ils n'ont pas la garde de l'enfant. Ce fait n'est pas soutenu par le point de vue des parents. Les infirmières ont souligné l'importance d'être ouvertes à la participation des parents aux soins en les laissant directement y contribuer.</p>
--	--	--	--	---

				<p>Elles déclarent qu'il est normal que les parents participent aux soins de leur enfant. Certaines infirmières peuvent même se montrer critiques et dédaigneuses face aux parents qui ne souhaitent pas prendre part aux soins.</p> <p>En s'appuyant sur les parents : Il semble que les infirmières soient dépendantes de la présence des parents car les parents sont généralement responsables des soins généraux. Les infirmières ont besoin que les parents soient souvent présents auprès de leur enfant car elles ne peuvent pas être elles-mêmes être au chevet de chaque enfant en permanence. La présence des parents et leur contribution aux soins fait parti de la norme. Par conséquent, les infirmières considèrent normal que les parents effectuent la garde de l'enfant dans les services de soins. Les infirmières ne peuvent pas effectuer la garde de chaque enfant en raison du manque de personnel, de l'augmentation des soins techniques, des tâches administratives, de la supervision du personnel ou encore de la coordination des procédures. Certaines infirmières décrivent un sentiment de pression en lien avec le devoir de faire leur travail dans les temps afin de pouvoir bénéficier de leur pause. Elles estiment que la dotation du personnel en pédiatrie est insuffisante et de ce fait la garde des enfants est exécutée par les parents. L'admission d'un enfant peut être refusée si aucun des parents n'a pu être présent avec l'enfant.</p> <p>Essayage avec les parents : la situation idéale était que les infirmières et les parents s'orientent vers le but d'obtenir un partage des soins. Les parents respectaient les habitudes et les attentes des infirmières. Les résultats ont indiqué que les infirmières ont contrôlé la nature et l'étendue de la participation des parents à travers des actions positives ou négatives. Les parents qui ont participé aux soins étaient considérés comme coopératifs et sont généralement étiqueté comme « bons parents ». Les parents qui ne sont pas constamment présents au chevet de leur enfant ont été considérés comme coopératifs mais étaient étiqueté comme « parents problèmes ».</p> <p>En prétendant qu'il s'agit d'un partenariat : le rôle des infirmières était</p>
--	--	--	--	--

					d'encourager, d'enseigner et d'expliquer aux parents certaines stratégies. Cet arrangement a été considéré comme « un partenariat de soins ». Les infirmières ont décrit une bonne relation avec les parents et qu'ils se sentaient capables de parler librement. La philosophie du partenariat a été considérée comme étant apparentée à l'éthique de la responsabilité partagée. L'inconvénient de cette approche est que les parents se sentaient majoritairement responsables des soins. Quant à elles, les infirmières n'oublient pas leur rôle et leur responsabilité. Certaines infirmières ont signalé des difficultés à appliquer le partenariat avec les parents dans la pratique. Dans cette philosophie de soins, les parents prennent une grande place et exécutent beaucoup de soins, mais ce n'est pas évident pour certaines infirmières de laisser leur place. Les infirmières ont estimé qu'il était rare d'avoir atteint une relation de partenariat avec les parents qu'elles avaient catégorisé « parents problèmes ». Les infirmières ont très peu utilisé le terme de « partenariat » pour décrire leur pratique avec les parents, mais elles ont plutôt employé le terme « implication dans les soins ». Certaines infirmières ont dévoilé que la philosophie du partenariat était plus un terme à la mode, mais qu'il ne se reflétait pas dans leur pratique.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?			×	Les résultats révèlent que toutes les personnes ayant été questionnées lors de l'étude avaient des difficultés avec la philosophie du partenariat dans les soins. Le concept de base était « trouver un équilibre ». Ce concept semble être utilisé par les enfants, les infirmières et les parents afin d'atteindre un équilibre dans leurs milieux sociaux et dans la salle de soins. Les principales conclusions relatives au concept de base ne sont pas présentées dans l'étude étant donné que l'accent est mis sur la présentation des données qui remet en cause la philosophie du partenariat avec les parents. Deux tableaux sont utilisés pour imager les liens entre les différents thèmes qui ressortent des résultats.
Discussion	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche	×			Le modèle conceptuel qui est le partenariat dans les soins est remis en question. Les auteurs expliquent que les parents n'ont pas été considérés

Intégration de la théorie et des concepts	philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?				comme des partenaires dans les soins et que les infirmières comptaient sur les parents principalement pour assurer la garde de leur enfant. Les résultats sont comparés aux résultats des recherches antérieurs. Les chercheurs ont également appuyé les résultats en les mettant en lien avec les citations des participants lors des entrevues. Ceci leur a permis d'interpréter les résultats selon la base philosophique qui était la théorie ancrée.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?			×	Les chercheurs n'abordent pas la question de la généralisation des conclusions.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	×			Les chercheurs décrivent les limites de l'étude. Premièrement, la majorité des participants étaient de race blanche et étaient des mères. De ce fait, le point de vue des pères ne reflète pas dans l'étude et il n'y a pas d'aspect multiculturel. De plus, les enfants étaient âgés de 7 à 14 ans, les parents avec des enfants plus jeunes pourraient probablement avoir une attitude différente dans la participation des soins. D'autre part, cette étude s'est déroulée dans des unités de médecine ou de chirurgies pédiatriques. La répétition de cette étude dans d'autres établissements de soins pourraient apporter des nouvelles informations afin d'aboutir à une théorie avec une application plus large.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	×			Les auteurs suggèrent que les futures recherches devraient aborder l'impact de l'idéologie du partenariat dans les soins sur les participants du système de santé. Cette recherche montre que les parents manquent de soutien durant l'hospitalisation de leur enfant. Les infirmières devraient aider à soulager leur détresse et leurs angoisses. Les services des soignants doivent être conçus et livrés autour des besoins de l'enfant et de sa famille. La plupart des parents étaient prêts à se rendre utiles et à aider les infirmières mais ils manquaient d'informations et de conseils. Les infirmières doivent donc

					<p>énoncer clairement les soins auxquels les parents peuvent participer et les soutenir durant ceux-ci. Afin d'éviter de faire des hypothèses sur la participation des parents, les infirmières doivent évaluer la volonté des parents à participer aux soins et les négocier en conséquence. Les parents doivent faire face à l'hospitalisation de leur enfant et aux obligations de la vie quotidienne. Il est important que les infirmières reconnaissent le contexte familial et évalue son système de soutien pour offrir la possibilité aux parents d'être auprès de leur enfant et de minimiser les perturbations de la vie familiale. La philosophie du partenariat des soins ne tient pas compte du contexte organisationnel dans lequel les infirmières travaillent. Les résultats suggèrent fortement que la dotation du personnel soignant soit augmentée afin que les infirmières aient le temps de soutenir les parents dans la participation aux soins. Le terme « partenariat » implique une relation duelle. Le terme n'est pas adéquat dans le cadre de cette étude, il serait nécessaire de développer un concept plus approprié.</p>
<p>Questions générales Présentation</p>	<p>-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?</p>	×			<p>L'article est écrit en anglais. Les auteurs utilisent un vocabulaire professionnel. La structure de cette étude correspond aux critères de recherches qualitatives. La lecture est agréable à lire et le contenu permet au lecteur d'avoir une analyse critique et minutieuse.</p>
<p>Evaluation globale</p>	<p>-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?</p>	×			<p>Les résultats de l'étude sont probants et importants. Ils démontrent certains problèmes dans le partenariat des parents lors des soins de leur enfant et évoquent des pistes d'amélioration.</p>

4. 4^{ème} grille d'analyse

Références de l'article analysé : Coyne, I. (2008). Disruption of parent participation: nurses' strategies to manage parents on children's wards. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 17(23) 3150-8. Etude qualitative basée sur la théorie ancrée					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	×			Le titre permet de saisir le sujet de l'étude qui porte sur la perturbation de la participation des parents et les stratégies infirmières qui visent à gérer les parents dans les services de pédiatrie.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	×			Le résumé contient le but, le contexte, la conception, les résultats, la conclusion, l'implication pour la pratique et les mots clés. - Le but : explorer le point de vue des infirmières, des parents et des enfants sur la participation des parents lors des soins de l'enfant hospitalisé. - Le contexte : la participation des parents est toujours plus revendiquée dans les soins, car elle permet d'éviter les aspects négatifs de l'hospitalisation de l'enfant, de diminuer la séparation avec les parents et de contribuer aux soins de qualité. La participation des parents est supposé ne pas engendrée de problème, mais il existe des preuves qui montrent que les infirmières ont parfois des difficultés à prendre soins des parents. - La conception : la théorie ancrée est utilisée. Les données sont recueillies au moyen d'entrevues et de l'observation participante. - Les résultats : le processus dominant semble être la socialisation des parents à leur rôle par l'utilisation de tactiques d'inclusion et d'exclusion. Les infirmières contrôlent la nature de la participation des parents et les influençaient à « rentrer dans le rang ». Bien que la participation des parents a été présentée comme facultative, les parents ont accepté de

				<p>participer aux soins. Les parents devaient rester auprès de leur enfant, se comporter correctement et être impliqués dans les soins. Lorsque les parents ne se conforment pas à ses normes, ils ont perturbé l'ordre et les habitudes du service. Suivant si les parents sont conformes ou non, ils seront ensuite récompensés ou punis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La conclusion : les infirmières montrent une dépendance à la participation des parents dans l'organisation et les prestations. Cette dépendance suggère que la participation des parents est clairement efficace pour le côté administratif, mais qu'il y a des lacunes au niveau de la responsabilisation des consommateurs. - L'implication pour la pratique : les questions d'organisation et de gestion doivent être examinées afin de s'assurer que les infirmières soient préparées de manière adéquate pour soutenir les parents dans les services pédiatriques. L'évaluation des attentes des parents serait un outil qui aiderait à réduire les malentendus et les conflits. Les infirmières devraient évaluer le contexte de chaque situation familiale plutôt que de se fonder sur des impressions subjectives et des hypothèses. - Les mots clés : children, nurses, parents, participation, socialization process, strategies
Introduction Énoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	×		<p>La participation des parents est toujours plus revendiquée dans les soins, car elle permet d'éviter les aspects négatifs de l'hospitalisation de l'enfant, de diminuer la séparation avec les parents et de contribuer aux soins de qualité. La participation des parents est supposée ne pas engendrer de problème, mais il existe des preuves qui montrent que les infirmières ont parfois des difficultés à prendre soin des parents. Cette étude contribue aux connaissances sur les attitudes infirmières et la gestion de la participation des parents, car peu de recherches et d'études ont développé ce sujet. Cette étude permettra d'augmenter l'état des connaissances.</p>
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène	×		<p>La participation des parents durant les soins de leur enfant hospitalisé est un principe important dans les soins infirmiers depuis plus de 45 ans. La politique gouvernementale soutient que les soins aux enfants doivent être</p>

	étudié ?				<p>prodigués en partenariat avec les parents. Généralement, les parents acceptent de participer aux soins et passent beaucoup de temps au chevet de leur enfant hospitalisé. La nécessité d'être au chevet de l'enfant est une croyance qui explique la participation des parents aux soins. Il est souvent supposé que la participation des parents ne pose aucun problème et qu'ils entretiennent des relations harmonieuses avec les infirmières. Certaines études rapportent que les parents bénéficient des possibilités d'enseignement et de supervision de la part des infirmières. Cependant, d'autres données suggèrent que les infirmières ont souvent des difficultés à s'occuper des parents et ont des attitudes négatives face à la participation des parents. Certaines études expliquent que les infirmières ont des difficultés avec la présence des parents car elles manquent de compétences relationnelles et se sentent menacées par la perte de leur autorité professionnelle. Certains chercheurs expriment leur surprise et leur consternation face aux comportements de certaines infirmières envers les parents. Cela a donné naissance à plusieurs projets de recherches qui visent à identifier et à quantifier les caractéristiques des infirmières qui se comportent de cette façon. Ces recherches ont conclu que les infirmières qui avaient des attitudes positives envers la participation des parents étaient associées à des niveaux d'éducation élevés, à des postes supérieurs et au fait d'être marié ou d'être un parent.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	×			<p>La base philosophique est la théorie ancrée. Les auteurs décrivent la théorie ancrée comme étant une méthode systématique qui permet d'étudier le comportement humain et les interactions dans des situations complexes. Dans la théorie ancrée, le chercheur tente de comprendre le comportement des participants et apprend à connaître leur monde et leurs interactions.</p>
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	×			<p>La question de recherche est formulée sous forme d'objectif : explorer le point de vue des infirmières, des parents et des enfants sur la participation des parents lors des soins de l'enfant hospitalisé.</p>

	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	×			Les chercheurs ont établi une recension d'écrits dans le but de permettre aux lecteurs de se faire une première idée sur la problématique de cette étude et des recherches effectuées antérieurement sur ce sujet. Le problème de recherche découle de l'état de connaissance.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	×			Le devis de recherche est de type qualitatif, c'est une étude basée sur la théorie ancrée. Plusieurs périodes d'observation ont été réalisées afin de récolter les données. L'observation était de type participante. Des entrevues en profondeur ont été effectuées auprès des infirmières, des parents et des enfants. Les notes détaillées ont été transmises aux participants, des discussions avec les professionnels de la santé et des réflexions sur les données des entrevues ont été effectuées. Les entrevues sont une méthode de récolte de données adéquates dans le cadre des études qualitatives. Chaque période d'observation durait plus de 3h par jour et cela a été effectué sur un an. Les entrevues avec les parents ou avec les infirmières duraient 60-90 minutes et les entrevues auprès des enfants duraient généralement 30-40 minutes.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	×			L'échantillon était composé de 11 enfants âgés de 7 à 14 ans, de 10 parents âgés de 30 à 56 ans, dont deux pères, et de 12 infirmières âgées de 23 à 42 ans qui travaillaient dans quatre services de médecine ou de chirurgie pédiatriques différents situés dans deux hôpitaux en Angleterre. La sélection de deux hôpitaux permet d'augmenter la qualité de l'étude et la richesse des résultats.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	×			.Les chercheurs n'indiquent pas s'ils ont atteint la saturation des données.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	×			Les auteurs ont récolté les données avec des entrevues en profondeur et avec une observation participante.

	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	×			Les chercheurs ont utilisé la théorie ancrée car elle a pour but de développer la théorie afin de décrire un processus social. Ils ont notamment choisi des participants qui sont en lien avec la question de recherche et notamment, ils tiennent compte de l'avis des enfants qui est parfois négligé.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	×			Les auteurs ont décrit la procédure de recherche de manière détaillée. Ils ont utilisé les préceptes de la théorie ancrée. Les interviews ont été écoutées, les thèmes généraux ont été classés et ensuite, les chercheurs ont retranscrit les enregistrements mots à mots. Les thèmes abordés lors des entretiens ont été repris et développés à nouveau lors d'un second entretien. Les données ont été comparées, analysées et codées afin d'être ensuite catégorisées et intégrées dans la théorie principale. L'approbation éthique a été obtenue par les comités éthiques des deux hôpitaux présents dans l'étude. Tous les participants ont également signé un consentement éclairé
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	×			Les étapes de l'étude sont détaillées et paraissent tout à fait crédibles. Les chercheurs déclarent que cette étude est crédible car ils ont reconnu les connaissances personnelles et professionnelles. Ils ont également traité l'influence des interactions chercheur-participant sur le processus de recherche. Lors de la collecte des données, les actions, les interactions et les états subjectifs étaient consignés dans des notes de terrain afin de minimiser le risque de distorsion des données. Le cadre théorique finale a été partagé oralement et par écrit avec les infirmières pour valider l'utilité de l'étude.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair *	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques

<p>Résultats</p> <p>Traitement des données</p>	<p>Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?</p>	<p>×</p>		<p>Le processus de socialisation semblait prendre deux trajectoires possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - trajectoire 1: socialiser les parents aux normes attendues. Cette trajectoire comprend trois dimensions : permettre aux parents de prendre du recul, les infirmières prennent du recul et l'interprétation des actions infirmières par les parents. - trajectoire 2 : la gestion de parents non-conformes. Cette trajectoire a également incorporé trois dimensions : identifier les parents non conformes, l'étiquetage des parents non-conformes et la gestion des « parents à problème». La gestion des « parents à problème » e été effectuée par des stratégies d'inclusion ou des stratégies d'exclusion. Les conséquences de l'évitement des parents ont été également décrites. <p>- La perturbation et le processus de socialisation</p> <p>Les infirmières attendent que les parents restent et fournissent une assistance psychologique, des soins de base et certains soins infirmiers à leur enfant. Les infirmières considèrent leur rôle comme « facilitateur » plutôt que « faiseur ». Les parents doivent être coopératifs, utiles et peu exigeants. Ils doivent suivre les instructions et s'impliquer dans les soins à faire. De même, les enfants doivent être agréables et respectueux envers les professionnels de la santé. Certaines infirmières ont parlé des parents qui causent des problèmes en raison de leur niveau élevé d'anxiété, de leurs mauvaises expériences précédentes dans le domaine de la santé, de leur méfiance envers les professionnels de santé et de leurs attentes contradictoires en lien avec le rôle des infirmières. Bien que les parents perturbent les habitudes du service, les infirmières étaient dépendantes de leur présence et de leur participation dans les soins. Les parents et les enfants doivent se conformer aux normes du service afin qu'il puisse fonctionner.</p> <p>Le processus de socialisation semblait prendre deux trajectoires possibles qui s'auto-renforçaient.</p> <p>- trajectoire 1: socialiser les parents aux normes attendues</p>
---	---	----------	--	--

				<p>Cette trajectoire incorporé trois dimensions.</p> <p>- permettre aux parents de prendre du recul : la plupart des infirmières ont souligné l'importance de permettre aux parents de décider de la nature de leur implication dans les soins. Cela permet de diminuer leur stress et ainsi de ne pas nuire au bien-être de leur enfant. Certaines infirmières ont observé que, lors de l'admission, les parents sont souvent assis au chevet de l'enfant car ils étaient anxieux et incertains de leur rôle dans le service. Les infirmières expliquaient diverses raisons pour lesquelles les parents peuvent être inquiets: l'intérêt pour le bien-être de l'enfant; les parents sont témoins de la souffrance de leur enfant, le manque de connaissances, l'incertitude en ce qui concerne la santé de l'enfant et la méconnaissance du service de soins. L'état d'anxiété des parents a été considéré comme une entrave à la capacité de compréhension des informations. Par conséquent, les infirmières ont parlé de l'importance de permettre aux parents de prendre du recul. La participation des parents était entièrement volontaire. Néanmoins, les infirmières supposaient qu'il était normal que les parents participent aux soins. Les infirmières ne remarquaient pas leurs attentes envers les parents et pensaient que c'était eux qui choisissaient de participer aux soins pour des raisons personnelles ou parce qu'ils se sentaient coupables de ne pas participer quand d'autres parents le faisaient. Cette interprétation montre que les parents jouent un rôle dans l'organisation de la charge de travail des infirmières</p> <p>- les infirmières prennent du recul : les infirmières ont également parlé de l'importance de prendre du recul par rapport à la situation afin de permettre aux parents de remplir leur rôle parental. Les parents, surtout les mères, étaient supposés connaître un déficit de leur rôle car ils n'étaient plus responsables de leur enfant durant l'hospitalisation. Cette privation de rôle a provoquée des sentiments d'insuffisance et de désespoir face à la capacité des parents à prendre soin de leur enfant sur le long terme. Les parents doivent donc continuer à prodiguer des soins de base afin de restaurer leur confiance et leur estime de soi en tant que parents. Les</p>
--	--	--	--	---

				<p>infirmières encourageaient les parents à participer durant des actions comme l'évaluation, l'enseignement et la supervision. Les infirmières doivent faire en sorte que les parents donnent des soins de manière adéquate. Cependant, les parents d'enfants atteints de maladies chroniques n'avaient pas besoin d'être supervisés car ils étaient considérés comme bien informés sur la maladie et comme compétents pour prodiguer des soins. Les infirmières ont souligné l'importance d'évaluer chacun des parents et la situation, mais aucune méthode d'évaluation systématique n'a été mentionnée. Certaines infirmières ont évalué la volonté des parents de participer aux soins. Le manque d'outils d'évaluation formelle implique que les infirmières peuvent compter uniquement sur leur expérience et sur des hypothèses subjectives. Généralement, les parents ont réagi positivement au processus de socialisation. Certaines infirmières passent plus de temps avec les familles « agréables » qui s'impliquaient et qui répondaient aux attentes des infirmières. Ces familles ont été récompensées avec une attention particulière.</p> <p>- l'interprétation des actions infirmières par les parents : les données des infirmières ont tendance à décrire que certains parents ont eu des problèmes avec les infirmières. Selon les infirmières, ces problèmes étaient présents car les parents avaient l'impression que leur rôle parental était menacé. Cependant, l'anxiété des parents pourrait être considérée comme une réaction normale à une situation stressante et ce n'est pas forcément un sentiment de rôle parental menacé qui est à l'origine de l'anxiété. Plusieurs parents ont déclaré prendre du recul car ils voulaient seulement être présents pour leur enfant. Certains parents se sont interrogés sur la qualité des soins prodigués à leurs enfants quand ils étaient absents. Cela a déclenché davantage d'anxiété.</p> <p>- trajectoire 2 : la gestion de parents non-conformes Cette trajectoire a également incorporé trois dimensions.</p> <p>- la gestion de parents non-conformes : beaucoup de règles et de normes concernant les comportements appropriés ont été conçues pour contrôler la</p>
--	--	--	--	--

				<p>présence et le mouvement des parents à l'intérieur des services de soins. Beaucoup de règles n'ont pas été formulées explicitement, mais on n'a pu isoler l'avis des infirmières concernant les « parents à problème ». Les parents étaient censés agir comme des invités, mais en même temps tenus d'accomplir les tâches déléguées par les infirmières. Bien que la plupart des infirmières semblaient conscientes que les parents puissent trouver les journées à l'hôpital fatigantes et stressantes, ils devaient néanmoins être présents constamment pour leurs enfants. Les infirmières ont tendance à mesurer la vie de famille en termes d'habitudes de visite et étaient susceptibles d'avoir des attitudes négatives envers les mères qui ne pouvaient pas passer beaucoup de temps à l'hôpital. Certains soignants ont essayé de contrôler les visites des parents. Cela se constate par les parents qui demandent la permission de quitter la chambre de leur enfant ou par les infirmières qui suggèrent aux parents de faire une pause plutôt que de les laisser choisir le moment pour faire leur pause. Les parents qui s'absentaient étaient susceptibles d'être considérés comme des parents qui ne remplissaient pas leur rôle et qui ne se préoccupaient pas du bien-être de leur enfant. Les infirmières ont une certaine dépendance de la présence des parents. Donc si les parents quittaient le chevet de leur enfant, cela faisait du tort à l'enfant mais également aux infirmières. Les parents qui s'attendaient à ce que les infirmières soient présentes en permanence, ont été considérés comme n'étant pas au courant de l'évolution du rôle des infirmières dans la société d'aujourd'hui. Les parents qui demandaient souvent de l'aide étaient également mal perçus par les infirmières. Les parents ayant des compétences parentales inadéquates ont demandé plus de temps aux infirmières car elles devaient les observer et leur apprendre les compétences parentales de base. Certains parents étaient incapables de respecter et de se conformer aux règles de l'hôpital. D'autres parents possédaient des pratiques non hygiéniques qui pouvaient représenter des risques pour la santé de leur enfant ou d'autres enfants. Ces parents devaient être surveillés de manière stricte et cela représentait un fardeau</p>
--	--	--	--	--

