

Table des matières

1. Introduction	1
2. Problématique	2
2.1. <i>Les soins invasifs chez l'enfant</i>	2
2.2. <i>La douleur</i>	2
2.2.1 <i>La douleur selon les stades de développement de l'enfant</i>	3
2.3. <i>L'anxiété</i>	4
2.4. <i>La présence parentale</i>	5
2.5. <i>Question de recherche</i>	7
2.6. <i>Cadre de référence</i>	7
3. Méthode	9
3.1. <i>Bases de données</i>	9
3.2. <i>Critères de sélection</i>	10
3.3. <i>Stratégie de recherche documentaire</i>	11
3.4. <i>Équations de recherche</i>	11
4. Résultats	14
4.1. <i>Résumé des lectures critiques</i>	14
4.2. <i>Synthèse des résultats</i>	21
4.2.1 <i>L'anxiété des parents</i>	21
4.2.2 <i>L'anxiété de l'enfant</i>	22
4.2.3 <i>La douleur de l'enfant</i>	22
5. Discussion	23
5.1. <i>Résumé des principaux résultats</i>	23
5.2. <i>Contextualisation des résultats dans le cadre de référence</i>	25
5.3. <i>Limites du Travail de Bachelor</i>	25
5.4. <i>Implication et recommandations pour la pratique</i>	26
6. Conclusion	28
Liste de références	29
Bibliographie	32
Annexes	32

1. Introduction

Au travers de ce Travail de Bachelor, la problématique de la présence parentale comme anxiolytique durant un soin invasif est traitée afin de fournir au lecteur une vision récente et détaillée du sujet.

Durant les stages effectués en pédiatrie pendant la formation entreprise en soins infirmiers à la Haute École de Santé Vaud (HESAV), il a été observé, notamment au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) et à l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne (HEL), que la gestion de la douleur de l'enfant est une priorité majeure dans la prise en charge infirmière de ce dernier. Dans ces lieux, cette gestion est effectuée en collaboration avec les parents qui sont invités à participer aux soins. Cependant, cette pratique n'est pas encore universelle tant cette vision des soins est nouvelle. En effet, une étude nationale française menée en 2003 a démontré que jusqu'à 60% des parents n'ont pas eu la possibilité de participer aux soins douloureux effectués sur leur enfant durant son hospitalisation (SPARADRA, 2004).

De plus, le nombre d'enfants hospitalisés comptabilisés dans les hôpitaux et cliniques suisses est en constante augmentation. En effet, il a été recensé en 2014 plus de 153'000 hospitalisations d'enfants entre 0 et 14 ans (Office Fédéral de la Statistique, 2016). Ceci montre que les soins à l'enfant sont de plus en plus fréquents. De plus, il est montré que la douleur et les événements stressants comme les soins invasifs, engendrent des conséquences néfastes à long terme sur l'enfant si la douleur de celui-ci a mal été prise en charge durant ses soins (Serra, 1999).

Aujourd'hui, la littérature montre que la présence parentale est bénéfique pour mieux gérer cette douleur et cette anxiété liées aux soins. Cet élément est étayé tout au long de ce travail par une analyse d'articles scientifiques sur ce sujet.

2. Problématique

2.1. Les soins invasifs chez l'enfant

Durant son hospitalisation, il est fréquent qu'un enfant reçoive un grand nombre de gestes invasifs et douloureux. En effet, dans le cadre de la prise en charge d'une situation de soin, le personnel soignant est obligé d'effectuer des interventions dans un but thérapeutique ou diagnostique. Il a été montré qu'un enfant, dès son plus jeune âge, subit en moyenne entre 6 et 15 soins douloureux par jour durant son hospitalisation (Holsti & Grunau, 2010; Stevens & al., 2011).

D'après le dictionnaire *Larousse* (2016), se définit comme invasive “une méthode d'exploration médicale ou de soins nécessitant une lésion de l'organisme”. Il existe une multitude de soins dit invasifs; les plus courants étant les injections, les prises de sang, les poses de cathéters veineux périphériques, les réfections de pansement ou la pose de différentes sondes, qu'elles soient urinaires ou gastriques. Bien que la plupart des professionnels qualifient certaines procédures mineures comme non invasives, comme par exemple la prise de la température rectale chez l'enfant, ce dernier les perçoit comme étant des approches invasives (Rennick, Johnston, Dougherty, Platt, & Ritchie, 2002). Ces différents gestes vont avoir un impact physique et psychologique important chez l'enfant. Outre la douleur relative à l'atteinte corporelle, ces gestes vont générer un stress important chez l'enfant.