				<p>considérable sur le temps du personnel infirmier. Les parents qui étaient considérés comme coopératifs par les infirmières étaient généralement étiquetés comme de « bons parents ». Certaines infirmières ont décrit que certains parents prolongeaient ou entravaient le rétablissement d'un enfant car ils dramatisent la maladie de l'enfant et demandent plus de soins. Les parents étaient censés garder leur calme et donc aider les infirmières à gérer leur enfant. Les parents qui étaient agressifs envers les infirmières et les autres professionnels de la santé constituaient une perturbation majeure dans les soins. Les parents qui posaient beaucoup de questions et remettaient en question les décisions liées au traitement pouvaient être considérés comme étant surqualifiés, possédant trop d'informations et essayant d'anticiper le rôle des professionnels. Ce comportement a été considéré comme perturbateur car il a contesté les compétences des infirmières et demandait beaucoup de temps.</p> <p>- l'étiquetage parents non-conformes : les parents qui ne correspondaient pas aux normes des comportements souhaités (être présents et participer aux soins) et qui ont résisté à la socialisation ont perturbé le bon déroulement du service. Par conséquent, ces parents ont été étiquetés «à problèmes». Les parents qui ne respectaient pas les normes semblaient être étiquetés selon leur âge, leur culture, leur personnalité, leur comportement, leurs compétences sociales et leur classe sociale.</p> <p>La gestion des « parents à problème » : les infirmières utilisaient principalement la stratégie d'inclusion en tentant de modifier le comportement du parent par l'influence. Lorsque cela ne fonctionnait pas, elles ont eu recours à la stratégie d'exclusion.</p> <p>- les stratégies d'inclusion : certaines infirmières semblaient reconnaître que les parents qui ont un comportement difficile étaient souvent en colère à cause des problèmes de communication, du manque de contact avec les infirmières ou de la négligence perçue chez leur enfant. Ainsi, le comportement agressif des parents n'était pas intentionnel. L'agressivité</p>
--	--	--	--	---

				<p>traduisait leur inquiétude et le souci de leur enfant. Ces infirmières insistaient notamment sur l'importance d'être moralisateur et de ne pas blâmer les parents pour leurs réactions. Comprendre la cause de la colère des parents est important. Les stratégies décrites pour aider ces parents étaient de passer du temps avec eux, d'écouter leurs préoccupations, de leur fournir des informations régulièrement. Des bonnes aptitudes de communication ont été considérées comme essentielles pour améliorer les relations entre parents et professionnels de la santé. Il a été suggéré que les parents peuvent être méfiants envers les professionnels de la santé en raison de problèmes personnels ou de souvenirs liés à des mauvaises expériences dans les soins. Les infirmières doivent travailler dur pour rétablir la confiance avec ces parents et parfois la confiance n'est jamais rétablie.</p> <p>- les stratégies d'exclusion : lorsque les stratégies d'inclusion ont échouées avec les parents difficiles, les infirmières ont utilisé des stratégies d'évitement en minimisant le contact direct avec les parents. Les infirmières ont déclaré préférer les éviter en restant dans les chambres de traitement ou le bureau infirmier. Lorsque les infirmières ne pouvaient éviter les parents difficiles, elles les ont écartés du service en les persuadant de prendre des pauses et ainsi de quitter le chevet de leur enfant. Les infirmières avaient généralement des difficultés à traiter avec « les parents à problème » et ont exprimé des sentiments de frustration et d'ennui. Elles se sentaient mal équipées pour faire face à ce type de parents et ont parlé de leur besoin de compétences spécifiques afin de les gérer. Les infirmières reconnaissaient que l'étiquetage des parents les rendaient encore plus réticents à s'occuper de ces parents et de leur enfant.</p> <p>- les conséquences de l'évitement des parents : l'évitement peut être considéré comme une manière de limiter, de modifier et de contrôler le comportement des parents par les infirmières. Toutefois, ces stratégies sont susceptibles d'aggraver une situation déjà difficile et une relation conflictuelle. Certaines infirmières semblaient incapables d'interpréter les</p>
--	--	--	--	--

					événements du point de vue des parents et semblaient ne pas être conscientes de leur propre contribution à la relation conflictuelle. Le manque de contact et les omissions des infirmières provoquent de la méfiance envers les professionnels chez les parents. La tendance à ignorer le parent en colère et à éviter d'écouter ses plaintes peut signifier que certains besoins des parents et des enfants sont négligés.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	×			Les résultats sont catégorisés sous forme de sous chapitres qui représentent les thématiques principales. Ceci permet de faciliter la compréhension des résultats aux lecteurs. Un premier tableau est présenté. Il met en lien les deux trajectoires décrites dans les résultats avec les actions des infirmières ainsi que les résultats. Un second tableau met en évidence les caractéristiques des « parents à problème ».
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	×			Les résultats sont abordés dans le chapitre « discussion » et sont comparés aux résultats des recherches antérieures. Les chercheurs ont également appuyé les résultats en les mettant en lien avec les citations des participants lors des entrevues. Ceci leur a permis d'interpréter les résultats selon la base philosophique qui était la théorie ancrée.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	×			Les auteurs déclarent que la généralisation des résultats est limitée car le nombre d'infirmières qui ont participé à l'étude était faible.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	×			Les auteurs décrivent les limites suivantes : - Le nombre d'infirmières qui ont participé à l'étude était faible, cela limite la généralisation des résultats - La recherche ne prend pas en compte les élèves infirmières et les infirmières ayant une autre culture - Les participants ont indiqué que leur comportement était influencé par le

					comportement des autres participants à l'étude
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	×			<p>Les résultats de l'étude démontrent que le comportement des infirmières a une influence importante sur les expériences des parents à l'hôpital. Le manque de négociation et de clarté des rôles provoque un stress pour les parents et les infirmières. Cette situation doit être améliorée. Cette étude prouve que l'approche basée sur un modèle cognitif peut être utile mais est très limitée. Les infirmières doivent évaluer le contexte de la situation familiale avant de s'appuyer sur des hypothèses et des impressions subjectives en lien avec la participation des parents aux soins. Elles doivent également reconnaître les dissonances entre les professionnels et les perspectives des parents. L'évaluation des attentes des parents serait un outil qui aiderait à réduire les malentendus et les conflits. Les infirmières ont peut être besoin de définir leurs difficultés en lien avec les interactions avec les parents. Ceci dans le but de dépersonnaliser les problèmes et les voir dans un contexte plus large, selon les conditions structurelles et fonctionnelles du service. Lors des formations, il serait judicieux de mettre l'accent sur les habilités d'adaptation et non uniquement sur les compétences de communication.</p> <p>L'impact de la présence des parents sur la charge de travail des infirmières semble être négligé dans la littérature. Cependant, on constate que le confort des parents est souvent insuffisant et leurs besoins ne sont pas toujours pris en compte dans les soins. C'est pourquoi, les infirmières doivent être préparées et avoir les ressources nécessaires afin de pouvoir soutenir les parents durant l'hospitalisation de leur enfant. Les infirmières doivent être soutenues et récompensées par leurs supérieurs afin de fournir des soins de qualité aux parents.</p> <p>Il est impératif que les infirmières déterminent le niveau de participation des parents aux soins afin de pouvoir les soutenir de manière efficace. Il est également important de promouvoir des soins centrés sur la famille.</p> <p>D'autres recherches devraient être effectuées sur l'organisation et la</p>

					gestion afin d'évaluer l'influence des relations de pouvoir sur les relations infirmière-parents. Des recherches complémentaires avec un échantillon plus large sur les différentes qualités de soins, comme les soins prodigués par des infirmières étudiantes ou des infirmières ayant une autre culture, pourraient être utiles afin de développer l'état des connaissances.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	×			L'article est écrit en anglais. Les auteurs utilisent un vocabulaire professionnel. La structure de cette étude correspond aux critères de recherches qualitatives. La lecture est agréable à lire et le contenu permet au lecteur d'avoir une analyse critique et minutieuse.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	×			Les résultats de l'étude sont probants et importants. Les résultats décrivent que les infirmières montrent une dépendance à la participation des parents dans l'organisation et les prestations. Cette dépendance suggère que la participation des parents est clairement efficace pour le côté administratif, mais qu'il y a des lacunes au niveau de la responsabilisation des consommateurs. Cela indique que la participation des parents, après avoir été considéré comme un droit, est devenu un élément critique dans les stratégies de réduction des coûts. La philosophie du partenariat avec les parents a débuté pour des raisons morales (bien-être de l'enfant) mais aujourd'hui, cette philosophie est pilotée par des facteurs sociaux et économiques. Le partenariat avec les parents dans les soins a certains avantages. Cependant, le fait que les parents ne soient pas rémunérés pour effectuer les soins peut avoir des effets négatifs sur la satisfaction des parents. Leur insatisfaction peut avoir des répercussions sur le bien-être de leur enfant et sur le fonctionnement de leur famille. Des pistes d'amélioration pour la pratique infirmière sont suggérées, comme le fait de promouvoir des soins centrés sur la famille.

5. 5^{ème} grille d'analyse

Références de l'article analysé : Aein, A., Alhani, F., Mohammadi, E. & Kazemnejad, A. (2009). <i>Parental participation and mismanagement: A qualitative study of child care in Iran</i> . Oxford : Blackwell Publishing. Etude qualitative, analyse thématique					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	×			Le titre permet aux lecteurs de saisir le sujet de l'étude qui traite la mauvaise gestion et la participation des parents aux soins des enfants.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	×			Le résumé décrit le but, le déroulement, les résultats principaux ainsi que les mots clés utilisées. Le but de cette étude est d'explorer l'expérience des parents et des infirmiers dans la participation des parents aux soins de leur enfant dans deux hôpitaux en Iran. Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues auprès d'infirmières et de parents dans deux hôpitaux pédiatriques iraniens. Quatre thèmes ont émergés dans les résultats : la nécessité de la présence d'un parent, la délégation imprévue et informelle des soins aux parents, l'incohérence des soins et les parents comme évaluateurs de soins informels. Les mots clé utilisés sont : child hospitalization, chronic illness, parent participation, parent partnership.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	×			Le phénomène étudié est la participation des parents aux soins de leur enfant qui est atteint d'une maladie chronique et qui est hospitalisé dans un hôpital en Iran.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	×			La société a vu considérablement évoluer les technologies et le progrès médical au cours des dernières décennies. Le taux de mortalité des enfants a largement diminué. Cependant, les enfants atteints de maladies chroniques doivent subir de nombreuses hospitalisations. Pour les parents

				<p>ainsi que les enfants, ces hospitalisations engendrent des émotions intenses. Une approche centrée sur la famille est un moyen d'atténuer les problèmes potentiels tout en respectant la relation avec l'enfant et ses parents. L'idée de la participation des parents fait partie intégrante du modèle de soins centré sur la famille. Les rôles et les responsabilités parentales changent lorsque leur enfant est hospitalisé. La négociation des rôles parentaux est un phénomène qui a été souvent étudié et les résultats indiquent que chaque parent est unique et a un style, une structure familiale, des besoins qui lui sont propres. La volonté à participer aux soins est propre à chaque parent également. Certaines études ont montré la difficulté des parents de s'intégrer à la prise en charge de leur enfant en raison de la réticence des infirmières à abandonner leur rôle. Les études antérieures prouvent que la culture joue un rôle déterminant dans la façon de donner les soins et la façon dont elle est perçue par les parents. Les hôpitaux dans les pays en développement ont des ressources limitées et ne sont pas toujours financés de manière adéquate. Les études ont mis en évidence des lacunes dans la base de données existante concernant la participation des parents dans les pays en développement, qui est un domaine important pour la recherche future. Les services nationaux de santé (NHS) en Iran ont débuté un mouvement d'amélioration des services de santé dans différents paramètres, en fonction des besoins des consommateurs. Les auteurs ont supposé qu'une étude abordant l'expérience des parents et du personnel infirmier en pédiatrie pourrait fournir des indications importantes et pourrait contribuer à la discussion sur la façon dont les soins pédiatriques doivent être organisés pour fonctionner de manière optimale.</p>
	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	×		La base philosophique est l'analyse thématique.

Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	×		Les questions de recherche sont formulées sous forme d'objectifs.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	×		Les chercheurs ont établi une recension d'écrits dans le but de permettre aux lecteurs de se faire une première idée sur la problématique de cette étude et des recherches effectuées antérieurement sur ce sujet. Le questionnement découle de l'état des connaissances.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	×		Le devis de recherche est de type qualitatif, il s'agit d'une analyse thématique. Les données sont recueillies au moyen de 25 entrevues individuelles. Les entrevues sont structurées et abordent les thématiques suivantes : la participation des parents aux soins de leur enfant durant l'hospitalisation, la raison de l'hospitalisation et les questions des rôles. Les entrevues duraient de 30 à 100 minutes et se déroulaient au minimum trois jours après l'admission de l'enfant.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	×		Les entrevues se sont déroulées durant des périodes relativement tranquilles de la journée et dans une pièce calme et isolée. L'échantillon de l'étude était composé de 14 mères et 11 infirmières, recrutées dans deux grands hôpitaux pédiatriques à Tehran, en Iran, entre juillet 2007 et mars 2008. Les infirmières étaient âgées de 24 à 50 ans, possédaient toutes un diplôme de baccalauréat en sciences infirmières et avaient entre 5 mois et 30 ans d'expérience. Les mères étaient âgées de 25 à 42 ans. Elles avaient toutes un enfant qui souffrait d'une maladie chronique, mais provenaient de milieux éducatifs différents et étaient originaires de diverses régions d'Iran. Les pères n'ont pas participé à l'étude, car ils n'étaient pas autorisés à rester à l'hôpital pour des raisons culturelles et organisationnelles.

	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	×			Les chercheurs ont procédé aux recherches jusqu'à la saturation des données et l'obtention d'une description riche des différentes expériences. La collecte des données a cessé après 25 entrevues, car après avoir effectué 23 entrevues, aucun nouveau thème n'avait émergé.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	×			Les données ont été récoltées par des entrevues individuelles.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	×			Les chercheurs ont étudié le phénomène en interrogeant les infirmières et les parents sur leurs expériences et leurs perceptions concernant la participation des parents aux soins de l'enfant hospitalisé. Pour mettre en lien la question de recherche et les instruments de collecte des données, les chercheurs ont utilisé un échantillon relativement large de 25 participants. Les entretiens individuels ont été utilisés afin de récolter les données.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	×			La procédure de recherche est décrite de manière adéquate.
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				L'approbation éthique a été obtenue par la commission éthique universitaire de « Tarbiat Modares University ». Chaque participant a signé un consentement éclairé.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	×			Les étapes de l'étude sont détaillées et paraissent crédibles. De plus, un engagement de longue durée, un débriefing avec les participants et la vérification d'un membre auprès des participants ont été utilisés dans le but de renforcer la crédibilité de l'étude.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques

<p>Résultats</p> <p>Traitement des données</p>	<p>Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?</p>	<p>×</p>		<p>Les résultats sont catégorisés sous forme de sous chapitres qui représentent les quatre thématiques principales : la nécessité de la présence d'un parent, la délégation imprévue et informelle des soins aux parents, l'incohérence des soins et les parents comme évaluateurs de soins informels.</p> <p>La nécessité de la présence d'un parent : ce thème a souvent été évoqué par les parents et les infirmières. La présence parentale permet de répondre aux besoins de l'enfant, de réduire son stress émotionnel, d'augmenter sa sécurité et de faciliter sa coopération aux soins. Etre présent était un besoin impératif pour tous les parents. Cependant, certains parents ont déclaré ne pas se sentir confiants, car ils estimaient que les infirmières n'étaient pas responsables de leur enfant en raison de leur lourde charge de travail. Cela signifie pour eux qu'elles n'ont pas forcément le temps de répondre aux besoins de leur enfant. Bien que les infirmières aient souligné que la présence des parents permet de réduire le stress émotionnel de l'enfant et d'augmenter sa sécurité, la plupart du personnel n'était pas en faveur de la présence parentale lors des soins douloureux, car la présence de la mère affecterait la coopération avec l'enfant. Les parents ont mis de côté leurs rôles familiaux et professionnels afin de rester auprès de leur enfant toute la journée durant l'hospitalisation. Une mère a même déclaré avoir démissionné de son travail durant l'hospitalisation de son enfant afin de pouvoir rester à ses côtés.</p> <p>La délégation imprévue et informelle des soins aux parents : ce thème permet d'expliquer le concept de la participation des parents et a plusieurs dimensions : les parents comme infirmières, la délégation des soins aux parents sans formation suffisante et planifiée, le soutien de parent à parent informel, le continuum de la volonté des parents à participer et la négligence des besoins des parents.</p> <p>Les parents comme infirmières : bien que la politique des deux hôpitaux où l'étude s'est déroulée stipule que les soignants ne doivent pas déléguer</p>
---	---	----------	--	---

				<p>de soins infirmiers aux parents, les parents ont indiqué qu'ils prodiguaient des soins de base et des soins infirmiers. La capacité des parents à rester auprès de l'enfant à l'hôpital a fourni une bonne occasion pour les infirmières de les faire participer aux soins des enfants. Par ce mécanisme, les infirmières délèguent progressivement certains aspects des soins infirmiers aux parents et diminuent ainsi leur charge de travail, indépendamment de l'âge de l'enfant. Les faibles niveaux de dotation du personnel infirmier font que les infirmières gestionnaires ignorent la politique de l'hôpital, sauf si les soins prodigués par les parents nuisent à la santé de l'enfant. La délégation des soins infirmiers aux parents entraîne une diminution de la communication entre l'infirmière et l'enfant. La responsabilité des infirmières est transférée aux parents. Ceux-ci sont transformés en élève infirmière.</p> <p>La délégation des soins aux parents sans formation suffisante et planifiée : les parents ont rarement reçu une formation prévue afin d'effectuer les soins infirmiers, comme la prise de température ou la récolte d'urine. Quelques parents étaient illettrés et ont déclaré devoir faire certains soins sans soutien ni formation adéquate. L'infirmière cheffe a expliqué qu'elle demandait toujours à ces collègues d'effectuer elles-mêmes les soins complexes. Certains parents ayant reçu un enseignement sur les injections d'insuline ont déclaré ne pas se sentir suffisamment informés et que cela leur provoque une sensation d'insatisfaction. Certains parents expliquent que leur apprentissage s'est fait principalement grâce à l'observation.</p> <p>Le soutien de parent à parent informel : les parents ne sont pas toujours suffisamment informés et ils se renseignent auprès d'autres parents plutôt que les infirmières. Les infirmières sont conscientes de ce mode de transmission d'informations, mais déclarent ne pas avoir toujours le temps d'enseigner les soins elles-mêmes aux parents et d'empêcher ce mode de transmission d'informations.</p> <p>Le continuum de la volonté des parents à participer : il est clairement</p>
--	--	--	--	---

				<p>apparu dans cette étude que le rôle des parents permettait un soutien psychosocial et que les parents effectuaient eux-mêmes les soins de base et les soins infirmiers à leur enfant. La volonté des parents à participer aux soins s'est présentée durant un continuum.</p> <p>D'une part, le soutien émotionnel implique d'être présents plutôt que d'être responsables des prestations de soins. Les parents étaient disposés à effectuer les soins de base, mais ils hésitaient généralement à prodiguer les soins infirmiers. Les parents étaient souvent anxieux à l'idée d'effectuer les soins techniques en raison de leur inexpérience, leur manque de connaissance et de leur crainte à causer un risque potentiel à leur enfant. Bien que les parents estiment qu'ils devaient répondre aux attentes des infirmières, les soins techniques étaient tout de même considérés comme étant de la responsabilité de l'infirmière en raison de leur formation et de leur expertise. Les parents déclarent généralement être prêts à apprendre les gestes plus complexes s'ils devront les reproduire à la maison. Les conflits ont surgi quand certains parents ne se sont pas adaptés aux attentes des infirmières. Les parents doivent payer pour les soins en Iran, c'est pourquoi certains parents estiment qu'ils n'ont pas à effectuer les soins à leur enfant.</p> <p>D'une autre part, certains parents ont choisi de participer aux soins pour trois motifs : la préoccupation des soins à l'étranger, la cohérence des soins requis afin d'éviter que la prise en charge de leur enfant soit négligée et le devoir des parents. Certaines mères déclarent qu'elles connaissent mieux leur enfant et de ce fait sont plus aptes à effectuer un meilleur travail.</p> <p>La négligence des besoins des parents : certains parents ont éprouvé des difficultés à trouver un équilibre entre leurs propres besoins et leurs rôles auprès de leur enfant. Cela semble conduire à une sorte d'insatisfaction des parents. Ils auraient souhaité plus de soutien des infirmières afin qu'ils</p>
--	--	--	--	--

				<p>puissent prendre soin d'eux-mêmes et non pas seulement de leur enfant.</p> <p>L'incohérence des soins : la délégation des soins infirmiers sans évaluation des capacités et des besoins des parents a provoqué une omission des soins dans certains cas. Certains parents ont déclaré être fatigués de devoir prodiguer certains soins. Le manque d'informations a conduit certains parents à inconsciemment interférer avec les soins infirmiers, ce qui a nui à la qualité des soins. Les infirmières déclarent elles-mêmes l'importance de la formation aux parents.</p> <p>Les parents comme évaluateurs de soins informels : être présent auprès de leur enfant afin d'assurer son bien-être est une préoccupation pour certains parents. C'est pourquoi, ils observent la pratique des infirmières de manière informelle et transmettent les erreurs constatées dans les soins pédiatriques aux directeurs des soins. De cette façon, les parents sont devenus un outil de contrôle informel et utile pour les directeurs de soins. La plupart des infirmières considèrent cela comme un avantage et pensent que cela permet d'empêcher certaines négligences dans les soins.</p>
	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	×		Les résultats sont catégorisés sous forme de sous chapitres qui représentent les quatre thématiques principales : la nécessité de la présence d'un parent, la délégation imprévue et informelle des soins aux parents, l'incohérence des soins et les parents comme évaluateurs de soins informels. Ceci permet de faciliter la compréhension des résultats aux lecteurs.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	×		Les résultats sont abordés dans le chapitre « discussion » et sont comparés aux résultats des recherches antérieures. Les chercheurs ont également appuyé les résultats en les mettant en lien avec les citations des participants lors des entrevues. Ceci leur a permis d'interpréter les résultats selon la base philosophique qui était la théorie ancrée.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?		×	Les chercheurs n'abordent pas la question de la généralisation des conclusions. Cependant, l'échantillon était relativement large, ce qui permettrait de généraliser les résultats.