2.2. La douleur

Toute littérature est unanime sur le sujet, une des priorités dans la prise en charge médicale d'un enfant est la gestion de la douleur. Cependant, cette gestion de la douleur est un concept relativement récent puisque celui-ci est apparu au cours du XX^{ème} siècle. Avant cette nouvelle approche, la gestion de la douleur dépendait principalement des croyances et des convictions des soignants prenant soin de l'enfant. La gestion de la douleur relevait donc de la perception des individus. Cette compréhension de la douleur chez l'enfant engendrait une gestion moindre de cette dernière, car les enfants n'avaient pas le droit d'avoir mal (Llor, 2014).

Selon l'Association Internationale d'étude de la douleur (IASP) “la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrite en termes d'un tel dommage”. Cette définition de la douleur que propose l'IASP, souligne le caractère subjectif de la perception de la douleur (Sandre-Fleuriot, Vézinhét, Zérovec, & Bodin, 2009).

Afin de mieux définir la douleur, il existe deux différentes manières de la classer. Celle dite aiguë, qui est de courte durée, comme par exemple la douleur postopératoire, la douleur post-traumatique ou la douleur provoquée par certains soins. Puis, il y a la douleur dite chronique, rebelle, telles que les lombalgies et les céphalées chroniques, les douleurs liées au cancer ou certaines douleurs neuropathiques (Zabalia, 2006).

L'importance de gérer la douleur est illustrée par le fait que le souvenir de celle-ci peut avoir des conséquences à long terme pour l'enfant (Hatchuel, 2005). En effet, ce dernier va développer une mémoire face à la douleur qui aura un impact sur ses réactions lors d'évènements douloureux ultérieurs ainsi que sur l'acceptation des soins (Noel, Chambers, McGrath, Klein, & Stewart, 2012). La douleur liée à une atteinte physique ou à une complication peut également être augmentée par l'anxiété. En effet, la survenue d'une douleur entraîne une anxiété dont l'intensité peut retentir sur l'évolution de la douleur. Inversement la préexistence de troubles anxieux joue un rôle important dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de la douleur (Serra, 1999).

2.2.1 La douleur selon les stades de développement de l'enfant

La considération de l'âge de l'enfant et de son stade de développement sont deux éléments primordiaux dans la compréhension de sa réalité et de son ressenti face à la douleur. En effet, selon Chevrel, Meffrais & Siebert,

l'enfant ne perçoit pas la douleur de la même façon qu'un adulte. La compréhension de la douleur et de la maladie évolue selon les différents stades du développement cognitif pour atteindre une pensée de type adulte, vers l'âge de douze à treize ans (2008, p.60).

Effectivement, durant les deux premières années de vie, l'enfant ne comprend pas l'étiologie de la douleur et ne parvient pas à analyser pourquoi il la ressent. Il en découle que l'enfant en bas âge ne peut pas évaluer l'intensité de cette douleur. En revanche, l'enfant se souvient de la douleur et il est sensible à l'anxiété de ses parents quant à l'expérience douloureuse. De ce fait, l'enfant est capable de détecter craintivement les situations pouvant engendrer de la douleur (Ball & Bindler, 2010).

De cette perception de la douleur chez l'enfant, en particulier sur la douleur aiguë entre deux et six ans, il en découle des réactions émotionnelles et neurovégétatives comme par exemple des pleurs, des cris, de l'agitation, des sueurs et une élévation des indicateurs physiologiques tels que l'augmentation de la tension artérielle, des pulsations cardiaques et de la fréquence respiratoire. Une diminution de la saturation pulsatile en oxygène (SpO₂) a également été observée ainsi qu'une possible variation de la

capnographie (CO₂). D'autres signes, comme une position antalgique de l'enfant, une protection de la région endolorie ou encore une mobilisation ralentie ou contrôlée par l'enfant témoignent de l'adaptation du corps de ce dernier à la douleur (Chevrel & al., 2008; Gélinas, Viens, Fortier, & Fillion, 2005). Dans certaines situations, l'enfant peut souffrir de troubles de l'appétit et de troubles du sommeil suite à une expérience douloureuse. Entre deux et six ans, l'enfant perçoit la douleur comme une punition. Dans cette optique, ce dernier ne peut pas comprendre qu'un soin douloureux puisse lui faire du bien. Cependant, vers l'âge de six ans, l'enfant commence à associer la douleur à une blessure (Ball & Bindler, 2010).