	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			×	Les chercheurs ne rendent pas compte des limites de leur étude.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	×			Les résultats de l'étude indiquent qu'il est nécessaire d'évaluer le niveau de dotation du personnel infirmier. En effet, il semble que les infirmières n'aient pas le temps de soutenir les parents dans la participation des soins auprès de leur enfant de manière adéquate et appropriée. Les services devraient être conçus autour des besoins de l'enfant et de sa famille dans le but que les parents soient autonomes et puissent fournir des soins avec succès lors du retour à domicile de l'enfant. Il a été constaté que les infirmières laissaient parfois les parents s'occuper seuls de leur enfant. Il serait judicieux que les infirmières maintiennent un contact constant avec les parents afin d'atténuer leur anxiété. Les parents semblaient être désireux d'aider les infirmières, mais manquaient d'une orientation et d'un soutien adéquat. Les infirmières devraient également effectuer une évaluation précise de la volonté des parents à participer aux soins et de les négocier en vue de les responsabiliser. Ceci pourrait contribuer à éliminer le risque de l'incompatibilité des soins et à améliorer l'attitude des infirmières dans la participation aux soins de l'enfant.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	×			L'article est écrit en anglais. Les auteurs utilisent un vocabulaire professionnel. La structure de cette étude correspond aux critères de recherches qualitatives. La lecture est agréable à lire et le contenu permet au lecteur d'avoir une analyse critique et minutieuse.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	×			Les résultats de l'étude sont probants et importants. Ils montrent la participation des parents aux soins pédiatriques dans un pays moins développé, ce qui permet aux lecteurs d'élargir leur point de vue concernant ce sujet. Il en découle des pistes d'amélioration pour la pratique infirmière.

6. 6^{ème} grille d'analyse

Références de l'article analysé : Lawes, C., Sawyer, L., Amos, S., Kandiah, M., Pearce, L. & Symons, J. (2008). Impact of an education programme for staff working with children undergoing painful procedures. <i>Paediatr Nursing</i> . 20(2):33-7.					
Etude quantitative contrôlée					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	×			Le titre permet de comprendre le sujet de l'étude qui traite l'impact d'un programme d'éducation pour le personnel travaillant avec des enfants lors des soins douloureux.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	×			<p>Le résumé contient les objectifs, la méthode, les résultats et la conclusion.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les objectifs : la phobie de l'aiguille est fréquente chez les enfants, en particulier chez ceux qui sont atteints de maladie chronique et qui ont subi de nombreuses procédures douloureuses. Un programme conçu pour éduquer les professionnels de la santé pédiatrique qui travaillent avec des enfants subissant des interventions douloureuses a été évalué pour identifier: <ul style="list-style-type: none"> - si le programme d'enseignement a conduit à une augmentation des connaissances et de la confiance des cliniciens participants - l'efficacité du programme d'éducation dans l'évolution des pratiques de soins aux patients - La méthode : 5 cliniciens pédiatriques ont entrepris la formation d'une heure fournie par des spécialistes du jeu à l'hôpital et un psychologue. Des questionnaires ont été remplis au début et à la fin du programme. 21 enfants qui avaient subi des procédures douloureuses ainsi que leurs parents ont été interviewés pour évaluer

				<p>leur niveau de douleur, de détresse, de satisfaction ainsi que leur style d'adaptation. Les infirmières ont fait un rapport sur l'adhérence des cliniciens aux techniques enseignées durant le programme.</p> <p>Les résultats : les participants avaient amélioré leur connaissance sur la manière de travailler avec des enfants qui subissaient des procédures douloureuses. Les principaux changements dans les connaissances sont de préparer le matériel hors de la vue des enfants, l'utilisation des moyens de distraction et d'impliquer l'infirmière et le spécialiste du jeu aux soins. Les parents et les enfants ont signalé un faible niveau de détresse au cours des procédures douloureuses. Le niveau de satisfaction était généralement élevé. Les parents et les enfants ont énuméré un certain nombre de stratégies qui les ont aidés à faire face aux soins. Le personnel a indiqué l'utilisation des techniques telles que la distraction dans la majorité des cas.</p> <p>La conclusion : il existe des techniques de contrôle de la douleur qui peuvent être enseignées relativement rapidement au personnel infirmier et aux professionnels de la santé pédiatrique. Ces techniques permettent de faire une différence importante dans les soins prodigués aux enfants.</p>
<p>Introduction Enoncé du problème</p>	<p>-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?</p>	×		<p>Les facteurs qui réduisent la détresse du patient comprennent des techniques de distraction et de respiration, le style d'adaptation des parents, le comportement du personnel et l'augmentation des contrôles des enfants au cours des procédures de soins. Dans cet article, les chercheurs examinent ces facteurs et décrivent le développement et l'évaluation d'un programme éducatif pour les professionnels qui travaillent en pédiatrie avec des enfants qui subissent des procédures douloureuses.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>-Résume-t-elle les connaissances sur les variables</p>	×		<p>Faire face aux traitements médicaux invasifs est une question importante pour tous les enfants, particulièrement pour ceux qui</p>

	étudiées ?			<p>souffrent d'une maladie chronique et qui subissent régulièrement des procédures douloureuses. La recherche indique qu'il est possible que les enfants deviennent plus sensibles à la douleur s'ils subissent des gestes douloureux à répétition. La phobie de l'aiguille est très fréquente chez les enfants. Il est estimé que 80% des enfants d'âge préscolaire et plus de 50% des enfants d'âge scolaire ont la phobie des aiguilles. Pour certains enfants, le souvenir des procédures douloureuses précoces peuvent affecter leurs expériences ultérieures dans les soins. Les facteurs qui réduisent la détresse du patient comprennent des techniques de distraction et de respiration, le style d'adaptation des parents, le comportement du personnel et l'augmentation des contrôles des enfants au cours des procédures de soins.</p> <p>Le style d'adaptation des parents jouent un rôle important sur le niveau de détresse de l'enfant. L'ignorance ou les critiques des parents peuvent augmenter la détresse de leur enfant. Le fait de distraire un enfant, en lui fournissant des informations sur la procédure et le fait d'aider les parents à encourager leur enfant avec des stratégies d'adaptation permet d'aider l'enfant à faire face aux soins douloureux.</p> <p>Les parents sont souvent incertains de ce qu'il faut faire pour aider leur enfant au cours des procédures de soins. Le personnel peut aider à diminuer leur anxiété en leur expliquant la procédure à l'avance et en leur parlant des techniques qu'ils peuvent utiliser pour aider leur enfant.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	×		Les théories existantes sur les conséquences des procédures invasives, sur la phobie des aiguilles, sur le style d'adaptation des parents sont décrites.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles	×		Les hypothèses sous formulées sous forme de questions de

	clairement formulées ?			recherche : - si le programme d'enseignement a conduit à une augmentation des connaissances et de la confiance des cliniciens participants - l'efficacité du programme d'éducation dans l'évolution des pratiques de soins aux patients
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	×		Les chercheurs ont établi une recension d'écrits dans le but de permettre aux lecteurs de se faire une première idée sur la problématique de cette étude et des recherches effectuées antérieurement sur ce sujet. Les hypothèses de l'étude découlent de l'état des connaissances.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	×		Le devis de recherche est de type quantitatif. Il s'agit d'une étude contrôlée.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	×		Pour atteindre l'objectif lié aux changements dans la connaissance et la confiance , l'échantillon était composé de cinq cliniciens pédiatriques qui ont suivi la formation. Celle-ci était fournie par des spécialistes du jeu à l'hôpital et un psychologue. La formation a duré une heure et était en groupe. Les principaux points d'enseignement étaient le cycle de l'anxiété, la perception de la douleur, les techniques de distraction, la préparation du matériel de soins, des jeux de rôle et des présentations vidéo. Deux mois plus tard, les cliniciens ont assisté à une séance de rappel. Celle-ci avait pour but de résumer le contenu de la première séance et de pouvoir répondre aux questions ou résoudre les problèmes qui seraient survenus depuis la première séance. Pour atteindre l'objectif lié à l'efficacité du programme , l'échantillon était composé de 21 enfants entre 5 et 17 ans ainsi que leurs parents. Ces enfants avaient subi des procédures douloureuses telles que des prises de sang trois mois après le programme

				d'éducation.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	×		L'échantillon paraît adéquat dans le contexte de l'étude.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	×		<p>Pour atteindre l'objectif lié aux changements dans la connaissance et la confiance, les données ont été recueillies par des questionnaires distribués aux cliniciens. Les questionnaires ont été remplis au début et à la fin du programme éducatif. Les questions permettaient d'évaluer les connaissances sur les procédures douloureuses, la confiance dans la réalisation des procédures et la satisfaction de la formation.</p> <p>Pour atteindre l'objectif lié à l'efficacité du programme, les données ont été recueillies par des interviews au près des enfants et de leurs parents. Les données ont été récoltées uniquement après la formation des cliniciens. Pour interroger les enfants, les chercheurs ont utilisé le questionnaire Kidcope, l'échelle des visages de la douleur, l'EVA et le questionnaire pédiatrique de la douleur de Vami-Thompson. Les parents ont été interrogés à l'aide de questionnaires semi-structurés. Les interviews ont permis d'évaluer le niveau de la douleur, de la détresse, de la satisfaction et leur style d'adaptation. Le personnel infirmier a rempli des questionnaires pour évaluer le respect des techniques enseignées dans le programme et le niveau de détresse observé chez les patients.</p>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	×		Les variables à mesurer sont le niveau de connaissances des cliniciens, le niveau de confiance des cliniciens, la satisfaction des parents et le niveau de détresse et de douleur des enfants.

<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	<p>×</p>		<p>La procédure de recherche a été effectuée en deux parties différentes, chaque partie est liée à un objectif de l'étude : les changements dans la connaissance et la confiance et l'efficacité du programme. La méthode et les résultats sont différents pour chaque partie.</p> <p>L'approbation éthique a été obtenue avant le commencement de l'étude et les participants (personnel médical, infirmiers et enfants) ont signé un consentement éclairé.</p>
<p>Résultats</p> <p>Traitement des données</p>	<p>Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?</p>	<p>×</p>		<p>Les résultats liés à l'objectif « changements dans la connaissance et la confiance » sont divisés en trois catégories : le changement des connaissances, le changement de la confiance et la satisfaction et l'utilité.</p> <p>Le changement des connaissances : les réponses des participants ont démontré une augmentation des connaissances à la suite du programme d'éducation en termes de facteurs utiles et inutiles lorsque l'on travaille avec des enfants subissant des interventions douloureuses. Les principaux points que les cliniciens ont retenus sont d'impliquer l'infirmière et le spécialiste du jeu aux soins, de préparer le matériel de soins hors de la vue de l'enfant ainsi que d'utiliser des techniques de distraction.</p> <p>Le changement de la confiance : la confiance a été évaluée avec une échelle auprès des cliniciens. Quatre des cinq cliniciens n'ont montré aucun changement dans le niveau de confiance dans leur travail avec les enfants. Un des cliniciens a montré une légère diminution de sa confiance suite au programme d'éducation. Dans la réalisation des soins douloureux chez les enfants, deux cliniciens ont montré une augmentation de leur confiance, tandis que les autres ont gardé une confiance identique. Les facteurs identifiés comme étant difficiles étaient de traiter l'anxiété des parents, de traiter la détresse de l'enfant lors du soin et de maintenir l'enfant stable lors de la</p>

				<p>procédure. Les connaissances apprises lors de la formation qui ont été identifiées comme étant les plus utiles étaient la distraction, les stratégies qui permettent à l'enfant d'ignorer le soin et les moyens de réduire l'anxiété des enfants et des parents.</p> <p>La satisfaction et l'utilité : la satisfaction et l'utilité du programme ont été évaluées par une échelle auprès des cliniciens. Les résultats indiquent une haute satisfaction et une haute perception de l'utilité du programme éducatif. Les facteurs identifiés comme étant les plus utiles du programme étaient les vidéos, les jeux de rôle, les techniques de distraction et les protocoles des procédures douloureuses.</p> <p>Les résultats liés à l'objectif «efficacité du programme » sont divisés en trois catégories : la douleur et la détresse, la satisfaction et l'adhérence.</p> <p>La douleur et la détresse : les parents ont signalé peu de différences dans le niveau de la détresse de l'enfant avant, pendant et après la procédure. Les parents ont uniquement décrit une détresse légèrement plus élevée lors de la procédure. Le niveau de détresse des parents varie également très peu, il est cependant augmenté durant la procédure douloureuse. Les notes que les parents ont attribuées au degré de la douleur de leur enfant étaient généralement plus élevées que la douleur évaluée par l'enfant.</p> <p>La satisfaction : les parents ont déclarés être très satisfaits de la manière dont la procédure a été réalisée et ils avaient généralement le sentiment que la procédure était réussie. 18 parents ont identifié la distraction comme étant un moyen d'aider leur enfant à faire face au soin. Uniquement un parent a déclaré que le livre utilisé pour distraire son enfant n'avait pas été utile. Huit parents ont fait des commentaires positifs sur le personnel. La plupart des parents ont signalé que le personnel qui avait suivi le programme éducatif avait aidé leur enfant à faire face au soin.</p>
--	--	--	--	---

					L'adhérence : le personnel infirmier a dû évaluer si les organisations d'entraide ont adhéré aux éléments enseignés dans le programme d'éducation. Leurs rapports indiquent que le protocole de procédures douloureuses a été suivi dans la majorité des cas. Dans 12 des cas rapportés, des techniques de distraction ont été utilisées pour aider les enfants à faire face. La préparation des soins s'est faite hors de la vue de l'enfant et de la procédure a été toujours expliquée à l'enfant et à ses parents. Le spécialiste du jeu était absent seulement quatre fois, mais la distraction était tout de même utilisée sur deux des occasions où il était absent.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	×			Un premier tableau illustre les facteurs qui ont aidé les parents à faire face aux procédures douloureuses de leur enfant. Un second tableau classe ce qui a aidé les enfants à faire face à la procédure douloureuse selon le point de vue des parents. Les résultats sont divisés en deux parties, selon à quel objectif ils sont liés. Les résultats sont ensuite séparés en trois catégories afin de faciliter la compréhension des résultats aux lecteurs.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	×			Les résultats sont mis en lien avec ceux des études antérieures.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	×			Les auteurs déclarent que ce programme éducatif pourrait être enseigné à une communauté infirmière plus large où les enfants sont confrontés à des procédures douloureuses.

	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	×			Les auteurs décrivent deux limites. La première est le faible nombre de sujets interrogés. La deuxième est le fait que l'autorisation d'observer et d'étudier la pratique des cliniciens avant la formation n'a pas été accordée pour des raisons éthiques. La formation aurait dû être mise en œuvre dès que le programme éducatif a été développé afin de fournir la meilleure pratique pour les enfants et leur famille. Sans une mesure de la pratique antérieure, il n'est pas possible de conclure que les résultats étaient liés à la formation.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	×			Depuis que cette étude a été réalisée, de nouvelles cohortes auprès du personnel médical et du personnel de la santé ont été réalisées et les résultats de ces autres évaluations plus poussées montrent l'utilité d'un programme d'éducation. Il existe des techniques de contrôle de la douleur qui peuvent être enseignées relativement rapidement au personnel infirmier et aux professionnels de la santé pédiatrique. Ces techniques permettent de faire une différence importante dans les soins prodigués aux enfants. Cette approche pourrait être enseignée à une communauté infirmière plus large où les enfants sont confrontés à des procédures douloureuses.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	×			L'article est écrit en anglais. Les auteurs utilisent un vocabulaire professionnel. La lecture est agréable à lire et le contenu permet au lecteur d'avoir une analyse critique et minutieuse.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	×			Les résultats de l'étude sont probants. Ils démontrent l'utilité d'un programme d'éducation mis en place dans le but d'améliorer la satisfaction et de diminuer la détresse des parents et de leur enfant qui subi des soins douloureux.

7. 7^{ème} grille d'analyse

Références de l'article analysé :					
Beckman, A., Sloan, B.K., Moore, G.P., Cordell, W.H., Brizendine, E.J., Boie, E., Knoop, K.J., Goldman, M.J. & Geninatti, M.R. (2002). Should parents be present during emergency department procedures on children, and who should make that decision? A survey of emergency physician and nurse attitudes. <i>Academic Emergency Medicine</i> . 9(4):287.					
Etude quantitative descriptive					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	×			Le titre permet de saisir le sujet de l'étude qui traite de la présence des parents dans le contexte des urgences lors de procédures sur les enfants.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	×			<p>- les objectifs: sonder les attitudes des médecins et infirmières concernant la présence des parents lors de procédures douloureuses réalisées en situation d'urgence et déterminer qui prend cette décision.</p> <p>- La méthodologie: les auteurs ont créé 6 scénarios cliniques qu'ils ont distribués dans 10 services d'urgences aux Etats-Unis, qui rencontrent quotidiennement des enfants, à tous le personnel médical et infirmier. Les auteurs on demandé via les questionnaires aux participants si les parents doivent rester avec un enfant subissant un placement intraveineux, une suture, une ponction lombaire, une sédation, une réanimation majeure et une réanimation majeure avec mort. Ils leur ont également demandé qui devrait prendre les décisions.</p> <p>- Les résultats: les résultats sont présentés et décrits avec précision et chiffres. Il en ressort que dans 64,8% des questionnaires remplis, les médecins ont indiqué qu'eux seuls ou en accord avec un parent doit prendre la décision. Dans 61,5% des questionnaires remplis, les</p>

				<p>infirmières ont indiqué qu'elles devraient être impliquées dans la décision. Les résultats concernant la présence des parents lors des différents soins cités ci-dessus sont aussi décrits du côté médical et infirmier.</p> <p>- La conclusion: Une majorité de médecins et d'infirmières travaillant aux urgences ont indiqué que les parents devraient être présents pour certaines procédures invasives pédiatriques. Cependant, comme le caractère invasif des interventions pédiatriques a augmenté, certains médecins et les infirmières pensaient moins que les parents doivent être présents.</p> <p>- les mots clés : parental presence; pediatrics; emergency medicine; ethics; pain; procedures.</p>
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	×		<p>Les auteurs démontrent avec plusieurs études que des recherches ont déjà été effectuées sur le sujet, et en ont conclu que les parents préfèrent rester avec leur enfant, et qu'ils pensent qu'ils doivent prendre la décision de rester ou pas avec le médecin. Les auteurs ont aussi mis en évidence que les fournisseurs de soins ne partagent pas toujours l'avis des parents. Ils citent que cette réticence est due à l'anxiété des parents, le temps nécessaire pour orienter les parents, l'escalade négative du comportement des enfants. Ces recherches montrent qu'il y a encore beaucoup de litiges entre les écrits et les faits, et donc la nécessité de faire une étude sur le sujet et bien réelle. Le but de l'étude est d'évaluer les attitudes des médecins d'urgence et des infirmières concernant la présence des parents lors d'interventions pédiatriques douloureuses.</p>
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	×		<p>Il y a eu un intérêt croissant pour permettre aux parents d'être présents lorsque les procédures sont effectuées sur leurs enfants dans un service des urgences. Des enquêtes précédemment menées et des études observationnelles ont montré que la plupart des parents préfèrent rester avec leurs enfants pendant les procédures qui se produisent dans un service d'urgence. Les parents estiment également</p>

					qu'ils doivent participer à la décision d'être présent et que le médecin ne doit pas décider unilatéralement. Les fournisseurs de soins sont beaucoup moins enclins à permettre la présence des parents. La raison de la réticence à permettre la présence parentale est due à: l'anxiété des parents, le temps requis pour orienter les parents, l'escalade négative des comportements des enfants, l'anxiété due à la peur de ne pas être à la hauteur devant les parents, et la crainte d'un litige.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	×			Les théories existantes sur la présence des parents lors des procédures douloureuses sont décrites.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	×			L'hypothèse de recherche est présentée sous forme d'objectifs : - évaluer les attitudes des médecins d'urgence et les infirmières concernant la présence des parents lors d'interventions pédiatriques douloureuses
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	×			Les chercheurs ont établi une recension d'écrits. Dans l'état des connaissances, les chercheurs ont pu constater que la quasi totalité des études sur le sujet montrent que la présence des parents est préférable pour différentes raisons. Mais ils ont aussi pu constater qu'il y avait encore un certain contraste entre les résultats de ces études et l'application dans les soins. Le problème de recherche découle de l'état de connaissance, car ils ont voulu observer si dans leur région et dans les services d'urgences les soignants appliquaient cela.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	×			Le devis de recherche est de type quantitatif, il s'agit d'une étude descriptive.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	×			Les chercheurs ont mené un questionnaire écrit anonyme dans dix services d'urgence. Les données ont été recueillies entre Avril et Septembre 1998. Les personnes interrogées étaient des médecins et des infirmières travaillant dans un service d'urgence. Plus que la moitié du groupe d'étude étaient des parents eux-mêmes, et pour le

				personnel qui était parent il leur a été demandé si eux-mêmes désireraient être présent auprès de leur enfant lors d'actes douloureux.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	×		Au total, le personnel d'urgence 645 (306 médecins et 339 infirmières) ont participé à cette étude. Plus de la moitié du groupe d'étude étaient des parents eux-mêmes. La taille de l'échantillon paraît adéquate selon le contexte de l'étude.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	×		Il s'agit d'un questionnaire sur papier qui a été distribué au sein des services d'urgence. Le questionnaire comprenait 6 scénarios cliniques. Six procédures de plus en plus invasives ont été présentées. Les six procédures incluses sont: une injection intraveineuse périphérique, une suture, une ponction lombaire, une sédation et la réanimation majeure (y compris la réanimation cardiorespiratoire, la défibrillation et l'intubation endotrachéale). Les auteurs ont demandé si les parents d'un enfant subissant chacune de ces procédures devraient être autorisés à rester dans la chambre. Ils ont ensuite été invités à prendre la décision de laisser ou non les parents dans la salle pendant les procédures. Si les participants à l'enquête étaient des parents, ils ont ensuite demandé s'ils voudraient être présents lors des procédures sur leurs propres enfants. Il avait de la place sur l'enquête pour des observations écrites supplémentaires.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	×		Les auteurs ont décrit plusieurs variables: l'anxiété des parents, le temps requis pour orienter les parents, escalade négative le comportement des enfants, l'anxiété de performance du fournisseur de soins.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	×		Les réponses à toutes les questions du sondage ont été calculées à l'aide de pourcentages. Le test du chi-carré e Pearson a été utilisé pour comparer les catégories de résultats entre les médecins et les infirmières. Le test de la somme des rangs de Wilcoxon a été utilisé pour comparer les âges et les années d'expérience clinique postdoctorale entre les groupes. Les données ont été analysées à l'aide la version SAS 8.0 (Cary, NC).

	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?			Les questionnaires étaient remplis de manière anonyme et les participants ont signé un consentement éclairé.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	×		Les résultats sont interprétés à partir d'analyses statistiques Au total, 645 personnes travaillant aux urgences (306 médecins et 339 infirmières) ont participé à cette étude. Plus que la moitié des participants étaient des parents eux-mêmes. Pour les scénarios moins invasifs, la majorité des soignants apprécieraient la présence des parents et l'ont fait dans le passé. Avec la simplification des procédures, les médecins ont tendance à favoriser la présence des parents plus souvent que les infirmières. Moins de la moitié serait favorable à la présence d'un parent pendant une réanimation. Certains professionnels craignent la présence des parents, tandis que d'autres craignent l'absence des parents. De nombreux soignants ne pensaient pas que d'autres parents pourraient faire face aux aspects affectifs de la situation mais croyaient qu'eux seraient capables en tant que parent de faire face à une telle situation. Les chercheurs ont constaté que lorsque les scénarios de réanimation sont présentés, les soignants sont plus réticents à permettre la présence des parents. Les chercheurs décrivent un grand écart entre les attitudes des infirmières et des médecins. Cependant, autant les médecins que les infirmières sont contre la présence de la famille pendant la réanimation active. Il y avait une grande différence d'opinions entre les médecins et les infirmières quant à savoir qui doit prendre la décision sur la présence des parents. 44% des médecins pensent qu'ils sont les seuls à pouvoir prendre cette décision. 20% des médecins affirment devoir prendre cette décision avec les parents. 61,5% des infirmières estiment que les parents doivent être impliqués dans cette décision.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire	×		Quatre tableaux mettent en évidence les résultats obtenus afin de faciliter la compréhension du lecteur. Le

	(commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	×			Les résultats sont interprétés dans la discussion. Dans ce chapitre, les chercheurs reprennent les statistiques de leur étude et les comparent à d'autres études réalisées sur le sujet. Ils ont explicités et donné les résultats de plusieurs études sur le sujet et dans leur résumé intègrent ces recherches antérieurs dans leur argumentation. Le cadre conceptuel est bien respecté, les études choisies concernent en grande partie des services d'urgence ou la présence des parents auprès des enfants lors de soins douloureux.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			×	Les chercheurs n'abordent pas la question de la généralisation des résultats.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	×			Les auteurs décrivent la limite suivante : - Les scénarios sont hypothétiques et donc il n'y a pas réellement la présence des émotions qu'un parent pourrait ressentir quand il se présente aux urgences avec un enfant malade.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			x	Concernant la pratique clinique, les auteurs présentent les points suivants: les résultats de cette étude révèlent que toutes les parties concernées veulent participer à la décision. Ils préconisent une approche individualisée de présence parentale avec une communication ouverte et des informations aux parents sur le déroulement de la procédure. Une situation dans laquelle tout le monde sent en appropriation et l'implication de chaque entrainerait probablement des expériences optimales sur le rendement et les résultats des patients.
Questions générales	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment	×			L'article est écrit en anglais. Les auteurs utilisent un vocabulaire professionnel. La forme de l'article permet d'avoir une analyse

Présentation	détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				critique et minutieuse. Le titre est en concordance avec le contenu de l'étude. Le résumé se trouve au début de l'étude et comprend tous les items importants tels que: le but, le contexte, les méthodes, les constatations et le résumé. Les tableaux sont bien présentés et assez simples à comprendre, les chiffres sont lisibles et les différents items bien expliqués. Un point négatif concernant la structure de l'article est que les sources ont été introduites à la fin de chaque page dans les coins inférieurs droits. Ce qui n'est pas très agréable à la lecture, mais respecte les normes.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	×			L'étude procure des résultats probants et importants. L'étude montre et rend compte de certains problèmes rencontrés sur le terrain et comment y remédier. Les chiffres présentés, sont précis et catégoriques, ils démontrent clairement que la majorité des parents aimeraient rester avec leur enfant lors d'un soin douloureux. Il y aurait des doutes seulement pour la présence des parents lors de réanimation, car les infirmiers et médecins auraient peur de la réaction des parents.

8. 8^{ème} grille d'analyse

Références de l'article analysé : Plumridge, E., Goodyear-Smith, F. & Ross, J. (2009). Nurse and parent partnership during children's vaccinations: a conversation analysis. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . 65(6), 1187–1194.					
Etude qualitative, analyse de conversation.					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	×			Le titre permet de saisir le sujet de l'étude qui traite du partenariat entre les infirmières et les parents lors des vaccinations.

Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	×		<p>-But : examiner les éléments de partenariat et la communication entre les infirmières et les parents lors d'événements réels de vaccination.</p> <p>-Contexte : la vaccination des enfants nécessitent une collaboration avec les parents, qui peuvent être inquiets pour la sécurité de leur enfant ou le soumettre à des procédures douloureuses.</p> <p>-Méthode: dix interactions pendant les événements de vaccination dans six services différents sélectionnés ont été filmés en 2005, ce qui donne 168 minutes de conversation. L'analyse de conversation a été menée sur parole pendant la phase d'administration.</p> <p>-Constatations : durant la vaccination, l'infirmière et la mère ont parlé à l'enfant. L'infirmière et la mère se relayent. Bien que les chevauchements puissent se produire, les actions accomplies par chaque intervenant sont différentes.</p> <p>Conclusion : Les compétences en communication et relation sont au cœur de travail du personnel infirmier. Leur étude suggère que le «small talk» est d'une importance majeure.</p> <p>Mots-clés: children, conversation analysis, immunizations, nurses, parents, vaccinations.</p>
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	×		<p>Les chercheurs décrivent que dans la plupart des études menées en Nouvelle-Zélande, on peut observer un nombre croissant du nombre de vaccination. Il est également décrit que la profession infirmière est d'une importance capitale lors de la vaccination, car en NZ c'est des infirmières de soins en santé primaire qui effectuent les vaccins sur les enfants. Cependant, il ya eu peu d'études qui décrivent comment, dans la pratique, les infirmières obtiennent des résultats. Pour les chercheurs les infirmières ont sans aucun doute joué un rôle dans l'amélioration des taux de vaccination en Nouvelle-Zélande, mais même s'il ya eu des recherches sur les opinions des infirmières sur les obstacles à la vaccination, il n'y a pas eu d'études publiées sur ce que c'est que font les infirmières pour surmonter ces obstacles. Le phénomène étudié dans cette étude est décrit et défini : il a pour but d'examiner les</p>

					éléments de partenariat et la communication entre les infirmières et les parents lors d'événements réels de vaccination.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	×			Une recension des écrits a été effectuée sur la communication parents-infirmières. Sur les ressentis des parents lors de la vaccination de leur enfant, l'inquiétude des parents de voir leur enfant souffrir. Les chercheurs ont aussi regardé si des écrits avaient été publiés sur la façon dont les infirmières s'y prennent pour vacciner un enfant, car ils pensent que les infirmières ont joué un rôle dans l'amélioration des taux de vaccination en Nouvelle-Zélande. Ils ont remarqué que peu d'étude ont été publiées sur comment, dans la pratique, les infirmières obtiennent des résultats. Il n'y a pas non plus eu d'études publiées sur ce que font les infirmières pour surmonter ces obstacles. Cependant, ils ont trouvé des écrits concernant l'inquiétude des parents concernant la vaccination de leur enfant.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	×			Les concepts sont: l'enfant, la douleur, les parents, la vaccination, la relation soignant-parent, la relation soignant-enfant, la relation soignant-parent-enfant et la profession infirmière. Les auteurs sont surtout axés sur la communication et l'intégration de moyens de communication lors d'un geste de vaccination.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	×			Les questions de recherche sont formulées sous forme d'objectifs : - examiner les éléments de partenariat et la communication entre les infirmières et les parents lors d'événements réels de vaccination. - déterminer comment la communication peut diminuer la douleur et la peur de l'enfant ainsi que celle de leurs parents. - examiner comment l'infirmière va rendre le geste le moins désagréable possible pour l'enfant et les parents afin de d'augmenter le suivi des traitements futurs.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	×			Les hypothèses découlent de l'état des connaissances.

Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	×			Le devis est de type qualitatif. Il s'agit d'une analyse de conversation. La récolte des données s'est fait grâce à un enregistrement vidéo de 10 séances de vaccination. La durée totale de l'enregistrement est de 168 minutes. L'étude des dialogues a été menée sur toutes les interactions filmées au cours des événements de vaccinations à l'aide d'une version simplifiée de la norme CA transcription (Jefferson 2004). Afin de simplifier la retranscription et la lecture des dialogues, les auteurs ont utilisé des ponctuations spécifiques explicités au début de la première retranscription de dialogue.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	×			Les huit infirmières qui ont participé à l'étude étaient des femmes. Les mères étaient présentes dans huit cas et les pères dans deux. Les vaccinations étaient effectuées sur sept bébés et un enfant d'âge préscolaire.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			×	Les chercheurs ne citent pas s'ils ont atteint la saturation des données.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	×			Les 10 sessions de vaccinations ont été enregistrées. Les conversations ont été analysées à l'aide d'une version simplifiée de la norme CA transcription (Jefferson 2004). CA diffère de l'analyse thématique car il présente un raisonnement différent dans la construction d'un ensemble de données.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	×			Le principal objet analysé est la communication ainsi que le comportement, la douleur et l'anxiété. En filmant, les chercheurs ont pu visionner les éléments importants à plusieurs reprises afin de retranscrire au plus juste les dialogues et les observations faites.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	×			Six services ont été recrutés pour étudier les interactions entre les infirmières et les parents lors de vaccinations, ainsi que les interactions entre les adultes et les enfants. Ces services sélectionnés incluent un hôpital Maori, l'un avec un nombre élevé de patients du Pacifique et les autres avaient des patients à partir d'un mélange de milieux socio-

	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				<p>économiques et ethniques. Les auteurs ajoutent que les Maori sont les populations autochtones de Nouvelle-Zélande. La collecte des données s'est effectuée à partir de huit infirmières en pratique. Les vidéos ont été enregistrées en 2005. Ils ont en tout 168 minutes de conversation. Ce qui compte 10 sessions d'injections. L'analyse de conversation a été menée sur parole au cours de la phase d'injection</p> <p>Les huit infirmières qui ont participé à l'étude ainsi que les parents ont signé un consentement éclairé. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique approprié.</p>
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	×			L'étude comprend tous les items importants, le déroulement de l'étude est clairement explicité et la retranscription des dialogues est très précise. Après chaque retranscription, une analyse est faite, appuyé et argumenté.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	×			Le temps nécessaire pour administrer des injections était très court, au plus environ 2 minutes et pour trois cas moins de 30 secondes. La résistance active de l'enfant d'âge préscolaire à l'injection explique la longueur d'une des retranscriptions. Seulement 17 minutes et 50 secondes du total des 168 minutes étaient pour la vaccination de l'enfant, le reste du temps était consacré à la préparation. L'infirmière et la mère parlait à l'enfant ou le nourrisson. La phase d'injection a été chronométrée à partir de quand l'infirmière a pris la seringue jusqu'à ce que l'aiguille soit retirée. Les résultats indiquent que la présence des parents et la communication infirmière-parent permettait d'augmenter le réconfort des parents et les deux partis peuvent ensemble réconforter l'enfant. Elle suggère aussi que le «baby-

					talk» est une pratique professionnelle compétente avec des conséquences considérables pour faire une injection. Le "Petit-talk" est également une pratique qui donne des résultats positifs.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	×			Deux tableaux sont présentés afin de faciliter la compréhension des lecteurs. Certains dialogues importants ont été retranscrits avec un explicatif de la ponctuation utilisée pour marquer les intonations et les expressions. Les analyses des dialogues sont expliquées et argumentées après chaque retranscription de dialogue.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	×			Les résultats et les faits observés sont interprétés à partir des recherches antérieures.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?			×	Les chercheurs déclarent ne pas pouvoir généraliser les résultats car la taille de l'échantillon est insuffisante.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	×			Les chercheurs ont cité la limite suivante : les résultats de l'étude ne peuvent pas être généralisés car la taille de l'échantillon est insuffisante.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	×			Les chercheurs donnent des pistes d'actions infirmières visant le mieux-être des enfants et des parents: - Les infirmières peuvent se joindre pour rassurer et augmenter le confort en parlant au bébé tout en administrant un vaccin. - Une fois que les enfants approchent de l'âge de comprendre la conversation, les infirmières peuvent utiliser la conversation à avec le parent et l'enfant. - Les infirmières peuvent utiliser le "small talk" pour progresser à travers une procédure douloureuse. - L'utilisation de la conversation pour annoncer la douleur imminente peut ajouter de l'anxiété aux parents et aux enfant et doit être évitée. Les chercheurs expliquent que d'autres études pourraient être menées sur les «petites conversations» car c'est un sujet encore peu développé

					dans la littérature actuelle.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	×			L'article est écrit en anglais. Les auteurs utilisent un vocabulaire professionnel. La forme de l'article permet d'avoir une analyse critique et minutieuse. La retranscription des dialogues est très précise et minutieuse, les intonations ont aussi été ajoutées à l'aide d'une ponctuation claire et explicitée avec une numérotation des lignes. La discussion est écrite de manière agréable et structurée. Les références sont toutes notées et présentées.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	×			L'étude procure des résultats probants et montre l'intérêt du partenariat entre les professionnels et les parents lors des vaccinations.

9. 9^{ème} grille d'analyse

Références de l'article analysé : He, H.G., Vehviläinen-Julkunen, K., Pölkki, T. & Pietilä, A.M. (2007). Children's perceptions on the implementation of methods for their postoperative pain alleviation: An interview study. <i>International Journal of Nursing Practice</i> . 13: 89–99.					
Etude quantitative descriptive exploratoire					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	×			Le titre de l'étude permet de saisir le sujet de l'étude qui aborde les perceptions des enfants sur la mise en œuvre de méthodes pour le soulagement de la douleur postopératoire.

<p>Résumé</p>	<p>-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?</p>	<p>×</p>		<p>Le résumé contient l'objectif, la méthodologie, les résultats, la conclusion et les mots clé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'objectif : le but de cette étude était de révéler les perceptions des enfants de 8 à 12 ans sur l'utilisation des méthodes de soulagement de la douleur postopératoire qui sont employées par eux-mêmes, leurs parents et le personnel infirmier. - La méthodologie : afin de récolter les données, 59 interviews en face-à-face ont été menés avec des sujets qui avaient subi des interventions chirurgicales dans trois hôpitaux de la province de Fujian en Chine. Des analyses de contenu et des statistiques descriptives ont été utilisées pour analyser les données. - Les résultats : les méthodes de soulagement de la douleur les plus couramment utilisées étaient le repos, le sommeil, les méthodes physiques comme le positionnement et les stratégies de soutien affectif, nécessitant la présence des parents. Les parents ont fréquemment contribué au soulagement de la douleur en participant aux activités quotidiennes et aux stratégies de soutien affectif. Les infirmières ont surtout utilisé des stratégies de soutien affectif comme la rassurance et des méthodes physiques comme le positionnement. Les suggestions des enfants concernaient principalement l'application de méthodes non pharmacologiques, en particulier la présence des soignants. - La conclusion : les méthodes pour soulager la douleur n'ont pas été suffisamment utilisées bien que les enfants souffraient de douleur postopératoire intense. - Les mots clé : children, China, pain alleviation, postoperative pain, structured interview.
----------------------	---	----------	--	---

<p>Introduction</p> <p>Enoncé du problème</p>	<p>-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?</p>	<p>×</p>		<p>Malgré les énormes progrès dans la recherche sur la douleur des enfants et la gestion de la douleur lors des dernières décennies, les soins cliniques des enfants liés à la douleur demeurent un challenge. Beaucoup d'études ont révélé que les enfants souffrent encore de douleurs postopératoires modérées et sévères dans différentes cultures. En outre, les efforts des professionnels de la santé, des parents et des enfants eux-mêmes jouent un rôle important dans la lutte contre la douleur postopératoire. Les études antérieures s'intéressent principalement à la gestion de la douleur postopératoire du point de vue des infirmières et des parents. La façon dont la douleur postopératoire est gérée par les enfants a besoin d'être explorée. Les études antérieures concernant la gestion de la douleur chez les enfants se sont la plupart déroulées en Amérique du nord et en Europe. Très peu d'études se sont intéressées à ce sujet en Chine. Aucune recherche n'a jamais traité le point de vue des enfants chinois concernant la gestion de la douleur postopératoire. Cette étude est destinée à combler cette lacune.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?</p>	<p>×</p>		<p>Les méthodes non pharmacologiques pour soulager la douleur sont connues comme étant des stratégies complémentaires qui peuvent être utilisées indépendamment ou en conjugaison avec un traitement médicamenteux. L'efficacité de ces méthodes a été démontrée par de nombreuses études. Un large éventail de méthodes non pharmacologiques peut être mis en œuvre afin de gérer la douleur des enfants. Certaines de ces méthodes peuvent être mises en place par l'enfant lui-même, cependant un soulagement efficace nécessite souvent l'aide des infirmières ou des parents. Une revue de littérature montre que peu d'études explorent l'utilisation des enfants des méthodes de soulagement de la douleur postopératoire. Une étude révèle que les méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur sont le jeu, la distraction, la détente, les exercices de respiration, les massages ou encore la musique. Une autre étude</p>

				indique que les enfants utilisent la distraction et le repos afin de soulager leur douleur postopératoire ainsi que l'aide des infirmières et de leurs parents. Les infirmières les aident en leur administrant des antalgiques et en les suppléant dans les activités quotidiennes, tandis que les parents ont rôle plutôt psychologique en étant présents. Les conclusions antérieures ont rapporté que les enfants d'âge scolaire sont capables de décrire les modalités du soulagement de leur douleur. En raison du caractère individuel de l'expérience avec la douleur, la source la plus fiable pour évaluer la douleur est l'autoévaluation des enfants
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	×		Les théories existantes sur le soulagement de la douleur chez les enfants sont décrites.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	×		Les hypothèses de recherche sont formulées sous forme de questions de recherche : - Quelles sont les méthodes de soulagement de la douleur que les enfants utilisent pour réduire leur douleur postopératoire? - Quelles sont les méthodes de soulagement de la douleur que les parents et les infirmières utilisent pour la douleur postopératoire des enfants? - Quelles suggestions les enfants ont-ils à faire à leurs parents et aux infirmières sur la façon de mieux gérer leur douleur postopératoire ?
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	×		Les hypothèses découlent de l'état des connaissances.
Méthodes	-Le devis de recherche est-il décrit ?	×		Le devis de recherche est de type quantitatif, il s'agit d'une étude descriptive exploratoire.

Devis de recherche					
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	×			L'échantillon était composé de 59 enfants hospitalisés dans cinq services de chirurgie dans trois hôpitaux de la province de Fujian en Chine. Les enfants étaient âgés de 8 à 12 ans et avaient tous subi une intervention chirurgicale. Afin d'être inclus à l'étude, les enfants devaient parler le mandrin et devaient être désireux de participer à l'étude.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	×			La taille de l'échantillon paraît adéquate selon le contexte de l'étude.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	×			Les données ont été récoltées à l'aide d'entrevues structurées. Deux questionnaires ont été utilisés ainsi qu'une échelle visuelle analogique de la douleur.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	×			Les variables à mesurer sont les renseignements de base concernant les enfants, les méthodes utilisées par les enfants pour soulager leur douleur, les perceptions des enfants concernant les méthodes de soulagement de la douleur utilisées par leurs parents et les infirmières et les suggestions faites par les enfants pour leurs parents et pour les infirmières.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	×			La recherche s'est déroulée entre juillet et octobre 2004. La récolte des données était divisée en quatre parties. La première partie concernait les questions de base (l'âge, le sexe, la durée de l'hospitalisation, la raison de l'admission, le type d'intervention chirurgicale subie, le type d'anesthésie et les expériences précédentes d'hospitalisation). Durant la seconde partie, l'enfant devait évaluer sa pire douleur postopératoire à l'aide d'une échelle visuelle analogique.