Ensuite, l'enfant âgé de six à douze ans perçoit le lien entre la maladie et la douleur mais ne comprend pas son étiologie. Désormais, il comprend qu'un soin douloureux puisse être associé à la prise en charge d'un problème de santé. La perception de l'enfant d'âge scolaire évolue et, par conséquent, il associe parfois la douleur à la colère, au chagrin ou à la peine. Ce dernier est capable de préciser où la douleur se manifeste et de décrire son intensité ainsi que ses caractéristiques physiques. Lors d'épisode douloureux, une résistance passive est alors observée chez l'enfant de cette tranche d'âge, les poings sont fermés, le corps est entièrement rigide, il y a un repli affectif et du chantage. L'enfant associe un événement à la douleur qu'elle soit physique ou psychologique, et par conséquent, il fait parfois semblant de ne pas ressentir la douleur dans l'optique de paraître courageux. Cependant, le stress et l'anxiété de l'expérience douloureuse est difficilement dissimulable. En plus de décrire sa douleur physique avec précision, l'enfant de cet âge est désormais capable de décrire sa douleur psychologique (Ball & Bindler, 2010).

2.3. L'anxiété

L'anxiété se définit comme "un état émotionnel qui possède la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion proche. Elle est désagréable, négative, parfois exagérée par rapport à la menace, et inclut des symptômes corporels subjectifs et manifestes" (Graziani, 2008, p. 8).

Du point de vue de l'enfant, l'environnement, le souvenir d'un soin douloureux mais également la peur de l'abandon peuvent faire naître chez eux ce sentiment d'anxiété. En effet,

la plupart des enfants sont inquiets lorsqu'ils sont en contact avec le monde médical et hospitalier que ce soit pour un soin, un examen médical ou une intervention chirurgicale. Ils ont peur de l'inconnu, peur d'avoir mal, peur d'être séparés de leurs parents, peur des séquelles. Cette peur est exacerbée par le souvenir d'expériences antérieures difficiles ou douloureuses (Association SPARADRAP, 2011).

Une étude montre que dans un contexte aigu comme les soins intensifs, les parents ressentent une anxiété majeure par rapport à leur enfant. En effet, la crainte de la mort ou des comorbidités potentielles dont souffrirait l'enfant provoquent une anxiété importante chez les parents. De plus, l'environnement hospitalier que découvre la famille accentue cette anxiété (Powers & Rubenstein, 1999). En effet, durant cette période, les parents prennent conscience de la vulnérabilité de leur enfant et que ce dernier risque de subir des souffrances importantes. Un sentiment de culpabilité peut alors survenir du fait qu'ils n'ont pas été capables de protéger leur enfant (Thibault-Wanquet, 2008). D'ailleurs, certains parents sont tellement anxieux quant au fait d'entrer dans la salle de soins qu'ils doutent de leur capacité à soutenir leur enfant dans la douleur (Piira, Sugiura, Champion, Donnelly, & Cole, 2005).

2.4. La présence parentale

Le terme "présence de la famille" a été introduit en 1987 dans la littérature médicale. Ce terme désigne alors la présence de la famille dans l'espace où le patient reçoit un soin. Dans un tel lieu, la famille a donc un contact visuel et/ou physique avec le patient lorsque celui-ci subit un soin invasif (Vavarouta, Xanthos, Papadimitriou, Kouskouni, & Iacovidou, 2011). Effectivement, d'un point de vue historique, les parents n'avaient souvent pas le droit de rester dans la salle de soins dans laquelle leur enfant subissait des soins médicaux douloureux (Jones, Qazi, & Young, 2005).

D'autre part, durant ces dernières décennies, la relation entre les parents et les soignants a changé. En effet, un nouveau modèle appelé "family center care" est venu remplacer le "modèle paternaliste" de la conception des soins que les soignants utilisaient. Désormais, les parents ou les proches de l'enfant veulent décider eux-mêmes s'ils préfèrent rester auprès de leur enfant ou non pendant un soin invasif (Gamell, Corniero, Cotanda, Trenchs, & Cubells, 2011). Des recherches antérieures montrent que la plupart des mères préfèrent rester auprès de leur enfant lors de soins invasifs engendrant des douleurs et de l'agitation dans l'optique de soulager leur enfant en leur offrant un support émotionnel et un environnement familial (Bauchner, Waring, & Vinci, 1991; Boie, Moore, Brummett, & Nelson, 1999). De plus, la plupart des enfants estiment que la présence d'un parent durant un soin douloureux est réconfortante. D'autre part, il a été démontré que cette présence diminue leur anxiété et celle de leurs parents (Doyle & al., 2000; Kim Cavender, 2004).

Cependant, pour la profession infirmière, la présence des parents est un sujet de controverse. Il a été mis en avant, dans un contexte d'urgence pédiatrique, que certains soignants préfèrent effectuer des soins invasifs sans la présence des parents afin d'éviter toute confusion de ceux-ci (Doyle & al., 2000; Kim Cavender, 2004). De plus, dans ce même contexte et par soucis d'effectuer les meilleurs soins

pour l'enfant, les soignants n'ont pas le temps de créer une relation avec les parents (Egemen, Ikizoglu, Karapinar, Cosar, & Karapinar, 2006).

Le contrôle des émotions des acteurs durant l'intervention pose également débat au sein des professionnels. La crainte d'une perte de contrôle des parents favorise fortement les soignants à ne pas inclure les proches afin de pouvoir se concentrer exclusivement sur le soin apporté à l'enfant. Effectivement, assister à de telles interventions peut être traumatisant pour les parents (Guzzetta, Clark, & Wright, 2006). Cependant, il est montré que les infirmières¹ plus expérimentées et plus haut placées hiérarchiquement seraient généralement plus réceptives quant à la présence des parents durant un soin douloureux effectué sur leur enfant (Matziou & al., 2013).

Dans d'autres contextes de soins, le sujet de la présence des parents aboutit également à des discordes quant à son action sur l'enfant. La littérature nuance les effets de cette présence. Pour certains auteurs, cette présence calmerait l'enfant alors que d'autres arrivent à la conclusion qu'elle augmenterait la détresse de l'enfant (Gonzalez & al., 1989; O'Laughlin & Ridley-Johnson, 1995; Shaw & Routh, 1982; Wolfram & Turner, 1996). Il a également été montré que la présence des parents durant un soin n'a aucun effet sur l'enfant (Bauchner & al., 1996; Broome & Endsley, 1989; Jones & al., 2005).

Chaque personne réagit différemment face aux situations de soins rencontrées. Il est donc judicieux de considérer et d'évaluer les capacités des parents à être présents de manière bénéfique pour leur enfant ainsi que pour eux (Powers & al., 1999; Sacchetti, Carraccio, Leva, HARRIS, & Lichenstein, 2000; Zempsky, Cravero, & others, 2004). En effet, ces capacités d'accompagnement de l'enfant durant un soin invasif dépendent notamment des éventuelles expériences de soins douloureux vécues par les parents, de leur niveau d'anxiété, de leur niveau d'éducation qui vont ou non pousser les parents à vouloir être présents lors du soin douloureux sur leur enfant (Jones & al., 2005).

La grande majorité des parents préfèrent être présents lors du soin même si celui-ci s'avère très invasif (Jones & al., 2005). Mais, dans certaines situations, les croyances de chacun ainsi que l'ethnie des personnes concernées jouent un rôle quant à leur volonté et à leur désir d'être présents ou non lors du soin (Acevedo, 2000; Byrd, Balcazar, & Hummer, 2000; Ortiz & Casas, 1990).

¹ Dans ce travail, le terme infirmière comprend le genre masculin et féminin.