				<p>Cette échelle mesure le degré de douleur par intervalle de 0,5 cm (0cm=aucune douleur, 0,5-3 cm=douleur légère, 3,5-6,5cm=douleur modérée et de 7-10cm=douleur sévère). La troisième partie comprenait une liste de questions posées aux enfants afin d'évaluer leurs propres méthodes de soulagement de la douleur. Les questions étaient les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous essayé d'imaginer votre activité préférée ou un événement heureux qui a eu lieu dans le passé ? - Avez-vous essayé de vous distraire de la douleur à l'aide de la télévision, de la lecture, de la musique, du jeu, des images, des dessins, des jouets, de la nourriture, de la boisson, de la marche ou d'exercices ? - Avez-vous détendu votre corps ou certaines parties de votre corps quand vous aviez des douleurs? - Avez-vous essayé d'arrêter de penser à la douleur ? - Avez-vous pris des respirations profondes quand vous aviez des douleurs ? - Avez-vous utilisé une serviette chaude ou froide pour soulager votre douleur? - Avez-vous essayé de changer la position de votre corps afin que vous vous sentiez plus à l'aise ? - Avez-vous demandé la compagnie de vos parents? - Avez-vous essayé de dormir ou de vous reposer? - Avez-vous essayé de tolérer la douleur? - Avez-vous demandé aux infirmières de l'aide, comme leur demander de vous donner des analgésiques? - Avez-vous utilisé d'autres méthodes pour soulager votre douleur? Si oui, lesquelles? <p>La dernière partie concernait les suggestions des enfants qu'ils</p>
--	--	--	--	--

				<p>feraient à leurs parents et aux infirmières sur la façon de mieux gérer leur douleur postopératoire. Les questions posées étaient les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vous ont-ils dit quelque chose concernant votre opération, comme l'endroit, le but, votre sensation durant la procédure ? - Vous ont-ils demandé de vous imaginer votre activité favorite ou un événement heureux qui vous est arrivé dans le passé ? - Ont-ils essayé toutes les approches pour vous distraire de la douleur comme vous permettre de regarder la télévision, de lire des livres, d'écouter de la musique, de jouer à des jeux et de vous raconter des histoires? - Vous ont-ils aidé à détendre votre corps ou certaines parties de votre corps? - Vous ont-ils conseillé de prendre des respirations profondes? - Vous ont-ils fait des louanges, vous ont-ils encouragé ou vous ont-ils donné des cadeaux, des confiseries ou des jouets? - Ont-ils utilisé une serviette chaude ou froide pour soulager votre douleur? - Vous ont-ils massé? - Vous ont-ils changé de position afin que vous sentiez moins de douleur ? - Sont-ils restés avec vous? - Vous ont-ils consolé en vous disant que vous vous remettriez bientôt et que tout ira bien? - Vous ont-ils touché ou tenu la main? - Vous ont-ils aidé à laver votre visage, à prendre un bain, à mettre vos vêtements ou à manger? - Ont-ils créé un environnement confortable en diminuant le bruit, en ajustant la lumière dans la chambre et ainsi de suite ? - Vous ont-ils donné des antalgiques?
--	--	--	--	--

				<p>- Ont-ils utilisé d'autres méthodes pour soulager votre douleur ? Si oui, lesquelles ?</p> <p>Chaque enfant a été interviewé dans un endroit calme un ou deux jours avant son retour à domicile. Les interviews ont duré entre 40 et 60 minutes.</p> <p>L'approbation éthique a été obtenue par tous les hôpitaux participants. Les parents ont signé un consentement éthique et l'assentiment des enfants a été obtenu. Les enquêteurs ont insisté sur le caractère confidentiel de l'étude et ont assuré que les informations ne seraient pas transmises à d'autres professionnels de la santé.</p>
<p>Résultats</p> <p>Traitement des données</p>	<p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p> <p>Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?</p>	×		<p>Des analyses de contenu et des statistiques descriptives ont été utilisés pour analyser les données.</p> <p>Les résultats sont divisés en quatre parties.</p> <p>La première partie présente les renseignements de base concernant les enfants. Plus de la moitié des sujets étaient des garçons. L'âge moyen des enfants était de 9,6 ans (écart type = 1,43). La plupart d'entre eux (85%) ont été admis à l'hôpital pour une intervention chirurgicale élective. La durée d'hospitalisation postopératoire variait entre 1 à 30 jours (médiane = 7 jours). La plupart des enfants (86%) ont eu une anesthésie générale. Environ la moitié d'entre eux (51%) avaient subi des interventions chirurgicales cardiaques. 61% d'entre eux n'avaient jamais été hospitalisés auparavant. Environ la moitié des enfants (49%) ont déclaré qu'ils ont senti la douleur postopératoire le jour même que l'intervention chirurgicale a été réalisée, 37% le lendemain et 12% deux jours plus tard. Selon l'échelle visuelle analogique, l'intensité moyenne de la douleur postopératoire des enfants était de 5,9 (SD = 2,30).</p>

				<p>La seconde partie présente les méthodes utilisées par les enfants pour soulager leur douleur. Les résultats sont divisés en trois catégories.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les méthodes cognitivo-comportementales : les plus couramment utilisées par les enfants étaient la relaxation (61%) et la distraction (61%). D'autres méthodes de ce type ont été utilisées mais moins fréquemment. En ce qui concerne les moyens de distraction, plus de 40% des enfants utilisaient la lecture, la nourriture, les boissons, la musique afin de se distraire de la douleur postopératoire. - Les méthodes physiques : dans cette catégorie, le positionnement a été utilisé par 81% des enfants, tandis que seulement 9% d'entre eux ont utilisé la chaleur ou le froid pour soulager leur douleur. - Le soutien affectif et autres méthodes : 80% des enfants exigeaient la présence de leurs parents lorsqu'ils avaient des douleurs. La plupart des enfants (86%) avaient besoin de repos pour faire face à la douleur postopératoire. Cependant, seulement un tiers des enfants ont indiqué avoir demandé de l'aide aux infirmières, comme leur demander un analgésique. <p>La troisième partie présente les perceptions des enfants concernant les méthodes de soulagement de la douleur utilisées par leurs parents et les infirmières. Les résultats sont divisés en quatre catégories.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les méthodes cognitivo-comportementales : les plus fréquemment utilisées par les parents étaient le renforcement positif (75%), la détente (61%) et la distraction (61%). Les méthodes cognitivo-comportementales les plus fréquemment utilisées par les infirmières étaient le fait de donner des informations préparatoires (70%), la détente (70%) et la distraction (66%).
--	--	--	--	--

				<p>- Les méthodes physiques : environ les deux tiers des enfants ont déclaré que leurs parents utilisaient le positionnement et le massage pour soulager leur douleur. 78% d'entre eux ont indiqué que les infirmières utilisaient le positionnement pour soulager leur douleur postopératoire. La régulation thermique est rarement utilisée par les parents et les infirmières.</p> <p>- Le soutien affectif : les enfants ont déclaré que leurs parents ont très souvent utilisé des stratégies de soutien affectif. Ces stratégies incluent le réconfort (88%), la présence (86%) et le toucher (83%). Cependant, les infirmières utilisaient principalement le réconfort (80%) et rarement le toucher et la présence.</p> <p>- Autres méthodes : les autres méthodes de soulagement de la douleur étaient l'aide pour les activités quotidiennes, la création d'un environnement confortable et l'administration de médicaments contre la douleur. La plupart des enfants (90%) ont déclaré que leurs parents les ont aidés dans les activités quotidiennes lorsqu'ils avaient des douleurs. 71% des enfants ont affirmé que les infirmières ont créé un environnement confortable pour soulager leur douleur.</p> <p>La quatrième partie présente les suggestions faites par les enfants pour leurs parents et pour les infirmières. 61% des enfants (n = 36) ont donné des suggestions pour leurs parents qui ont été synthétisées en quatre catégories: l'application de méthodes analgésiques non pharmacologiques; donner des médicaments contre la douleur; offrir du soutien affectif et communiquer plus souvent avec les infirmières. 56% des enfants (n = 33) ont donné des suggestions pour les infirmières qui ont également été synthétisées en quatre catégories: l'application de méthodes analgésiques non pharmacologiques, montrer une attitude amicale, offrir de meilleurs services en fournissant plus d'informations et donner des médicaments contre la</p>
--	--	--	--	--

					douleur.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	×			Les résultats sont divisés en quatre parties. Pour chaque partie, un tableau est présenté afin de visualiser les résultats.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	×			Les résultats sont mis en lien avec ceux des études antérieures.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			×	Les chercheurs n'abordent pas la question de la généralisation des résultats.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	×			Les chercheurs citent les limites suivantes : - Les questions posées aux enfants afin de recueillir les données étaient structurées, cela peut limiter les réponses obtenues. - La manière de poser les questions peut affecter les réponses. - Les résultats reflètent uniquement le point de vue des enfants, une étude basée sur l'observation aurait peut être donné d'autres résultats.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la	×			Les auteurs déclarent que de futures études pourraient être menées afin d'explorer les perceptions des enfants sur les instructions

	<p>pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?</p>			<p>fournies par leurs parents et les infirmières dans la gestion de la douleur postopératoire.</p> <p>Les douleurs postopératoires varient en fonction de l'intervention chirurgicale, ce qui suggère que différentes gestions de la douleur doivent être mises en place. Une étude pourrait être réalisée afin de mesurer l'intensité de la douleur postopératoire selon l'intervention effectuée et de déterminer les méthodes qui sont les plus appropriées pour soulager la douleur postopératoire en conséquence.</p> <p>Les résultats de l'étude fournissent des indications pour la pratique clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières devraient aider les enfants et leurs parents à acquérir des connaissances sur la gestion de la douleur postopératoire. - Il est important d'impliquer tous les professionnels de la santé, les enfants et les parents dans un dialogue constructif sur la gestion de la douleur postopératoire, y compris l'utilisation de méthodes pharmacologiques et non pharmacologiques. - Les infirmières devraient utiliser plus fréquemment la thérapie cognitivo-comportementale et l'enseigner aux parents. - Les infirmières devraient offrir plus de soutien émotionnel aux enfants. Ceux-ci préféreraient que les infirmières soient plus amicales et se montrent plus à disposition. - L'échelle visuelle analogique est un instrument peu utilisé dans les hôpitaux chinois, elle permettrait pourtant d'évaluer les douleurs postopératoires de manière structurée.
--	--	--	--	--

Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	×			L'article est écrit en anglais. Les auteurs utilisent un vocabulaire professionnel. La forme de l'article permet d'avoir une analyse critique et minutieuse.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	×			Les résultats de l'étude sont probants et nombreux. Ils donnent des alertes quant au fait que de nombreux enfants souffrent encore de douleurs postopératoires. L'étude rappelle aux enfants, aux parents et aux professionnels de la santé qu'il existe diverses méthodes non pharmacologiques qui pourraient aider à soulager la douleur postopératoire. En effet, cet étude prouve que la thérapie cognitivo-comportementale et les méthodes physiques de soulagement de la douleur sont insuffisamment utilisées par les parents et les infirmières. Les informations et les instructions concernant le soulagement de la douleur postopératoire doivent être fournies aux enfants et aux parents afin qu'ils puissent être équipés et participer activement à la gestion de la douleur.

10. 10^{ème} grille d'analyse

Références de l'article analysé : Isoardi, J., Slabbert, N. & Treston, G. (2005). Witnessing invasive paediatric procedures, including resuscitation, in the emergency department: a parental perspective. <i>Emergency Medicine Australasia</i> . 17, 3, 244-248.					
Etude quantitative descriptive prospective					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques

Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	×			Le titre permet de saisir le sujet de l'étude qui traite la perspective des parents lors des procédures invasives dans un service d'urgence pédiatrique.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	×			<p>Le résumé contient l'objectif, la méthodologie, les résultats, la conclusion et les mots clé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'objectif : le but de l'étude est de déterminer si les parents préfèrent être présents lors des procédures invasives effectuées sur leur enfant aux urgences ou s'ils préfèrent être absents. - La méthodologie : la recherche est effectuée à partir d'une étude prospective. Les données ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire écrit. Celui-ci a été distribué dans le service d'urgence d'un hôpital régional dans le sud-est du Queensland. L'enquête a été menée entre août 2003 et novembre 2003. L'enquête était composée de sept scénarios pédiatriques avec un niveau croissant de procédures invasives. Pour chaque scénario, les parents devaient cocher s'ils préféraient rester auprès de leur enfant ou sortir de la salle de soins. Les motifs de la décision des parents à rester ou à quitter la salle de soins étaient également recueillis. Uniquement les parents des enfants des catégories 3, 4 et 5 de l'échelle de tri australienne ont été interrogés. - Les résultats : sur les 573 enquêtes recueillies, 553 (96,5%) été correctement remplies. Le nombre de parents qui ont exprimé leur désir d'être présent lors d'une intervention pratiquée sur leur enfant était de 519 (93,9%) pour les saignées et les poses de cathéter intraveineux, de 485 (87,7%) pour l'insertion d'une sonde nasogastrique, de 461 (83,4%) pour les ponctions lombaires, de 464 (83,9%) pour l'insertion d'une sonde urinaire, de 430 (77,8%) pour l'aspiration au niveau du cathéter sus-pubien, de 519 (93,4%) pour les procédures sédatives et de 470 (85%) pour les réanimations où il existait une possibilité que leur enfant puisse mourir. La raison la plus courante de vouloir être présents était d'assurer le confort de leur

				<p>enfant (542/98%). La raison la plus courante de ne pas vouloir être présent était la préoccupation de déranger les professionnels (181/33%).</p> <p>- La conclusion : la plupart des parents interrogés voudraient être présents lors des procédures invasives réalisées sur leurs enfants aux urgences. Le fait d'être envahissants diminue toutefois le désir des parents à être présents. Cependant, la majorité des parents souhaiteraient tout de même être auprès de leur enfant lors de réanimations ou de procédures de sédation.</p> <p>- Les mots clé : children, emergency department, invasive procedure et parental presence.</p>
<p>Introduction</p> <p>Enoncé du problème</p>	<p>-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?</p>	×		<p>La présence des parents lors des procédures invasives a été discutée lors de nombreux débats et reste controversée. Des opinions fortes existent afin d'argumenter le pour et le contre de cette pratique dans la communauté médicale. Aucune étude australienne n'a déjà abordé la présence des parents lors des procédures pédiatriques. Cette étude essaie de déterminer si les parents australiens veulent être présents lors des procédures pédiatriques dans les services d'urgence et si le désir d'être présent est affecté par le caractère invasif de la procédure.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?</p>	×		<p>La présence des parents lors des procédures invasives a été discutée lors de nombreux débats et reste controversée. Des opinions fortes existent afin d'argumenter le pour et le contre de cette pratique dans la communauté médicale. Plusieurs études nord-américaines ont déjà documenté le désir des parents à être présents lors des procédures invasives effectuées sur leur enfant. Cependant, la volonté des médecins d'impliquer les parents est divisée. Une étude indique que la plupart des médecins sont à l'aise avec la présence des parents lors des procédures pédiatriques courantes, bien que cette acceptation a tendance à diminuer avec l'augmentation du dérangement provoqué par les parents. Une étude américaine comprenant 494 médecins a révélé que moins de 15% des médecins favorisent la présence de la</p>

					famille pendant les tentatives de réanimation sur les enfants.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	×			Les théories existantes sur la présence des parents lors des procédures invasives effectuées sur leur enfant sont décrites.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	×			Les hypothèses de recherche sont formulées sous forme de questions de recherche : - Déterminer si les parents australiens veulent être présents lors des procédures pédiatriques dans les services d'urgence - Déterminer si le désir d'être présent est affecté par le caractère invasif de la procédure.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	×			Les hypothèses de recherche découlent de l'état des connaissances.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	×			Le devis de recherche est de type quantitatif, il s'agit d'une étude descriptive prospective.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	×			L'échantillon était composé de 553 parents. Leur enfant était âgé de 0 à 16 ans et avait été admis au service d'urgence. Les parents d'enfants gravement malades ont été exclus.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	×			La taille de l'échantillon paraît adéquate selon le contexte de l'étude.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	×			Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaire.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et	×			Les variables à mesurer sont le désir des parents à être présents lors des procédures invasives effectuées sur leur enfant aux urgences et

	opérationnalisées ?			les motifs de leur désir.
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	×		<p>Cette enquête a été réalisée entre août 2003 et novembre 2003 dans un service d'urgence de l'Hôpital du district de Redcliffe qui se situe dans le sud-est du Queensland. Le 25 % des patients des urgences de cet hôpital sont des enfants. Durant une période de 14 semaines, les infirmières et les médecins travaillant au service d'urgence ont proposé aux parents de participer à cette enquête. Les parents qui pouvaient participer à l'enquête devaient avoir un enfant qui était classé dans les catégories 3, 4 ou 5 de l'échelle de tri australienne. L'enquête se composait de sept scénarios pédiatriques avec un niveau croissant de procédures invasives : une saignée et une pose de cathéter intraveineux, une insertion de sonde nasogastrique, une ponction lombaire, une pose de sonde urinaire, une aspiration au niveau du cathéter sus-pubien, une sédation et une réanimation majeure (qui comprend des risques de mort pour l'enfant). Pour chaque scénario, une description claire et simple de la procédure est présentée. Les parents doivent cocher une case afin d'indiquer s'ils souhaiteraient être présents ou non lors de la procédure. Les parents ont eu l'occasion de préciser l'un des scénarios avec le personnel. Les données sur le sexe et l'âge des parents, ainsi que leurs raisons de vouloir être présents ou non ont également été recueillies. Une section vierge était à disposition à la fin de l'enquête afin que les parents puissent laisser leurs commentaires.</p> <p>L'étude a été approuvée par le comité d'éthique des services de santé du district de Redcliffe-Caboolture.</p>

<p>Résultats</p> <p>Traitement des données</p>	<p>Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?</p>	<p>×</p>		<p>Les résultats sont interprétés à partir d'analyses statistiques. Sur les 573 enquêtes recueillies, 553 (96,5%) ont été correctement remplies. Les résultats indiquent que la plupart des parents désirent être présents lors des opérations réalisées sur leur enfant. La raison la plus courante des parents de ne pas vouloir être présent était la préoccupation de déranger les professionnels. L'exception à cette tendance est une augmentation notable dans le désir d'être présent lors des sédatifs et des réanimations. Ni le sexe, ni l'âge de la mère ne semble avoir un effet significatif sur le désir d'être présent au cours de la procédure. Le nombre de parents qui ont exprimé leur désir d'être présent lors d'une intervention pratiquée sur leur enfant était de 519 (93,9%) pour les saignées et les poses de cathéter intraveineux, de 485 (87,7%) pour l'insertion d'une sonde nasogastrique, de 461 (83,4%) pour les ponctions lombaires, de 464 (83,9%) pour l'insertion d'une sonde urinaire, de 430 (77,8%) pour l'aspiration au niveau du cathéter sus-pubien, de 519 (93,4%) pour les procédures sédatives et de 470 (85%) pour les réanimations où il existait une possibilité que leur enfant puisse mourir. La raison la plus courante de vouloir être présents était d'assurer le confort de leur enfant (542/98%). Les raisons indiquées pour rester auprès de l'enfant lors de la procédure étaient les suivantes : pour consoler l'enfant (98%), pour observer la procédure (47%), car le parent avait déjà eu la même procédure (10%), pour s'assurer que l'enfant ne soit pas blessé (39%) et pour aider le médecin (27%). Les raisons indiquées pour sortir de la salle de soins étaient les suivantes : car le parent ne souhaitait pas voir son enfant souffrir (22%), car le parent ne souhaitait pas que son enfant le voit inquiet (24%), car le parent ne voulait pas déranger les professionnels (33%), car le parent ne supportait pas la vue du sang (5%), car le parent avait déjà eu la même procédure (1%) et car le parent n'estimait pas sa présence</p>
---	---	----------	--	---

					comme étant importante (1%).
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	×			Trois tableaux mettent en évidence les résultats obtenus afin de faciliter la compréhension du lecteur. Le premier tableau indique les données démographiques des parents et des enfants inclus à l'étude. Le second tableau indique le désir des parents à être présent auprès de leur enfant selon chaque procédure invasive. Le troisième tableau indique les motifs des parents à être présents ou non.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	×			Les résultats sont mis en lien avec ceux des études antérieures.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			×	Les chercheurs n'abordent pas directement la question de la généralisation des résultats.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	×			Les chercheurs citent les limites suivantes : - L'étude a été réalisée à partir de scénarios théoriques. Le désir des parents à être présent lors des procédures invasives effectuées sur leur enfant peut changer face à une situation réelle. - L'enquête a été réalisée avec des questions écrites déjà formulées. La formulation des questions peut influencer les réponses. - Bien que le sexe du parent semblait ne pas engendrer de différence significative dans les résultats, 79% des participants étaient des

					mères. - Les parents d'enfants gravement malades étaient exclus de la recherche.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			×	Les chercheurs déclarent que la pratique de demander aux parents de quitter la salle lorsque leur enfant est soumis à une procédure devrait être abandonnée. Pas tous les parents ne souhaitent rester lors des procédures, mais après une explication minutieuse, leur décision de rester ou de partir doit être prise en charge. Les scénarios de réanimations pédiatriques devraient, dans la plupart des cas, entraîner l'accompagnement des parents au chevet de l'enfant, plutôt que de leur demander de sortir de la salle.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	×			L'article est écrit en anglais. Les auteurs utilisent un vocabulaire professionnel. La forme de l'article permet d'avoir une analyse critique et minutieuse. Les auteurs déclarent que cette étude contient le plus grand échantillon de toutes les études prospectives effectuées sur ce sujet.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	×			Cette étude procure des résultats importants. En effet, cette étude prospective australienne contient le plus grand échantillon de son genre sur ce sujet. Il est clair que la grande majorité des parents veulent être présents lors des procédures invasives effectuées sur leur enfant aux urgences. La proportion des parents qui souhaitent être présents semble légèrement diminuer avec l'augmentation de l'invasion de la procédure, sauf dans le scénario de réanimation. Dans cette situation, environ 85% des parents veulent être présents.

11. 11ème grille d'analyse

Références de l'article analysé :					
Kleiber, C., Craft-Rosenberg, M. & Harper, D. C. (2001). Parents as distraction coaches during IV insertion: A randomized study. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> . 22, 851–861.					
Etude quantitative, essai clinique randomisé.					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	×			Le titre permet de saisir le sujet de l'étude qui aborde les parents comme étant des entraîneurs de distraction lors de la pose de cathéter intraveineux.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	×			<p>Le résumé contient l'objectif, la méthodologie, les résultats et les mots clé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'objectif : examiner l'efficacité d'une brève éducation concernant la distraction auprès des parents d'enfants qui doivent subir une pose de cathéter intraveineux. - La méthodologie : 44 enfants d'âge préscolaire souffrant de maladie chronique ont participé à l'étude. Ils devaient tous subir une pose de cathéter intraveineux en vue de tests médicaux. Les enfants et leurs parents ont été divisés en deux groupes. Les parents du groupe d'intervention ont reçu une éducation sur la distraction avant la pose de cathéter intraveineux, tandis que les participants du groupe de contrôle ont reçu les soins standards. Les données ont été analysées selon les deux phases de la procédure : la préparation à l'insertion de l'aiguille et l'insertion de l'aiguille. - Les résultats : les parents du groupe d'intervention utilisaient

				<p>beaucoup plus la distraction que les autres parents. Il n'y a pas eu de différences entre les deux groupes d'enfants concernant la détresse comportementale et l'auto-évaluation de la douleur. Cependant, il y avait une amélioration dans le groupe d'intervention concernant la détresse comportementale entre la première phase du soin et la deuxième phase.</p> <p>- Les mots clé : Children, pain, distress, parents, distraction, medical procedures</p>
<p>Introduction Enoncé du problème</p>	<p>-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?</p>	×		<p>La plupart des études traitent les professionnels qui effectuent une distraction auprès de l'enfant, peu d'études abordent la distraction faite par les parents. Les recherches effectuées sur l'efficacité de la distraction fournie par les parents n'est pas concluante. Cette étude étend les connaissances existantes en vérifiant si les interventions pédagogiques concernant la distraction auprès des parents sont efficaces. Les enfants de cette étude devaient subir une pose de cathéter intraveineux, qui est une procédure médicale courante mais peu étudiée.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?</p>	×		<p>La distraction est un moyen non pharmacologique souvent utilisée afin de diminuer le comportement de détresse de l'enfant durant les procédures médicales. Certaines études ont prouvé l'efficacité de la distraction sur la douleur et la détresse comportementale de l'enfant. La plupart des études traitent des professionnels qui effectuent une distraction auprès de l'enfant, peu d'études abordent la distraction faite par les parents. La distraction a beaucoup d'avantages : elle permet aux parents de n'avoir que la responsabilité de la distraction et permet aux parents d'être libres de se concentrer sur l'attention de leur enfant ; la distraction peut être utilisée dans d'autres contextes que les soins, quand l'enfant est en difficultés ; elle est peu coûteuse. Les recherches effectuées sur l'efficacité de la distraction fournie par</p>

				<p>les parents n'est pas concluante. Certaines études ont prouvé que l'enseignement de la distraction était utile et que les parents qui avaient eu un enseignement utilisaient plus la distraction lors des procédures. Les difficultés à interpréter la valeur de la distraction parentale sont les variations des procédures médicales et les différentes méthodes d'enseignement. Certains chercheurs ont rapporté une diminution de la détresse comportementale des enfants lorsque leurs parents les distrayaient, tandis que d'autres chercheurs n'ont trouvé aucune différence significative.</p> <p>Cette étude étend les connaissances existantes en vérifiant si les interventions pédagogiques concernant la distraction sont efficaces. Les enfants de cette étude devaient subir une pose de cathéter intraveineux, qui est une procédure médicale courante mais peu étudiée.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	×		Les théories existantes sur la distraction et sur la détresse comportementale de l'enfant sont définies.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	×		<p>Les hypothèses de recherche sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les parents qui ont reçu une éducation concernant la distraction devraient afficher plus de comportements de distraction que les autres parents - Les enfants du groupe d'intervention devraient afficher moins de détresse que les enfants du groupe témoin - Les enfants du groupe d'intervention devraient rapporter une douleur plus minime lors de la pose de cathéter intraveineux que les enfants du groupe témoin