2.5. Question de recherche

En regard des connaissances actuelles sur l'impact de la présence des parents lors des soins invasifs chez l'enfant, une analyse de différentes études publiées ces dix dernières années a permis de répondre à la question de recherche suivante :

Quelle est l'influence de la présence des parents lors d'un soin invasif prodigué à leur enfant sur la douleur de ce dernier et l'anxiété partagée par les parents et l'enfant?

2.6. Cadre de référence

Le modèle conceptuel choisi pour étayer la synthèse des résultats est celui de McGill décrit par Moyra Allen qui accorde une grande importance à la dynamique familiale lors d'une prise en soin d'un patient. En effet, "les valeurs, les croyances, les principes et les postulats à la base de cette conception concernent l'apprentissage de modes de vie sains et la participation des individus et des familles à leur santé" (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010, p. 114).

Selon Allen, "la personne est conceptualisée sous forme de famille" (Pepin & al., 2010, p.64) et chaque membre de la famille a une influence sur celle-ci et réciproquement. De plus, la personne et la famille sont considérées comme des systèmes en interactions constantes avec la communauté et l'environnement dans lequel elles évoluent (Pepin & al., 2010).

L'élément central du concept de McGill est la santé qui est considérée comme un processus social incluant des ressources interpersonnelles et un processus d'apprentissage. Ces apprentissages comprennent quant à eux, le développement de la famille et de ces membres ainsi que le "coping" qui consiste à résoudre les problèmes ou à les maîtriser plutôt que de simplement diminuer les conséquences néfastes de ces problèmes. Par rapport à la question de recherche posée dans ce travail, il est intéressant de considérer les parents comme outils d'apprentissages permettant à l'enfant de mieux gérer sa douleur et son anxiété durant un soin invasif. Quant aux parents, leur proposer d'être présents pour leur enfant permet de maintenir des interactions positives entre l'enfant et la famille pouvant rassurer les parents et ainsi diminuer leur anxiété. Néanmoins, l'infirmier doit rassembler les éléments nécessaires par un recueil de données complets aboutissant à la mobilisation des ressources des patients afin que ceux-ci puissent être acteurs de leur prise en charge (Pepin & al., 2010).

En effet, l'infirmier utilisant la conceptualisation de McGill lors de la prise en charge d'un patient a pour objectif premier la promotion de la santé. Ici, cette promotion de la santé est considérée comme

le maintien et le développement de la santé de la famille d'où la pertinence de collaborer avec les parents lors d'un soin prodigué à leur enfant. Dans cette optique, l'infirmier doit stimuler et informer la personne et la famille afin que ceux-ci puissent optimiser leur potentiel de résolution de problèmes de santé (Pepin & al., 2010).

3. Méthode

Le chapitre suivant est une description de la méthodologie de recherche effectuée. Cette démarche a permis de sélectionner des articles scientifiques de sources primaires en lien avec la problématique et la question de recherche décrite précédemment. Les différentes étapes seront décrites et résumées ci-dessous.

L'utilisation de l'outil PICOT permet de mettre en avant la population, les interventions, les comparateurs, les "outcomes" ainsi que le temps utilisé.

	P.I.C.O.T
P	Population : L'enfant hospitalisé et ses parents.
I	Intervention : La présence familiale durant le soin.
C	Comparaison : La comparaison ne s'applique pas ici.
O	Outcomes : Effet de la présence familiale sur l'anxiété des parents, de l'enfant et de la douleur de ce dernier.
T	Temps : Durant toute la durée du soin invasif.

Cette étape a permis de définir les mots-clés qui seront utilisés dans les différentes équations de recherche dans les bases de données décrites ci-dessous.

3.1. Bases de données

Afin de pouvoir répondre à la question de recherche, une recension d'articles scientifiques a été effectuée dans les différents moteurs de recherche. Les deux principales bases de données utilisées dans cette démarche sont CINHAL et PubMed.

La Cumulative Index To Nursing and Allied Health Literature (CINHAL) est une base de données qui couvre notamment le domaine des soins infirmiers. Cette base fonctionne principalement en anglais et

utilise des périodiques, des livres, des documents audio-visuels, des thèses et des recherches en guise de sources depuis les années 1981. CINHAL est mise à jour mensuellement.

PubMed est une base de données pour effectuer des recherches dans Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line). Les soins infirmiers sont également compris dans les domaines couverts par PubMed mais avec une approche bio-médicale. Environ 5'400 revues médicales dont les plus anciennes datent de 1947 sont recensées. L'anglais en est également la langue principale et les mises à jour sont effectuées quotidiennement.

3.2. Critères de sélection

Afin de canaliser au mieux une recherche d'articles pertinente dans le cadre du sujet désiré, certains critères d'inclusion ont été posés. Ces derniers ont permis de cadrer et d'éliminer des articles qui ne répondaient pas à ces exigences.

Les critères d'inclusion ont été les suivants:

- La langue:

Les articles devaient impérativement être écrits soit en anglais, soit en français. Tous les articles publiés dans une autre langue n'ont pas été retenus.

- La date de publication de l'article:

Afin d'avoir une revue de la littérature actuelle, la date de publication des articles devait être comprise entre 2006 et 2016.

- Le contenu de l'article:

L'analyse de l'article et de la thématique devait porter sur l'aspect de l'enfant et de la famille. Tous les articles parlant de la perception des professionnels de la santé n'ont pas été retenus. N'ont également pas été retenus les articles concernant les soins en anesthésie, les soins dentaires ou issus d'autres domaines.

- La source:

Les articles sélectionnés devaient impérativement être de sources primaires. Toutes revues littéraires n'ont pas été retenues dans le cadre de la recherche.

3.3. Stratégie de recherche documentaire

De nombreuses équations de recherche mobilisant les mots-clés ou “Mesh Terme” tirés des différents thesaurus des bases de données décrites précédemment ont été utilisées. Les équations de recherches proposées ci-dessous sont cependant celles qui ont permis de retirer les articles permettant de répondre au sujet choisi. Ces articles ont ensuite été analysés par une grille d’analyse modifiée tirée de la grille d’analyse du Fortin (2010).

3.4. Équations de recherche

L’équation de recherche n°1 qui a été introduite dans la base de données PubMed en Janvier 2016:

Search ("Parents/psychology"[Mesh]) AND ("Anxiety"[Mesh:NoExp] OR "Stress, Psychological"[Mesh:NoExp]) AND ("Emergency Service, Hospital"[Mesh] OR "Emergencies"[Mesh] OR "Intensive Care Units, Pediatric"[Mesh:NoExp] OR "Critical Care"[Mesh:NoExp] OR "Critical Care Nursing"[Mesh]) AND "last 10 years"[Pdat]

Résultat : 47 trouvés dont 1 retenu:

- **Parental presence during invasive procedures in a Spanish pediatric emergency department: incidence, perspectives, and related anxiety.**
Gamell A, Corniero P, Palazon P, Parra C, Trenchs V, Luaces C.
Eur J Emerg Med. 2011 Aug;18(4):202-7. doi:10.1097/MEJ.0b013e32834490dc.
PMID: 21346581

L’équation de recherche n°2 qui a été introduite dans la base de données CINAHL en Janvier 2016:

(MM"Invasive Procedures") AND (MM"Family") AND (MM"Presence")

Résultat: 19 trouvés dont 1 retenu:

- **Effects of family presence during resuscitation and invasive procedures in a pediatric emergency department.**
Mangurten J, Scott SH, Guzzetta CE, Clark AP, Vinson L, Sperry J, Hicks B, Voelmeck W.
J Emerg Nurs. 2006 Jun;32(3):225-91.
PMID: 16730277

L'équation de recherche n°3 qui a été introduite dans la base de données PubMed en Février 2016:

Search (((((((("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields]) AND ("Presence"[All Fields]) AND ("surgery"[All Fields] OR ("invasive"[All Fields] AND "procedures"[All Fields]) OR "invasive procedures"[All Fields]) AND ("anxiety"[MeSH Terms] OR "anxiety"[All Fields]))) AND "last 10 years"[PDat])) AND "last 10 years"[PDat]) Filters: published in the last 10 years

Résultat: 71 trouvés dont 2 retenus:

- **Effect of parental presence while children undergo common invasive procedures.**

Tantikul C, Theeranate C.

J Med Assoc Thai. 2014 Feb;97 Suppl 2:S153-8.