	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	×			Les hypothèses de recherche découlent de l'état des connaissances.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	×			Le devis de recherche est de type quantitatif, il s'agit d'un essai clinique randomisé.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	×			L'échantillon est composé de 44 enfants (33 filles et 11 garçons) répartis en deux groupes : 22 enfants dans le groupe d'intervention et 22 enfants dans le groupe témoin. Les enfants étaient âgés de 4 à 7 ans et devaient subir une pose de cathéter intraveineux. Tous les enfants souffraient d'une maladie chronique telle que des infections urinaires chroniques, des incontinences urinaires, des retards de croissance ou des maladies respiratoires. Les parents des enfants étaient également inclus dans l'étude. Il s'agissait de 36 mères et 8 pères.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	×			La taille de l'échantillon paraît adéquate selon le contexte de l'étude.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	×			Cinq instruments de collecte de données ont été utilisés : - La distraction utilisée par les parents a été mesurée par l'observation des vidéos et un codage des comportements des parents . Les bandes vidéo concernant le comportement des parents ont été codées. Chaque intervalle de 10 secondes de la procédure a été codé selon s'il y avait une présence ou l'absence d'un comportement de distraction de la part des parents. Le taux d'utilisation de la distraction a été calculé pour chaque parent en divisant le nombre d'intervalles pendant lesquels la distraction a été

				<p>utilisée par le nombre total d'intervalles de 10 secondes de la période d'observation.</p> <p>- Le comportement de détresse de l'enfant a été mesuré à l'aide de l'échelle d'observation de la détresse comportementale (OSBD-R). L'OSBD-R se compose de comportements définis comme des indicatifs de la détresse chez les enfants. Les comportements correspondent à un nombre de point : cri (1.5 point), crier (4.0 points), la retenue (4,0 points), la résistance verbale (2.5 points), la recherche d'information (1.5 point), la sollicitation d'un soutien affectif (2,0 points), la douleur verbale (2.5 points) et le fléau (4.0 points). Dans cette étude, chaque intervalle de 10 secondes des procédures filmées a été codée selon s'il y avait une présence ou l'absence de comportements de détresse. Un score total de détresse a été calculé en additionnant les valeurs de chacun des comportements de détresse pour chaque intervalle. Le questionnaire sur les perceptions des procédures (PPQ-R) a été utilisé pour mesurer la détresse de l'enfant selon le point de vue des parents. Le PPQ-R se compose de trois questions de type Likert.</p> <p>- L'échelle d'Oucher a été utilisée afin de mesurer la douleur perçue par l'enfant durant le soin. Cette échelle est composé 6 images de visages d'enfants représentant divers degrés d'inconfort. Les scores de cette échelle vont de 1 à 6.</p> <p>- L'enquête des dimensions du tempérament (DOTS-R) a permis de déterminer le tempérament des enfants. Les questions ont été posées aux parents. Le questionnaire comprend 54 items tels que le niveau général d'activité, la rigidité et la flexibilité du tempérament de l'enfant.</p>
--	--	--	--	--

	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	×			Les variables à mesurer sont la distraction utilisée par les parents, la détresse comportementale de l'enfant et la douleur perçue par l'enfant durant le soin.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	×			<p>Une vidéo éducative de 7 minutes concernant la distraction a été conçue pour cette étude. La vidéo explique les raisons et les méthodes d'utiliser la distraction avec les enfants lors des procédures médicales. Trois parents témoignent également de leur expérience avec la distraction. Les conseils donnés sont d'attirer l'attention de l'enfant sur autre chose que le soin, d'utiliser des jouets qu'il apprécie et de le féliciter après le soin. La validité du contenu est soutenue par la littérature théorique et empirique ainsi que quatre professionnels de la psychiatrie. Dans cette recherche, les parents du groupe d'intervention ont visionné la vidéo avec leur enfant. Les parents étaient ensuite encouragés à utiliser la distraction auprès de leur enfant lors de la pose de cathéter intraveineux. Le groupe témoin n'a pas visionné la vidéo et a reçu les informations et les soins standards.</p> <p>9 infirmières et 1 médecin ont posé les perfusions. Ils ont reçu l'ordre de ne pas modifier leurs interactions habituelles avec les familles. Tous ces professionnels pratiquaient ce geste technique presque tous les jours dans le cadre de leur profession. Chaque pose de cathéter intraveineux a été filmée dès le moment où l'enfant était installé sur la table de soins jusqu'à ce que le cathéter soit inséré dans la veine. Une fois la procédure terminée, l'enfant devait évaluer sa douleur selon l'échelle d'Oucher. Les parents étaient invités à répondre au questionnaire sur les perceptions des procédures et aux questions de l'enquête des dimensions du tempérament.</p> <p>Les données d'observation ont été classées en deux phases. La première phase commençait quand l'enfant était installé sur la table</p>

				<p>d'examen et se terminait juste avant l'insertion de l'aiguille. Cette phase correspond à la période sans douleur. La deuxième phase commençait au moment de l'insertion de l'aiguille et prenait fin lorsque le cathéter intraveineux était fixé à la peau.</p> <p>L'utilisation de la crème anesthésiante était dépendante de la pratique des médecins et des infirmières. Afin de pouvoir comparer les données récoltées, trois catégories ont été formées : les enfants qui ont eu l'application de crème anesthésiante au moins 60 minutes, les enfants qui ont eu l'application de la crème anesthésiante moins de 60 minutes et les enfants qui n'ont pas eu de crème anesthésiante.</p> <p>L'étude a été approuvée par le comité de révision institutionnel de l'hôpital pédiatrique du Midwest. Les parents ont signé un consentement éclairé et les chercheurs ont obtenu l'assentiment des enfants.</p>
<p>Résultats</p> <p>Traitement des données</p>	<p>Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?</p>	×		<p>Les résultats sont interprétés à partir d'analyses statistiques. Les résultats sont classés selon les variables à mesurer : le comportement de distraction des parents, la détresse comportementale de l'enfant et la douleur perçue par l'enfant durant le soin.</p> <p>- Le comportement de distraction des parents : pendant la première phase de la procédure, les parents du groupe de contrôle ont utilisé la distraction dans 38,95% des situations. Les parents du groupe d'intervention ont utilisé la distraction dans 78,40% des situations. Durant la seconde phase de la procédure, l'utilisation de la distraction était de 25,90% pour les parents du groupe témoin, tandis que 52,77% des parents du groupe d'intervention ont utilisé la distraction lors de la seconde phase. Les mères du groupe expérimental utilisaient beaucoup plus la distraction que les parents</p>

				<p>du groupe témoin durant les deux phases de la procédure. Tous les parents ont tendance à utiliser plus de distraction durant la phase 1 que durant la phase 2.</p> <p>- La détresse comportementale de l'enfant : les résultats du questionnaire concernant la perception des parents de la détresse de leur enfant (PPQ-R) n'a pas montré de différence significative entre le groupe témoin et le groupe d'intervention. La moyenne était de 9,9 (4,0) pour les parents du groupe de contrôle et de 10,8 (4,2) pour les parents du groupe d'intervention. Les résultats du PPQ-R reflètent l'évaluation des parents de la détresse de leur enfant durant l'ensemble de la procédure (phase 1 et phase 2). Les résultats de l'échelle d'observation de la détresse comportementale (OSBD-R) n'ont pas montré de différences significatives entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle. Durant la première phase, le score de l'OSBD-R était de 1,7 pour le groupe de contrôle et de 2,51 pour le groupe d'intervention. Durant la seconde phase, le score de l'OSBD-R était 2,13 pour le groupe de contrôle et de 1,89 pour le groupe d'intervention. Le score de détresse de l'enfant pouvait soit augmenter entre la phase 1 et la phase 2, soit diminuer ou soit rester constant. Les résultats indiquent qu'un enfant dans le groupe d'intervention a maintenu son niveau de détresse à 4 durant les deux phases. Quatre enfants du groupe de contrôle n'ont pas affiché de comportement de détresse durant les deux phases. Sur les 39 enfants restants, 20 ont montré une augmentation de leur détresse de la phase 1 à la phase 2. 19 ont présenté une diminution de leur détresse entre les deux phases. Le test exact de Fisher montre une différence significative entre les deux groupes. En effet, les enfants du groupe d'intervention ont tendance à afficher une diminution de leur détresse au cours la procédure tandis que les enfants du groupe de contrôle</p>
--	--	--	--	--

					ont tendance a montré une augmentation de leur détresse. La douleur perçue par l'enfant : deux enfants (un du groupe de contrôle et un du groupe d'intervention) ont refusé d'évaluer leur douleur à l'aide de l'échelle d'Oucher. Par conséquent, la statistique de comparaison est basée sur les rapports de 42 enfants. La gamme des scores pour les deux groupes allait de 1 (ce qui signifie pas mal du tout) à 6 (ce qui signifie la douleur maximum). La statistique U de Mann-Whitney a comparé les résultats du groupe d'intervention et du groupe de contrôle. La différence n'était pas significative.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	×			Quatre tableaux mettent en évidence les résultats obtenus afin de faciliter la compréhension du lecteur. Les résultats sont classés selon les variables à mesurer.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?			×	Les principaux résultats ne sont pas interprétés à partir du cadre théorique ou conceptuel.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			×	Les chercheurs n'abordent pas la question de la généralisation des résultats.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	×			Les auteurs citent les limites suivantes : - L'échantillon était de petite taille et il était composé de 75% de

				filles. - Les enfants du groupe d'intervention ont visionné la vidéo éducative avec leurs parents. Cela a pu influencer leur comportement lors de la procédure médicale.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	×		Les chercheurs déclarent que les futures recherches devraient être effectuées avec un échantillon plus grand et plus diversifié. Cette brève intervention d'enseignement peut être utile pour les futures études concernant les parents comme étant des entraîneurs de distraction.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	×		L'article est écrit en anglais. Les auteurs utilisent un vocabulaire professionnel. La forme de l'article permet d'avoir une analyse critique et minutieuse.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	×		L'étude procure des résultats probants. En effet, elle a permis d'analyser les effets d'une intervention pédagogique sur la distraction utilisée par les parents au cours d'une procédure médicale invasive.

12. 12ème grille d'analyse

Références de l'article analysé : Noel, M., McMurtry, C.M., Chambers, C.T. & McGrath, P.J. (2010). Children's memory for painful procedures: The influence of pain intensity, anxiety, and adult behaviors on subsequent recall. <i>Journal of Pediatric Psychology</i> , 35, 626-636. Etude quantitative corrélacionnelle					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	×			Le titre de l'étude permet de saisir le sujet de l'étude qui traite la mémoire des enfants concernant les interventions douloureuses et l'influence de l'intensité de la douleur, de l'anxiété et des comportements des adultes sur les souvenirs ultérieurs.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	×			Le résumé contient l'objectif, la méthode, les résultats et la conclusion. - L'objectif : examiner si l'expérience des enfants concernant la douleur, l'anxiété et le comportement des adultes au cours de la procédure est liée aux souvenirs de la procédure médicale. - La méthode : Les participants étaient 48 enfants (24 filles et 24 garçons) âgés de 5 à 10 ans. Ces enfants devaient subir une ponction veineuse. La ponction veineuse a été filmée et les comportements des adultes codés. Les enfants ont auto-évalué l'intensité de leur douleur et de leur anxiété immédiatement après la ponction veineuse ainsi que deux semaines après. -Les résultats : les enfants qui avaient initialement déclaré des niveaux de douleur élevés avaient tendance à surestimer leur anxiété au moment du suivi. Les enfants qui avaient déclaré des niveaux de

				<p>douleur inférieurs ont sous-estimé leur anxiété au moment du suivi. Les comportements d'adaptation du personnel a permis de prédire l'exactitude des souvenirs contextuels des enfants. Le comportement du personnel et des parents n'ont pas permis de prédire les souvenirs de l'intensité de la douleur et de l'anxiété des enfants.</p> <p>- La conclusion : les résultats indiquent que l'expérience directe des enfants concernant l'intensité de la douleur et le comportement du personnel au cours des ponctions veineuses sont liés à leurs souvenirs. Ces données soulignent l'importance d'une gestion de la douleur efficace durant les procédures médicales.</p>
<p>Introduction Enoncé du problème</p>	<p>-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?</p>	×		<p>Etant donné que le comportement des adultes est lié à la détresse et à la douleur des enfants lors des procédures médicales et que le niveau de douleur et de détresse est lié aux souvenirs de l'enfant, il est probable que les comportements des adultes soient liés aux souvenirs des enfants concernant la procédure douloureuse. Cette étude examine si les comportements des adultes, les niveaux initiaux d'intensité de la douleur et d'anxiété sont liés aux souvenirs des enfants.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?</p>	×		<p>La mémoire est un processus actif qui influence les expériences ultérieures. La manière dont les enfants se souviennent des procédures médicales douloureuses affecte leurs expériences de la douleur et de la détresse lors des futures procédures. Les enfants qui développent des souvenirs négatifs exagérés de leur douleur et leur anxiété lors des procédures ont tendance à éprouver plus de douleur et de détresse lors des procédures suivantes. Les souvenirs formés très tôt dans la vie ont le potentiel de persister à l'âge adulte et peuvent être une source de peur et d'évitement des soins médicaux. Certains auteurs indiquent que les expériences de douleur vécues dans l'enfance peuvent engendrer des symptômes de douleur</p>

				<p>chronique. Les représentations des expériences douloureuses sont complexes et impliquent des aspects sensoriels et contextuels. Les souvenirs sont constructifs et susceptibles d'être distordus avec le temps. La façon dont les souvenirs des enfants sont émotionnellement encadrés est influencée par le niveau de douleur et de détresse qu'ils éprouvent. Une étude a prouvé que les enfants qui ont reçu une vaccination sans distraction ou anesthésie locale ont tendance à former plus de souvenirs négatifs exagérés de l'intensité de leur douleur que les enfants qui se sont fait vacciner avec une anesthésie locale ou de la distraction. Il est probable que la relation entre la douleur et la mémoire est influencée par l'attention. En effet, les enfants qui éprouvent plus de douleur lors des procédures médicales sont moins susceptibles d'avoir des ressources attentionnelles nécessaires pour encoder l'événement, ce qui conduit à des souvenirs mal organisés. Le comportement des adultes au cours de procédures médicales peut jouer un rôle important dans le développement des souvenirs de la douleur des enfants. En effet, le comportement des adultes est fortement lié à la détresse et à l'adaptation des enfants au cours de la procédure. Etant donné que le comportement des adultes est lié à la détresse et à la douleur des enfants lors des procédures médicales et que le niveau de douleur et de détresse est lié aux souvenirs de l'enfant, il est probable que les comportements des adultes soient liés aux souvenirs des enfants concernant la procédure douloureuse.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	×		<p>Les théories existantes sur la mémoire de la douleur, l'impact du comportement des adultes lors des procédures médicales et la relation entre la détresse et la douleur sont décrites.</p>
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	×		<p>Les hypothèses de recherche sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les enfants qui rapportent des niveaux plus élevés d'intensité de la

				<p>douleur et de l'anxiété devraient former des souvenirs négatifs exagérés et se rappelleraient moins de détails contextuels que les enfants qui ont estimé des niveaux inférieurs de l'intensité de la douleur et de l'anxiété.</p> <p>- Les enfants exposés à plus de comportements de détresse des adultes devraient former des souvenirs plus négatifs exagérés et se rappelleraient moins de détails contextuels que les enfants exposés à des comportements d'adaptation des adultes.</p>
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	×		Les hypothèses découlent de l'état des connaissances.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	×		Le devis de recherche est de type quantitatif, il s'agit d'une étude corrélationnelle.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	×		<p>L'échantillon était composé de 48 enfants (24 filles et 24 garçons) âgés de 5 à 10 ans et leurs parents. Ces enfants ont tous subi une ponction veineuse dans un laboratoire de prélèvement de sang dans un hôpital de soins pédiatriques. La majorité des enfants étaient de race blanche (78,3%). Les parents inclus étaient 85,4% des mères et 14,6% des pères âgés de 24 à 56 ans. En moyenne, les enfants avaient déjà subi trois ponctions veineuses auparavant et avaient été hospitalisés 1 à 2 fois. La majorité des enfants avaient des problèmes de santé mineurs (60,4%).</p> <p>Les participants ont été recrutés pour participer à une autre étude plus vaste et ont ensuite été invités à prendre part à cette étude. L'étude plus vaste comprenait 100 participants. 70 ont été invitée à participer</p>

				à cette étude, 63 ont répondu de manière positive. Sur ces 63 participants, 15 enfants ont été exclus car ils n'étaient pas disponibles au moment du suivi.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	×		La taille de l'échantillon paraît adéquate selon le contexte de l'étude.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	×		<p>Afin de récolter les souvenirs des enfants liés au contexte, 12 questions ouvertes leur ont été posées. Les questions étaient adaptées au niveau de développement cognitif. Les questions étaient les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pendant quelle saison as-tu eu ta prise de sang? - Au cours de quel mois as-tu eu ta prise de sang? - Durant quel moment de la journée as-tu eu ta prise de sang? - Qui était dans la pièce avec toi quand tu as eu ta prise de sang? - La personne qui t'a piqué était un homme ou une femme ? - A quel endroit de ton corps ont-ils piqué avec l'aiguille? - Quelle est la couleur des cheveux de la personne qui t'a filmé pendant la prise de sang? - De quelle couleur était la chaise où tu étais assis durant la prise de sang ? - De quelle couleur était le comptoir dans la salle où tu as eu ta prise de sang ? - De quelle couleur étaient les placards de la chambre ? - Où était ta maman / papa quand tu as eu ta prise de sang? - Que pouvais-tu prendre dans le tiroir après avoir fait ta prise de sang ? <p>Quatre échelles ont également été utilisées pour récolter les données :</p> <ul style="list-style-type: none"> - FPS-R (Faces Pain Scale-Revised) : cette échelle a été employée

				<p>afin de mesurer l'intensité de la douleur. Elle comprend six visages qui représentent les degrés de la douleur (0, 2, 4, 6, 8, 10). Cette échelle peut être utilisée auprès des enfants de 4 à 12 ans.</p> <p>- L'échelle d'anxiété et de douleur de l'enfant et l'échelle d'anxiété avec des visages : ces deux échelles ont permis de mesurer la détresse et l'anxiété. Elles se composent de cinq visages qui représentent les différents degrés d'anxiété. Les visages sont numérotés de 0 à 4. Elles peuvent être utilisées avec des enfants de 4 à 10 ans et ont démontré des bonnes preuves de validité.</p> <p>- L'échelle d'interaction adulte-enfant lors des procédures médicales, appelé également Campis-R : cette échelle d'observation mesure le comportement des enfants et des adultes lors des procédures médicales. 35 codes sont regroupés dans six catégories : la détresse des enfants, l'adaptation des enfants, l'enfant neutre, la promotion de la détresse de l'adulte, la promotion du succès de l'adulte et l'adulte neutre.</p>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	×		Les variables à mesurer sont l'intensité de la douleur, la détresse et l'anxiété de l'enfant lors d'une ponction veineuse.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	×		<p>La première phase de l'étude s'est déroulée pendant et immédiatement après la ponction veineuse. Les procédures ont été filmées. L'évaluation de la douleur et de l'anxiété ont été effectuées immédiatement après la ponction veineuse. Les participants ont été recrutés pour participer à une autre étude plus vaste et ont ensuite été invités à prendre part à cette étude. Ils ignoraient que la mémoire de la douleur serait évaluée. De ce fait, ils n'ont pas été influencés.</p> <p>Avant la seconde phase, les parents ont reçu une fiche d'informations</p>

				<p>concernant la nouvelle étude. Ils ont également reçu une enveloppe contenant les différentes échelles. Ils avaient l'autorisation d'ouvrir cette enveloppe uniquement quand un des chercheur les contacter. En effet, les entrevues de la seconde phase se sont déroulées par téléphone environ deux semaines après la ponction veineuse. Les chercheurs ont posé les 12 questions préparées dans le but d'évaluer la mémoire de la douleur. Les échelles envoyées par lettre ont également été utilisées à ce moment. Les enfants devaient réévaluer leur anxiété et leur douleur lors de la ponction veineuse.</p> <p>L'étude a été approuvée par le conseil d'éthique de recherches hospitalières. Les parents ont signé un consentement éclairé. Les chercheurs ont également obtenu l'assentiment des enfants.</p>
<p>Résultats</p> <p>Traitement des données</p>	<p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p> <p>Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?</p>	×		<p>Les résultats sont interprétés à partir d'analyses statistiques. Les résultats sont classés selon les deux hypothèses de recherche.</p> <p>Hypothèse 1 : la relation entre l'anxiété et l'intensité de la douleur initiale des enfants et les souvenirs ultérieurs.</p> <p>Afin d'examiner la relation entre l'intensité initiale de la douleur des enfants et le degré de distorsion de leurs souvenirs, les enfants ont été répartis en trois groupe : les plus estimateurs, les estimateurs précis et les sous estimateurs. Les plus estimateurs et les sous estimateurs ont été opérationnellement définis comme des enfants qui avaient des divergences entre leur anxiété initiale et leur anxiété deux semaines après la ponction veineuse. Les enfants qui ont rapporté des niveaux élevés d'intensité de la douleur ont tendance à surestimer leur niveau d'anxiété lors de procédure deux semaines après celle-ci. Au contraire, les enfants qui ont sous estimé leur douleur initiale ont tendance à sous estimer leur niveau d'anxiété lors de la procédure deux semaines après celle-ci. Les résultats ont indiqué que les</p>

				<p>souvenirs contextuels ne sont pas liés à l'intensité de la douleur ou à l'anxiété lors de la procédure.</p> <p>Hypothèse 2 : la relation entre le comportement des adultes et les souvenirs ultérieurs des enfants.</p> <p>Les chercheurs ont tout d'abord vérifié que les relations entre les comportements de détresse des adultes et la détresse immédiate des enfants allaient dans la même direction. Comme prévu, les comportements de détresse élevés des parents étaient liés à un comportement élevé de détresse chez l'enfant. Inversement, la forte adaptation des comportements des parents a favorisé un niveau de détresse moins élevé chez l'enfant ainsi qu'une évaluation de l'enfant basse de son anxiété. Les analyses des résultats ont indiqué que les comportements des parents expliquent en grande partie l'intensité de la douleur et l'anxiété de l'enfant. Le comportement du personnel a également un rôle important dans la détresse de l'enfant. Plus le personnel a adapté son comportement lors de la ponction veineuse, moins les enfants ont estimé leur détresse, leur douleur et leur anxiété à un haut niveau.</p> <p>Les résultats ont également révélé que le comportement des parents et du personnel médical ne permet pas de prédire les souvenirs de l'intensité de la douleur et de l'anxiété des enfants.</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	×		<p>Quatre tableaux mettent en évidence les résultats obtenus afin de faciliter la compréhension du lecteur. Les résultats sont classés selon les deux hypothèses de recherche.</p>

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	×			Les résultats sont mis en lien avec ceux des études antérieures.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			×	Les chercheurs n'abordent pas la question de la généralisation des résultats.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	×			Les chercheurs citent les limites suivantes : - Les souvenirs des enfants pouvaient être renforcés car ils savaient qu'ils participaient à une étude - Ce n'est pas une étude expérimentale, cela signifie que d'autres variables pourraient influencer le comportement des adultes, l'anxiété des enfants ou leurs souvenirs.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	×			Les auteurs déclarent que d'autres recherches devraient être effectuées afin de déterminer les systèmes de mémoire spécifiques aux comportements des parents, à la douleur et à l'anxiété. Les résultats de cette étude mettent en avant l'importance de gérer la douleur, mais également les facteurs comportementaux. Les résultats de cette étude soulignent l'importance de gérer la douleur des enfants de manière efficace lors des procédures médicales afin d'éviter des effets négatifs à long terme. Les interventions non pharmacologiques telles que la distraction ou les anesthésies topiques se sont avérées

					efficaces contre le développement négatif et déformé des souvenirs.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	×			L'article est écrit en anglais. Les auteurs utilisent un vocabulaire professionnel. La forme de l'article permet d'avoir une analyse critique et minutieuse.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	×			L'étude procure des résultats probants et qui s'avèrent utiles pour la pratique. En effet, les résultats confirment la nécessité d'une gestion efficace de la douleur en montrant que des niveaux plus élevés de la douleur pendant une procédure médicale couramment expérimenté sont liés à des souvenirs exagérés de l'anxiété au fil du temps.