PMID: 25518189

- **Parental presence and distraction during painful childhood procedures.**

Matziou V, Chrysostomou A, Vlahioti E, Perdikaris P.

Br J Nurs. 2013 Apr 25-May 8;22(8):470-5.

PMID: 23905228

L'équation de recherche n°4 qui a été introduite dans la base de données PubMed en Février 2016:

Search (((("child"[MeSH Terms] AND "last 10 years"[PDat])) AND ("intensive care units"[MeSH Terms] AND "last 10 years"[PDat])) AND (((("invasive"[All Fields] AND "procedures"[All Fields]) OR "invasive procedures"[All Fields]))) AND "last 10 years"[PDat]) Filters: published in the last 10 years

Résultat: 46 trouvés dont 2 retenus:

- **Maternal touch and talk for invasive procedures in infants and toddlers in the pediatric intensive care unit.**

Johnston CC, Rennick JE, Filion F, Campbell-Yeo M, Goulet C, Bell L, Tucci M, Ranger M.

J Pediatr Nurs. 2012 Apr;27(2):144-53. doi: 10.1016/j.pedn.2010.12.016. Epub 2011 Feb 18.

PMID: 22341193

- **Mothers' experiences of a Touch and Talk nursing intervention to optimise pain management in the PICU: a qualitative descriptive study.**

Rennick JE, Lambert S, Childerhose J, Campbell-Yeo M, Filion F, Johnston CC.

Intensive Crit Care Nurs. 2011 Jun;27(3):151-7. doi: 10.1016/j.iccn.2011.03.005. Epub 2011 Apr 20.

PMID:21511475

De nouvelles recherches ont été effectuées lors des mois d'avril et de mai 2016. Ces dernières n'ont cependant pas permis de mettre en avant d'autres articles utilisables pour répondre à la question de recherche.

4. Résultats

Une analyse critique de ces articles a été effectuée à l'aide de grilles d'analyses qualitatives (Annexe I) et quantitatives (Annexe II) en fonction des différents types d'articles. Ces grilles provenant du Fortin (2010) ont été adaptées afin de faire ressortir uniquement les informations pertinentes.

Une fois les articles analysés, un recueil de données a été entrepris afin de regrouper les informations permettant de répondre à la question de recherche de ce travail. Pour ce faire, l'utilisation d'un tableau par article a été prônée afin de permettre une lecture synthétique des informations. La création de ces tableaux a été entreprise en retirant les différentes thématiques importantes telles que les noms des auteurs ainsi que l'année de publication, les échantillons utilisés dans les études, les devis ainsi que les méthodes, partie comprenant également les différentes interventions effectuées pour mener à bien les études. La mise en avant des résultats probants concernant la question de recherche a également été effectuée dans ces tableaux.

4.1. Résumé des lectures critiques

Les six articles sélectionnés sont résumés individuellement et mis en forme dans les tableaux exposés ci-dessous. Chaque tableau répertorie les données pertinentes et essentielles pour répondre à la question de recherche. Les données sont organisées sous les thèmes suivants : but, devis et méthodes, échantillon, outils de collecte des données, résultats, discussion, considérations éthiques, rigueur. Les éléments significatifs sont surlignés en gras afin de faire ressortir les principaux résultats.