13. 13^{ème} grille d'analyse

Références de l'article analysé : McMurtry, C.M., Chambers, C.T., McGrath, P.J. & Asp, E. (2010). When "don't worry" communicates fear: Children's perceptions of parental reassurance and distraction during a painful pediatric medical procedure. <i>Pain</i> . 150, 52-58.					
Etude quantitative descriptive corrélationnelle					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	×			Le titre permet de saisir le sujet de l'étude qui traite les perceptions des enfants face au réconfort et à la distraction des parents lors des procédures pédiatriques douloureuses.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex.,	×			Le résumé contient l'objectif, la méthodologie, les résultats, la

	<p>l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?</p>			<p>conclusion et les mots clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'objectif : l'objectif de cette étude est de valider l'hypothèse que les parents peuvent transmettre leur peur à leur enfant en les rassurant ou en les distrayant. - La méthodologie : cette étude examine si les enfants perçoivent leurs parents comme craintifs quand ils les rassurent en utilisant des méthodes d'observation et d'expérimentation. 100 enfants (40 garçons et 60 filles) âgés de 5 à 10 ans (M=8.02 années, SD= 1,69 ans) ont participé à l'étude ainsi que leurs parents (86 mères et 14 pères). Plusieurs échelles ont été utilisées : une afin de mesurer les comportements du parent et de l'enfant lors de la ponction veineuse (CAMPIS-R) et une mesurant l'intensité de l'émotion du parent : niveau de peur ou joie du parent attribué par l'enfant sur une échelle à 4 niveaux. <p>La procédure se déroulait en deux temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un premier temps où l'enfant a dû reconnaître, à partir de l'enregistrement vidéo du soin qu'il avait subi, si son parent était dans une attitude de réassurance ou dans une attitude de distraction. Les chercheurs demandaient également à l'enfant s'il pensait que le parent était plutôt heureux ou effrayé lors du soin et il devait déterminer l'intensité de cette émotion. - Un second temps dédié au visionnage de séquences vidéo créées artificiellement, où un acteur jouait un parent pendant une ponction veineuse disait des paroles soit de réassurance avec information ("c'est fait, c'est presque fini"), soit de réassurance ("tout va bien, ça va bien aller"), soit de distraction ("regarde, regarde le poisson sur le mur"), en contrôlant trois variables : l'expression faciale, le ton de la voix (montant ou descendant) et le contenu verbal. Au total, il y avait 12 vignettes. Les enfants devaient ensuite coter le niveau de peur ou de joie du parent.
--	--	--	--	--

				<p>- Les résultats : les résultats confirment seulement partiellement l'hypothèse de départ que l'enfant percevrait son parent comme plus anxieux lorsqu'il tente de le rassurer plutôt que lorsqu'il essaie de le distraire. Les résultats ne sont pas significatifs, mais la tendance est effectivement que les enfants attribuent des niveaux de peur plus élevés (et des niveaux de joie plus bas) aux parents qui font de la réassurance comparés à ceux qui les distraient. Pour les trois variables comportementales testées, les résultats ne fournissent que des indications partielles. Comme attendu, l'expression faciale de peur était corrélée à une évaluation plus élevée du niveau de peur attribuée au parent, de même pour la joie. Aucune différence n'a été retrouvée sur le niveau de peur du parent selon que le contenu de son message était informatif ou non informatif. Il existe en revanche des influences réciproques entre le ton de la voix, l'expression du visage et le contenu de l'énoncé ; l'expression du visage semble avoir un impact plus important que le ton de la voix. Les auteurs concluent qu'ils ont travaillé sur des variables proximales et que d'autres variables comme le contexte du soin, l'histoire de l'enfant et la façon dont on perçoit l'enfant influencent ces comportements de réassurance ou de distraction et doivent être prises en compte.</p> <p>- La conclusion : l'étude des effets de la présence des parents lors des soins douloureux de leur enfant a montré que les stratégies de réassurance, comme le fait de lui dire que tout ira bien, pouvaient être associées à une augmentation de l'inquiétude de l'enfant et à une aggravation des signes de détresse. À l'inverse, la distraction entraînait une augmentation des comportements adaptés de l'enfant lors de ce soin. Ces observations sur la réassurance vont à l'encontre de ce que l'on pourrait naturellement penser. Une des raisons pourrait être que lorsque le parent utilise des paroles rassurantes cela serait en fait pour masquer sa propre peur. C'est ainsi, qu'au-delà des paroles qui se voudraient rassurantes, le parent communiquerait sa peur à</p>
--	--	--	--	---

				<p>l'enfant par l'intermédiaire de différents canaux de communication comme l'expression de son visage, le ton de sa voix et le contenu de son message.</p> <p>-Les mots clés : Pediatric pain, Reassurance, Parent behavior, Procedural pain, Emotion, Distraction</p>
<p>Introduction</p> <p>Enoncé du problème</p>	<p>-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?</p>	×		<p>Etant donné que la recherche pertinente est limitée, on ne sait que très peu de choses sur les qualités des comportements des parents au cours des procédures pédiatriques douloureuses. L'objectif de cette étude est donc de procéder à un examen systémique de la perception des enfants à propos des émotions de leurs parents lorsqu'ils les rassurent.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?</p>	×		<p>Les procédures médicales sont une source fréquente de douleur chez l'enfant. Les comportements parentaux démontrent de solides relations avec la détresse des enfants lorsqu'ils subissent des procédures douloureuses. Étonnement, la littérature semble mettre en relation l'augmentation de la détresse et la douleur de l'enfant avec le réconfort des parents. En revanche, la distraction serait utile pour les enfants lors des procédures douloureuses. Peu de raisons permettent d'expliquer le lien entre la réassurance des parents et l'augmentation de la détresse chez l'enfant. Certains chercheurs ont supposé que les parents pourraient afficher une expression craintive lorsqu'ils rassurent leur enfant. Une autre possibilité serait que cette assurance puisse servir d'un signal d'anxiété parentale. En effet, certains auteurs supposent que si un parent tente de rassurer son enfant, cela signifie qu'il est lui-même anxieux. Si le fait de rassurer est un signal de peur des parents, ce message pourrait être transmis à travers un certain nombre d'autres canaux tels que l'expression du visage, la tonalité de la voix ou le contenu verbal. Etant donné que la recherche pertinente est limitée, on ne sait que très peu de choses sur les qualités des comportements des parents au cours des procédures pédiatriques douloureuses. Certaines études ont tout de même montré que</p>

					l'expression de la peur sur le visage des mères été associée aux douleurs que subissaient leur enfant lors d'une injection. Concernant les qualités vocales, McMurphy a révélé que 64% des verbalisations spontanées de réconfort étaient prononcées avec un ton vocal tombant qui indique la certitude. Un ton vocal haut indique de l'incertitude. Le contenu verbal spécifique au réconfort peut également avoir une influence sur l'augmentation de la détresse de l'enfant.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	×			Les théories existantes sur la détresse de l'enfant et le réconfort des parents sont décrites.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	×			Les hypothèses de recherche sont les suivantes : - Les enfants devraient évaluer leurs parents comme étant plus craintifs lorsqu'ils les rassurent que quand ils les distraient. - Les évaluations des enfants sur la peur des adultes en réponse aux vignettes seront différentes selon les qualités de l'énonciation : l'expression du visage (peur ou heureux), tonalité de la voix (haute ou basse) et le contenu verbal (informations rassurantes, réconfort ou distraction).
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	×			Les hypothèses découlent de l'état des connaissances.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	×			Le devis de recherche est de type quantitatif, il s'agit d'une étude descriptive corrélationnelle.

Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	×		<p>100 enfants (40 garçons et 60 filles) âgés de 5 à 10 ans (M=8.02 années, SD= 1,69 ans) ont participé à l'étude. Les participants ont été recrutés parmi des enfants qui fréquentaient le laboratoire de prélèvement de sang d'un centre tertiaire de santé pédiatrique. 52% des enfants avaient déjà subi au moins 5 fois des ponctions veineuses. Les enfants étaient de nationalités européenne-canadienne (n=69), africaine-canadienne (n=3), asiatique-canadienne (n=2) et d'autres nationalités (n=26).</p> <p>Les parents qui ont participé à l'étude étaient 86 mères, 14 pères et une tutrice. L'âge moyen était de 37,41 ans (24 à 56 ans, SD=6,68 ans). Les familles étaient généralement de milieux sociaux classiques.</p>
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	×		L'échantillon était composé de 100 enfants et de 100 parents. L'échantillon est adéquat dans le contexte de l'étude.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	×		<p>Deux échelles ont été utilisées pour récolter les données :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'échelle d'interaction adulte-enfant lors des procédures médicales, appelé également Campis-R : cette échelle d'observation mesure le comportement des enfants et des adultes lors des procédures médicales. 35 codes sont regroupés dans six catégories : la détresse des enfants, l'adaptation des enfants, l'enfant neutre, la promotion de la détresse de l'adulte, la promotion du succès de l'adulte et l'adulte neutre. - L'échelle d'intensité émotionnelle : les enfants étaient invités à mesurer l'intensité de la peur et du bonheur des adultes. Les notes ont été attribuées à l'aide d'une échelle de type Likert. Cette échelle comprend des étoiles et des couleurs qui correspondent au degré d'intensité émotionnelle. Cette échelle comprend 5 degrés (0=pas du

				<p>tout, 1=un peu, 2= genre de, 3= beaucoup, 4= très bien). Cette échelle était utilisée avec les enfants de 3 à 8 ans.</p>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	×		<p>Les variables à mesurer étaient l'expression du visage, la tonalité de la voix et le contenu verbal.</p>
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	×		<p>La procédure se déroulait en deux temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans un premier temps, l'enfant et ses parents étaient filmés lors de la ponction veineuse. L'enfant visionnait cette séquence deux fois. Il devait ensuite dire si son parent était dans une attitude de réassurance ou dans une attitude de distraction. Les chercheurs demandaient également à l'enfant s'il pensait que le parent était plutôt heureux ou effrayé lors de la ponction veineuse et il devait déterminer l'intensité de cette émotion à l'aide l'échelle d'intensité émotionnelle. - Dans un second temps, douze vignettes ont été créées dans lesquelles un acteur jouait le rôle d'un parent lors d'une ponction veineuse prodiguée à son enfant. Les vignettes contenaient à la fois du réconfort et de la distraction. Les vignettes ont permis un contrôle minutieux de trois variables : l'expression du visage, la tonalité de la voix et le contenu verbal. Huit des vignettes traitaient les trois qualités lors du réconfort : l'expression du visage (peur ou plaisir), la tonalité de la voix (haute ou basse) et le contenu verbal (informations ou sans informations). Quatre des vignettes traitaient la distraction à travers l'expression du visage, la tonalité de la voix et le contenu verbal. Les enfants devaient ensuite coter le niveau de peur ou de joie du parent à l'aide de l'échelle d'intensité émotionnelle. <p>L'étude a été approuvée par le conseil d'éthique de recherches hospitalières. Le consentement des parents et l'assentiment des</p>
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver			

	les droits des participants (éthique) ?			enfants ont été obtenus.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	×		<p>Le test de Wilcoxon et le test de Mann-Whitney ont été utilisés afin d'examiner les différences entre les évaluations de chaque enfant sur les émotions des parents.</p> <p>Les résultats sont interprétés à partir d'analyses statistiques.</p> <p>Les résultats sont catégorisés en deux chapitre : réconfort spontané et distraction lors de la ponction veineuses ; les vignettes (l'évaluation des enfants de la peur de leur parent et l'évaluation des enfants du bonheur de leur parent).</p> <p>Réconfort spontané et distraction lors de la ponction veineuse : la répartition des participants fournit des notations d'intensité de la peur ou du bonheur en réponse aux comportements des parents lors de la ponction veineuse. La répartition est la suivante : 60 des enfants ont répondu que leur parent les avait réconforté et 52 ont répondu que leur parent les avait distrait. Plus précisément, 27 des enfants ont répondu que leur parent les réconfortait, 19 ont répondu que leur parent les distrait et 33 enfants ont répondu que leur parent utilisait à la fois le réconfort et la distraction. Pour ces 33 enfants, sur une échelle de 0 à 4, la moyenne de l'évaluation de la peur des parents étaient de 0,48 lorsque le parent rassurait l'enfant et de 0,24 quand il le distrait. Le bonheur des parents étaient à une moyenne de 1,91 lorsque le parent rassurait l'enfant et à 2,15 quand il distrait l'enfant. Aucune différence significative a été constatée dans les évaluations de la peur et du bonheur quand le parent rassurait ou distrait l'enfant. Cette analyse inclus uniquement les enfants qui</p>

				<p>ont répondu à la fois que leur parent les distrayait et les réconfortait.</p> <p>La prochaine étape de l'analyse est d'inclure tous les enfants afin de maximiser la taille de l'échantillon. 60 des enfants ont répondu que leur parent les avait réconforté et 52 ont répondu que leur parent les avait distraits. L'évaluation de la peur des parents lorsqu'ils rassuraient leur enfant est à une moyenne de 0,53 tandis que lorsqu'ils distrayaient leur enfant, la peur est à une moyenne de 0,33. Les notes du bonheur lors du réconfort étaient à une moyenne de 1,92 et lors de la distraction, les notes du bonheur étaient à une moyenne de 2,33.</p> <p>Les vignettes :</p> <p>- l'évaluation des enfants de la peur de leur parent: la triple interaction entre la tonalité de la voix, l'expression du visage et le contenu verbal a été significative. Tous les autres effets n'étaient pas significatifs. Pour le suivi de l'interaction à trois voies, les vignettes ont été divisées selon le contenu verbal (le réconfort informatif, le réconfort non informatif et la distraction), la tonalité de la voix (haute ou basse) et l'expression du visage (heureux ou craintif). Pour le réconfort, les résultats indiquent que les enfants ont évalué une plus grande intensité de la peur pour le réconfort non informatif, accompagné d'une expression du visage craintif avec une tonalité de la voix haute. Le ton de la voix semblerait n'avoir aucun impact sur l'évaluation de la peur des parents quand le parent rassure son enfant avec des informations et une expression du visage heureuse. Le ton aurait un impact uniquement quand il est accompagné de signes de peur.</p> <p>Dans la distraction, les résultats significatifs sont identiques à ceux</p>
--	--	--	--	--

				<p>du réconfort.</p> <p>- l'évaluation des enfants du bonheur de leur parent: la triple interaction entre la tonalité de la voix, l'expression du visage et le contenu verbal a été significative. Tous les autres effets n'étaient pas significatifs. Pour le suivi de l'interaction à trois voies, les vignettes ont été divisées selon le contenu verbal (le réconfort informatif, le réconfort non informatif et la distraction), la tonalité de la voix (haute ou basse) et l'expression du visage (heureux ou craintif). Le bonheur des parents a été jugé comme étant élevé quand le parent réconfortait son enfant avec des informations et une expression du visage heureuse. Les résultats indiquent que les enfants ont jugés le parent comme étant plus heureux lorsqu'il le réconfortait sans donner d'informations avec une expression du visage heureuse que lorsqu'il le réconfortait sans donner d'informations avec une expression du visage craintive. Il y avait une interaction importante entre le ton de la voix et l'expression du visage. En effet, lorsque le parent montrait une expression heureuse sur le visage et parlait avec un ton de voix basse, l'enfant évaluait son bonheur comme étant plus élevé que si le parent parlait avec un ton de voix haute. Cependant, la tonalité de la voix n'avait aucun impact quand le parent réconfortait son enfant sans lui donnant d'informations et en ayant une expression du visage heureuse ou quand il distrayait son enfant avec une expression du visage heureuse.</p> <p>L'analyse finale a montré un effet principal de l'expression du visage, ainsi qu'une interaction bidirectionnelle de la tonalité de la voix et de l'expression du visage.</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux,	×		Deux tableaux mettent en évidence les résultats obtenus afin de faciliter la compréhension du lecteur. Les résultats sont classés sous forme de chapitre.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?			×	Les principaux résultats ne sont pas interprétés à partir du cadre conceptuel ou du cadre théorique.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	×			Les chercheurs déclarent ne pas pouvoir généraliser les résultats à d'autres populations car les enfants de l'étude venaient généralement d'un milieu social classique et avaient déjà eu des expériences de ponctions veineuses.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	×			Les chercheurs décrivent les limites suivantes : - Le comportement des parents a été enregistré dans un laboratoire clinique occupé et certains clips vidéo étaient difficiles à entendre. Certains clips vidéo n'ont pas été retenus pour cette raison. Ceci a réduit la taille de l'échantillon - Dans les vignettes créées pour la recherche, il n'y avait qu'un seul acteur et ce n'était pas la mère des enfants. - Les enfants venaient généralement d'un milieu social classique et avaient déjà eu des expériences de ponctions veineuses.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les	×			Les auteurs expliquent que des recherches approfondies sur la relation entre le réconfort et l'augmentation de la détresse de l'enfant devraient être effectuées. Des recherches plus poussées pourraient également être réalisées sur la tonalité de la voix des parents, le

	travaux de recherche à venir ?				discours des parents et l'expression du visage des parents lors des procédures pédiatriques douloureuses.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	×			<p>L'article est écrit en anglais. Les auteurs utilisent un vocabulaire professionnel. La forme de l'article permet d'avoir une analyse critique et minutieuse.</p> <p>Une force importante de cette étude est l'inclusion d'une méthodologie d'observation et d'une méthodologie d'expérimentation avec un seul échantillon relativement grand.</p> <p>Les données de cette étude ont été recueillies dans le cadre d'un projet plus vaste. En effet, deux études ont été réalisées à partir des données recueillies.</p>
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	×			<p>Les résultats de cette étude sont probants et importants. Cette recherche permet d'avoir des détails sur la perception que les enfants ont de l'émotion des adultes lors de la distraction et du réconfort. Les résultats confirment seulement partiellement l'hypothèse de départ que l'enfant percevrait son parent comme plus anxieux lorsqu'il tente de le rassurer plutôt que lorsqu'il essaie de le distraire. En effet, les résultats fournissent la preuve que les enfants perçoivent leurs parents comme étant craintifs quand ils les rassurent. Cependant, cette enquête ne peut pas déterminer si la perception de l'enfant de la peur des parents augmente la détresse de l'enfant lors de la procédure douloureuse.</p>

14. 14^{ème} grille d'analyse

Références de l'article analysé : Sikorova, L. & Hrazdilova, P. (2011). The effect of psychological intervention on perceived pain in children undergoing venipuncture. <i>Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.</i> 155, 149-154. Etude quantitative, essai clinique randomisé.					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	×			Le titre permet de saisir le sujet de l'étude qui traite des effets des interventions psychologiques sur la douleur perçue chez les enfants qui subissent des ponctions veineuses.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	×			<p>Le résumé contient les objectifs, la méthode et les résultats.</p> <p>- Les objectifs : l'objectif principal de l'étude est de déterminer l'effet des interventions psychologiques structurées sur le niveau de la douleur perçue chez les enfants qui subissent des ponctions veineuses. Le second objectif est d'étudier comment le comportement de la douleur lors des ponctions veineuses est affecté par l'âge, par le sexe, par les expériences antécédentes de ponctions veineuses, par la présence des parents et par le motif de la ponction veineuse.</p> <p>- La méthode : les enfants âgés de 5 à 10 ans qui devaient subir une ponction veineuse ont été répartis dans un groupe témoin et un groupe d'intervention de manière aléatoire. Le groupe témoin a été préparé pour la ponction de manière standard. Les enfants du groupe d'intervention ont été préparés selon la consultation psychologique structurée avant le soin. Le niveau de douleur perçue a été évalué</p>

				<p>avec l'échelle CHEOPS et l'échelle d'évaluation de la douleur de Wong et Baker.</p> <p>- Les résultats : les chercheurs ont trouvé une différence significative entre la douleur évaluée auprès du groupe témoin et la douleur évaluée auprès du groupe d'intervention. L'intervention psychologique effectuée par une infirmière a prouvé une diminution du niveau de la douleur lors de la ponction veineuse. Ce constat a été évalué à l'aide de l'échelle CHEOPS et l'échelle d'auto-évaluation.</p> <p>Un niveau de douleur plus élevé a été constaté chez les enfants de 5 à 7 ans, chez les enfants qui ont subi une pose de cathéter périphérique et chez les enfants dont les parents étaient présents. Une consultation spéciale avec l'enfant un jour avant la ponction veineuse a réduit le niveau de la douleur.</p>
<p>Introduction Enoncé du problème</p>	<p>-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?</p>	×		<p>Les ponctions veineuses engendrent du stress, de l'anxiété et de la peur pour les enfants. Les ponctions veineuses qui ne sont pas préparées correctement ou qui provoquent une douleur insupportable peuvent engendrer de l'anxiété, une diminution du seuil de la douleur, une réduction de l'analgésie pour les autres procédures et l'évitement des soins. Il existe cependant des moyens qui permettent de diminuer la douleur et d'augmenter la coopération de l'enfant. Cette étude a pour but de mesurer l'effet d'une consultation spéciale, entre l'infirmière et l'enfant, sur le niveau de la douleur perçue lors de la ponction veineuse. Le second objectif est d'explorer s'il existe une relation entre la douleur au cours de la ponction veineuse et le sexe, l'âge, le nombre de ponctions veineuses précédentes, la présence des parents lors du soin et la raison de la ponction veineuse.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>-Résume-t-elle les connaissances sur les variables</p>	×		<p>La ponction veineuse fait partie des procédures médicales invasives et désagréables chez les enfants. Elle consiste à perforer la veine avec</p>

	étudiées ?				<p>une aiguille d'injection. Son but est de prélever du sang ou de d'administrer des médicaments. Certains auteurs s'accordent à dire que la ponction veineuse est un geste technique stressant et pénible pour les enfants, d'autant plus si elle est répétée régulièrement. D'autres auteurs expliquent que la ponction veineuse qui n'est pas préparée correctement ou qui provoque une douleur insupportable peut engendrer de l'anxiété, une diminution du seuil de la douleur, une réduction de l'analgésie pour les autres procédures et l'évitement des soins. Dalquist ajoute que l'anxiété et la peur de la ponction veineuse réduisent la coopération de l'enfant lors de la ponction veineuse. Certains moyens permettent de réduire l'anxiété chez les enfants hospitalisés comme des programmes d'interventions pédagogiques et psychologiques. Ceux-ci permettent d'augmenter la coopération de l'enfant. Selon McGrath, le comportement des enfants lors des procédures invasives est largement individuel et dépend du degré de douleur perçue. Il varie également selon l'âge, le sexe, le niveau de cognition, le tempérament, la culture, le soutien des parents et les expériences précédentes de la douleur. Selon Jacobson, la réduction de la douleur par l'utilisation de moyens non pharmacologiques est moins coûteuse et peut être effectuée par les infirmières. Pour cela, l'infirmière doit choisir une méthode appropriée et assurer un environnement confortable pour l'intervention.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	×			<p>Les théories existantes sur les conséquences des ponctions veineuses et les programmes d'interventions psychologiques et pédagogiques sont décrits.</p>
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	×			<p>Les hypothèses sont formulées sous forme d'objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mesurer l'effet d'une consultation spéciale, entre l'infirmière et l'enfant, sur le niveau de la douleur perçue lors de la ponction

				veineuse - explorer s'il existe une relation entre la douleur au cours de la ponction veineuse et le sexe, l'âge, le nombre de ponctions veineuses précédentes, la présence des parents lors du soin et la raison de la ponction veineuse
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	×		Les hypothèses de l'étude découlent de l'état des connaissances.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	×		Le devis de recherche est de type quantitatif, il s'agit d'un essai clinique randomisé.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	×		L'échantillon était composé de 60 enfants (29 filles et 31 garçons) qui avaient été hospitalisés entre le 1 ^{er} octobre 2009 et le 31 janvier 2010 dans le service pédiatrique de l'hôpital municipal d'Ostrava. Les enfants avaient entre 5 et 10 ans. L'âge moyen était de 7,2 ans. Les critères d'inclusion étaient : les enfants sans douleur aigüe, sans handicap physique ou psychique, les enfants ayant la capacité de communiquer et qui parlent la langue tchèque, qui ont un état de santé qui permettent de participer à l'étude et les enfants qui ne prennent pas de médicaments qui pourraient influencer leur état psychologique ou physique.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	×		L'échantillon était composé de 60 enfants (29 filles et 31 garçons). La taille de l'échantillon paraît adéquate dans le contexte de l'étude.

Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	×			Un questionnaire a été rempli pour l'enregistrement de l'âge, du sexe, de l'expérience de l'enfant avec la collecte de sang et l'expérience avec l'auto-évaluation de la douleur. Afin d'évaluer la douleur perçue lors de la ponction veineuse, l'échelle CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale) a été utilisée. Cette échelle est classée comme échelle d'observation et a été principalement développée pour évaluer la douleur postopératoire chez les jeunes enfants. L'échelle comporte 6 aspects : les expressions faciales, la réaction verbale, la position du corps, le toucher, la position des jambes et les pleurs. Le score minimum est de 4 points (absence de douleur) et le maximum est de 13 points (douleur maximale). L'échelle utilisée pour l'auto-évaluation de la douleur lors de la ponction veineuse était l'échelle de Wong et Baker. Celle-ci comporte 6 degrés imagés par des visages. Cette échelle peut être utilisée pour les enfants de 3 à 18 ans.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	×			La première variable à mesurer est l'effet des interventions psychologiques sur le niveau de la douleur perçue chez les enfants qui subissent des ponctions veineuses. La seconde variable à mesurer est la relation entre le comportement de la douleur et l'âge, le sexe, les expériences antérieures de ponctions veineuses, la présence des parents et le motif de la ponction veineuse.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	×			Les chercheurs étaient des infirmières qui faisaient parti de l'équipe de soins. Ceci a permis de ne pas susciter une attention accrue chez les enfants participants. Généralement, la préparation des ponctions veineuses se fait le matin relativement tôt. Les infirmières effectuaient cette préparation auprès du groupe d'intervention durant l'après-midi, le jour précédent la ponction veineuse. Le temps de préparation durait moins de 20 minutes. Des poupées ont été utilisées afin d'améliorer la préparation. La préparation se déroulait de

			<p>manière individuelle dans la chambre de l'enfant. Les enfants ont reçu des informations adaptées à leur niveau de compréhension avec un langage simple, sans ambiguïté.</p> <p>La consultation sur la ponction veineuse se faisait en quatre phases, qui ont eu lieu avant, pendant et après la ponction veineuse.</p> <p>La première phase : les chercheurs ont créé un climat de confiance. Ils ont axé l'entrevue avec l'enfant sur ses expériences antérieures et sur ses intérêts. Les informations recueillies ont ensuite été utilisées afin de distraire l'enfant lors du soin.</p> <p>La deuxième phase : les chercheurs ont utilisé des jouets afin de montrer la procédure et d'effectuer une démonstration de la ponction veineuse. Les chercheurs ont décrit chaque étape du soin en expliquant pourquoi ils faisaient les choses (exemple : mise en place du garrot, désinfection, etc.) Ils ont expliqué à l'enfant les comportements inadéquats comme fuir ainsi que les comportements possibles comme pleurer ou crier.</p> <p>La troisième phase : cette phase comprenait une formation sur la ponction veineuse. Les enfants plus âgés ont pu observer et utiliser les aiguilles sur les jouets. Les plus jeunes ont piqué la poupée avec un stylo.</p> <p>La quatrième phase : les infirmières ont montré la salle de soins où la ponction se déroulera aux enfants. Ceux-ci ont pu voir où ils seront installés et où se trouvent le matériel. Durant le soin, le chercheur a centré la conversation sur les intérêts de l'enfant. Lorsque la ponction veineuse a été effectuée, l'enfant a été félicité pour son comportement. Immédiatement après la ponction veineuse, un deuxième chercheur a enregistré le comportement observé chez</p>
--	--	--	---

				<p>l'enfant en utilisant l'échelle CHEOPS. Dans les 5 minutes après la ponction veineuse, le chercheur a demandé à l'enfant d'évaluer les difficultés de l'intervention en utilisant l'auto-évaluation basée sur des visages.</p> <p>La recherche a été approuvée par la commission de révision interne. Les parents de chaque enfant ont signé un consentement éclairé. Chaque enfant a reçu un code d'identification afin de garantir l'anonymat des participants.</p>
<p>Résultats</p> <p>Traitement des données</p>	<p>Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?</p>	×		<p>Le test exact de Fisher et le Chi-squared ont été utilisés afin d'évaluer les données tels que l'âge, le sexe, le nombre d'expériences avec les ponctions veineuses et la présence des parents dans le groupe témoin et dans le groupe d'intervention. Pour tester les différences entre les résultats de l'échelle CHEOPS et l'auto-évaluation, des tests de Wilcoxon non paramétriques ont été utilisés. Le niveau de signification statistique était $p = 0,05$. Le coefficient de Spearman a été utilisé pour tester la corrélation entre l'échelle CHEOPS et l'échelle d'auto-évaluation.</p> <p>Selon le test exact de Fisher et le Chi-squared, il n'y avait pas de différence significative entre le groupe témoin et le groupe d'intervention dans les différents paramètres évalués données tels que l'âge, le sexe, le nombre d'expériences avec les ponctions veineuses et la présence des parents.</p> <p>Les enfants du groupe d'intervention ont obtenu en moyenne un score de l'échelle de CHEOPS inférieur que les enfants du groupe témoin. 26 des 30 enfants du groupe de contrôle ont obtenu un score final supérieur à 6 points. Ceci indique la présence de douleur. En revanche, seulement 13 des 30 enfants du groupe d'intervention ont</p>

					<p>obtenu un score final supérieur à 6 points. Il y avait une différence significative dans les résultats de l'évaluation de Wong et Baker. Seulement 8 des 30 enfants du groupe témoin ont évalué la ponction veineuse, à l'aide de l'échelle des visages de la douleur, comme « ne pas nuire ». Tandis que 14 des 30 enfants du groupe d'intervention ont donné la même réponse, mais cela représente la moitié du groupe. Il y avait des différences importantes dans les résultats selon les âges. Les enfants de 5 à 7 ans ont obtenu des scores de l'échelle de CHEOPS plus élevés que les enfants âgés de 8 à 10 ans. Il n'y avait pas de différence significative entre les filles et les garçons. Le score de CHEOPS n'a pas été influencé par le nombre d'expériences antérieures de ponctions veineuses. Il y avait une différence importante du score de l'échelle de CHEOPS entre les enfants qui subissaient une prise de sang et ceux qui subissaient une pose de cathéter périphérique. Une différence importante s'est remarquée entre les enfants qui étaient accompagnés de leur parent et ceux qui étaient seuls lors du soin. Le score de l'échelle de CHEOPS était plus élevé chez les enfants qui étaient accompagnés de leur parent. (10.6:SD = 1.9) que ceux qui étaient seuls (7.3:SD = 2.4).</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	×			<p>Trois tableaux sont présentés afin de visualiser les résultats. Le premier tableau compare les caractéristiques des enfants du groupe d'intervention avec ceux du groupe de contrôle. Le second tableau compare les scores de l'échelle CHEOPS entre le groupe de contrôle et le groupe d'intervention. Le troisième tableau compare les scores finaux de l'échelle CHEOPS entre le groupe de contrôle et le groupe d'intervention en divisant chaque groupe en deux catégories d'âge.</p>
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu	<p>Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques</p>

				clair*	
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	×			Les principaux résultats sont mis en lien avec les recherches antérieures.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			×	Les chercheurs n'abordent pas la question de la généralisation des résultats.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	×			Selon les chercheurs, les limites de l'étude en lien avec la présence des parents sont que les résultats pourraient être influencés par le fait que les parents n'étaient pas informés comment soutenir leur enfant durant la ponction veineuse.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	×			Sur la base des résultats positifs, les auteurs conseillent d'effectuer des préparations appropriées et individuelles pour chaque enfant. Les interventions psychologiques telles que l'explication, la démonstration et l'histoire semblent efficaces chez les enfants de moins de 7 ans lors des ponctions veineuses. Les résultats de cette étude sont une source d'informations et peuvent être utilisés à titre de comparaison avec d'autres études.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	×			L'article est écrit en anglais. Les auteurs utilisent un vocabulaire professionnel. La forme de l'article permet d'avoir une analyse critique et minutieuse.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles	×			L'étude a montré qu'une consultation particulière sur la ponction veineuse entre l'infirmière et l'enfant a des effets positifs sur la

	d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				diminution de la douleur perçue lors de l'intervention. Les auteurs sont arrivés à la conclusion que les parents peuvent augmenter le niveau de douleur perçue chez leur enfant s'ils ne sont pas instruits sur la manière de soutenir leur enfant lors de ponctions veineuses.
--	---	--	--	--	---

15. 15^{ème} grille d'analyse

Références de l'article analysé : Pejaver, R-K. & Russell, H-J. (1995). Parental presence during procedures: a survey of attitudes amongst paediatricians. <i>J R Soc Med.</i> 88, 508-510.					
Etude quantitative descriptive					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	×			Le titre de l'étude permet de comprendre le sujet qui traite de la présence des parents lors des procédures. Il s'agit d'une enquête sur les attitudes des pédiatres.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	×			Le résumé contient la méthodologie et les résultats. - La méthodologie : cet article analyse les résultats d'une enquête menée auprès de pédiatres. 314 pédiatres consultants ont reçu un questionnaire sur leurs attitudes face à la présence des parents, lors de procédures médicales pratiquées sur des enfants sous anesthésie locale. Les pédiatres ont été questionnés sur les circonstances qui ont permis aux parents de rester auprès de leur enfant et sur les facteurs qui ont obligé l'exclusion des parents. - Les résultats : le taux de réponse en retour a été de 60,8%. Bien que 98,5% des pédiatres étaient prêts à laisser les parents rester

					<p>auprès de leur enfant, 57,5% des pédiatres excluait les parents lors de certaines procédures, en particulier si les parents étaient anxieux ou si la procédure était difficile et douloureuse. 85% des pédiatres se sont uniquement appuyés sur des explications verbales pour préparer les parents avant la procédure médicale.</p>
<p>Introduction Enoncé du problème</p>	<p>-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?</p>	×			<p>Dans la pratique actuelle, l'implication des parents joue un rôle important pour minimiser la détresse de l'enfant. Dans la littérature, des informations sont disponibles sur les attitudes des professionnels de la santé et sur l'opinion des parents afin de savoir s'ils veulent rester avec leurs enfants pendant la procédure. Cependant, il existe très peu d'informations précises sur le point de vue des pédiatres.</p> <p>Le premier objectif de cette étude vise à découvrir si les parents sont inclus ou exclus lors des procédures médicales. Le second objectif est de déterminer dans quelles mesures les pédiatres leur ont permis de soutenir leur enfant.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?</p>	×			<p>Les enfants à l'hôpital sont en grand stress psychologique. Les procédures médicales constituent des sources de stress et d'anxiété pour les enfants, mais également pour les parents. Il a été reconnu que la séparation des parents augmente le stress de l'enfant. L'implication des parents dans les soins à leur enfant hospitalisé est généralement acceptée et permet des bénéfices à l'enfant ainsi qu'à ses parents. L'interaction entre l'enfant et ses parents est un moyen de diminuer son anxiété et son déconfort. Cependant, l'ampleur de cette participation est une question qui peut donner lieu à des opinions divergentes.</p>
<p>Cadre théorique ou conceptuel</p>	<p>-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?</p>	×			<p>Les théories existantes sur la participation des parents sont décrites.</p>

Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	×		<p>Les hypothèses sont formulées sous forme de questions de recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Découvrir si les parents sont inclus ou exclus lors des procédures médicales. - Déterminer dans quelles mesures les pédiatres ont permis aux parents de soutenir leur enfant.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	×		<p>Les chercheurs ont établi une recension d'écrits dans le but de permettre aux lecteurs de se faire une première idée sur la problématique de cette étude et des recherches effectuées antérieurement sur ce sujet. Les hypothèses de l'étude découlent de l'état des connaissances.</p>
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	×		<p>Le devis de recherche est de type quantitatif. Il s'agit d'une étude descriptive.</p>
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	×		<p>314 pédiatres de la British Paediatric Association Handbook ont reçu un questionnaire par voie postale. Les pédiatres ont été choisis pour deux raisons : ils étaient susceptibles d'avoir une expérience importante dans l'exécution des procédures sur des enfants et ils sont susceptibles d'avoir une influence sur leurs services sur la présence des parents. Les pédiatres travaillant exclusivement dans des domaines hautement spécialisés n'ont pas été inclus dans l'étude.</p>
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	×		<p>314 pédiatres ont reçu un questionnaire. Il y a 198 pédiatres (63,1%) qui ont répondu. 7 questionnaires ont été incomplets. Au total, 191 questionnaires (60,8%) ont été analysés. L'échantillon paraît adéquat</p>

					dans le contexte de l'étude.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	×			Les données ont été recueillies par des questionnaires envoyés de manière confidentielle par voie postale.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	×			Les variables à mesurer sont les facteurs qui influencent les pédiatres à permettre aux parents d'être présents auprès de leur enfant lors des procédures et les circonstances qui conduisent à leur exclusion.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	×			<p>Les questions posées aux pédiatres permettaient de répondre aux questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est-ce qu'ils permettent aux parents d'être présents lors des procédures ? - Quels sont les facteurs qui les influencent à laisser les parents ou non auprès de leur enfant lors de la procédure ? - Quelles sont les méthodes utilisées pour expliquer les procédures aux parents ? - Avaient-ils des politiques départementales formelles sur les attitudes face à la présence des parents ? <p>Les pédiatres étaient également invités à faire des commentaires complémentaires.</p> <p>Les questionnaires ont été anonymes et aucune information personnelle n'a été demandée.</p>
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants				

	(éthique) ?			
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	×		<p>Les résultats sont interprétés à partir d'analyses statistiques. Seulement trois des pédiatres (1,5%) ont déclaré qu'ils ne permettraient jamais aux parents d'assister aux procédures. Sur les 188 pédiatres qui permettaient aux parents d'être présents, 80 (42,5%) étaient prêts à impliquer les parents dans toutes les procédures, à moins que les parents refusent. Les 108 autres pédiatres (57,5%) préféraient exclure les parents pour certaines procédures comme les ponctions lombaires. A propos de la décision de laisser ou non les parents rester auprès de leur enfant, la quasi-totalité des pédiatres interrogés (97,2%) ont déclaré qu'ils laissaient les parents assister à la procédure pour autant qu'il n'y a pas un effet ou un impact négatif sur les enfants, les parents ou le médecin. 50% des pédiatres ont déclaré qu'une des raisons qu'ils les incitaient à demander aux parents de sortir de la salle de soins était le fait que la procédure puisse provoquer de l'inconfort ou une douleur minime chez l'enfant. 58,3% des pédiatres ont déclaré que les facteurs qui influençaient leur décision étaient la rapidité et la simplicité des procédures. En d'autres termes, plus la technique est difficile, fastidieuse et douloureuse, plus il est probable que les pédiatres demandent aux parents de sortir de la salle de soins. En réponse au questionnaire, les réponses suivantes ont été indiquées comme facteurs influençant les décisions pour permettre aux parents d'être présents pour une partie seulement des procédures (n = 108, mais certains participants ont indiqué deux raisons):</p> <p>- la nature de la procédure, si elles sont faciles ou difficiles et le temps, si elles sont rapides ou prolongées (63 pédiatres ont indiqué</p>

				<p>cette réponse)</p> <ul style="list-style-type: none"> - le degré de douleur et de gêne chez l'enfant provoqué par la procédure (54 pédiatres ont indiqué cette réponse). <p>Les réponses suivantes ont été indiquées comme facteurs influençant les décisions pour demander aux parents de sortir de la salle de soins durant les procédures (n = 143, mais certains participants ont indiqué plusieurs réponses):</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'impression que cela nuirait à l'enfant (82 pédiatres ont indiqué cette réponse) - l'impression que cela nuirait à l'efficacité du personnel médical (103 pédiatres ont indiqué cette réponse) - l'impression que cela nuirait aux parents (96 pédiatres ont indiqué cette réponse) <p>L'âge des parents n'a pas été considéré comme un facteur important pour la majorité des participants. Parmi les 24,5% pédiatres qui ont déclaré être influencés par l'âge de l'enfant, l'avantage indiqué comme étant le plus important est le fait d'exclure les parents des enfants âgés de 1 à 6 ans. Les résultats indiquent que l'âge du pédiatre joue un rôle. En effet, plus le pédiatre est âgé et expérimenté, plus il reconnaîtra ses changements d'attitudes face à la présence des parents. Les pédiatres plus âgés se sentent également plus détendus lorsqu'ils sont observés par les parents que les jeunes pédiatres. La majorité des pédiatres n'ont pas expliqué la description des procédures qu'ils donnaient aux parents. 153 (81,4%) pédiatres étaient satisfaits de leur niveau actuel de participation des parents, 19 (10,1%) estimaient que les parents étaient insuffisamment impliqués;</p>
--	--	--	--	--

					<p>7 (3,7%) estimaient la participation des parents plus que souhaitable. Des lignes directrices officielles ou des documents d'orientation concernant la présence des parents manquaient dans la plupart des départements.</p> <p>Dans l'espace laissé pour les remarques des participants, 77 (40,3%) des pédiatres ont fait des commentaires détaillés. Ceux-ci ont prouvé que de nombreux pédiatres excluait les parents anxieux, car les médecins supposaient que si le parent regardait une procédure douloureuse, son anxiété augmenterait et pourrait affecter l'enfant ou le médecin.</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	×			L'étude contient un tableau qui met en évidence les questions posées dans le questionnaire ainsi que les différentes réponses obtenues.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?			×	Les résultats ne sont pas interprétés à partir du cadre conceptuel ou théorique.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			×	Les chercheurs n'abordent pas la question de la généralisation des résultats.
	-les chercheurs rendent-ils	×			Les auteurs déclarent que l'étude a été menée sous contrainte financière. De ce fait, les questionnaires ont été envoyés par voie

	compte des limites de l'étude ?				postale et les pédiatres n'ont pas tous renvoyé le questionnaire rempli. De plus, les pédiatres n'étaient pas contactés précédemment l'enquête.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	×			Les auteurs décrivent un besoin de changement positif dans les attitudes à l'égard des parents. Ceci dans le but de maximiser l'efficacité du soutien et du réconfort des parents auprès de leur enfant. Une approche active est nécessaire afin de lutter contre l'anxiété. Les moyens de communication ne sont pas suffisamment détaillés et utilisés. Malgré les preuves de l'efficacité des programmes de préparation avant l'hospitalisation de l'enfant, ces programmes ne sont que très peu employés et permettraient de diminuer l'anxiété des enfants et des parents. Les explications données à l'enfant nécessitent également une réflexion, elles doivent être adaptées au stade de développement cognitif de l'enfant. La simple présence de la mère est un avantage pour l'enfant, cependant les parents devraient être plus que des spectateurs passifs. Les effets néfastes de l'anxiété et du stress chez les familles et les professionnels doivent être reconnus et des interventions doivent être développées afin de les minimiser.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	×			L'article est écrit en anglais. Les auteurs utilisent un vocabulaire professionnel. La lecture est agréable à lire et le contenu permet au lecteur d'avoir une analyse critique et minutieuse.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline	×			Les résultats sont importants et permettent de découvrir les attitudes des pédiatres à l'égard de la présence des parents. Les résultats indiquent que quatre facteurs sont en interaction : la procédure, l'enfant, le parent et le médecin. En effet, la combinaison entre une procédure difficile ou douloureuse avec un niveau

	infirmière ?				d'anxiété élevé chez un des participants provoquera une anxiété accrue chez tous les participants. Bien que la présence des parents soit tolérée au cours de certaines procédures, cette étude indique que l'exclusion des parents permet de gérer le problème de l'anxiété chez les parents ou le médecin.
--	--------------	--	--	--	---