Maternal Touch and Talk for Invasive Procedures in Infants and Toddlers in the Pediatric Intensive Care Unit			
Auteurs et année de publication	But et Échantillon	Devis et Méthode	Variables/thèmes et Résultats
<p>Auteurs: C. Celeste Johnston, Janet E. Rennick, Francoise Filton, Marsha Campbell-Yeo, Celine Goulet, Linda Bell, Marisa Tucci, Manon Ranger</p> <p>Année: 2012</p>	<p>But: Tester l'effet du "toucher & parler" sur les données physiologiques telles que le rythme cardiaque, la variabilité de celui-ci et la saturation en oxygène chez l'enfant de moins de 36 mois durant un soin invasif.</p> <p>Échantillon: 65 enfants de zéro à trois mois admis dans trois services de soins intensifs de centres médicaux universitaires au Canada et qui avaient des chances de survie.</p> <p>Critères de sélections:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les parents parlant français ou anglais. ➤ Les enfants ne recevant pas les agents curares. ➤ Les enfants dans une situation n'impliquant pas la protection de l'enfance. 	<p>Devis: Étude quantitative avec un devis randomisé croisé en simple aveugle (un groupe intervention et un groupe contrôle).</p> <p>Méthode: Les 65 parents ont été séparés de manière aléatoire dans deux groupes. Le premier groupe "toucher et parler" où les parents présents durant le soin pratiquaient diverses interventions (toucher et caresser le nourrisson tout en chantant, en récitant des comptines, en racontant des histoires ou le "parlé bébé" selon l'âge de l'enfant) afin de distraire l'enfant durant l'intervention. Dans le deuxième groupe "contrôle", les parents pouvaient être présents mais n'avaient aucune interaction avec l'enfant. La mesure des signes vitaux se faisait avant, pendant et après le soin afin de voir les variations et le retour au calme de l'enfant.</p>	<p>Variables/thèmes et Résultats</p> <p>Variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La fréquence cardiaque. ➤ La saturation en oxygène. ➤ La variation de la fréquence cardiaque. ➤ Un retour à des valeurs de base après le soin. <p>Résultats: Les analyses n'ont montré aucun effet significatif sur les différentes données physiologiques hormis le temps de récupération. En effet, les interventions des mères ont montré une corrélation avec la diminution du temps de récupération (p=0,004) de l'enfant donc le temps permettant aux valeurs physiologiques un retour à la normale.</p>

Effects of Family Presence during Resuscitation and Invasive Procedures in a Pediatric Emergency Department			
Auteurs et année de publication	But et Échantillon	Devis et Méthode	Variables/thèmes et Résultats
<p>Auteurs: Janice Mangurten, Shari H. Scott, Angela P. Clark, Lori Vinson, Jenny Sperry, Barry Hicks, Wayne Voelmeck</p> <p>Année: 2006</p>	<p>But: Identifier les expériences des parents durant les soins invasifs chez l'enfant.</p> <p>Échantillon: 16 parents âgés en moyenne de 33 ans (33,4 +- 9,6) dont 81% étaient des mères (13) contre 19% (3) des pères. Les enfants étaient âgés en moyenne de 7 ans (7,1 +-4,6) et 51% étaient des garçons.</p> <p>Critères de sélections: Les parents qui étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ émotionnellement instables ou violents. ➤ suspectés d'abuser de leur enfant. ➤ connus pour un statut mental altéré à cause de l'alcool ou des drogues. 	<p>Devis: Étude mixte avec un devis descriptif.</p> <p>Méthode: Les parents ont été interrogés approximativement 3 mois après un soin invasif de leur enfant durant lequel ils étaient présents. L'interview était menée pendant 30 minutes par une infirmière en psychiatrie de liaison. Cette interview a été enregistrée. Cette dernière utilisait deux questionnaires : ➤ Le Pediatric Family Presence (PFP) qui comporte 20 items. ➤ Et le Pediatric Family Presence Attitude Scale (PFPAS) qui comporte lui 11 questions.</p>	<p>Résultats: Tous les parents interviewés ont dit qu'il était important pour eux d'être présent au chevet de leur enfant et pensent que cela a aidé leur enfant. 95% des parents ont rapporté que ça les a aidé personnellement et leur a permis de mieux comprendre les conditions de leur enfant. 100% des parents ont été un support émotionnel, ont parlé avec l'enfant et ont aidé à l'apaiser. 100% des parents sont d'accord sur le fait qu'être au chevet de leur enfant pour un soin invasif serait une chose qu'ils referaient. 91% des parents qui ont été interviewés ont dit "qu'ils servent de support à l'enfant", qu'ils ont permis de le calmer et que "l'enfant a commencé à pleurer quand il n'y avait plus personne dans la chambre". 50% des parents décrivent une diminution de la peur de l'inconnu concernant le statut de santé de leur enfant. 31 % des parents expriment que leur présence découle de leur rôle parental.</p>

Effect of Parental Presence While Children Undergo Common Invasive Procedures			
Auteurs et année de publication	But et Échantillon	Devis et Méthode	Variabiles/thèmes et Résultats
<p>Auteurs: Chatsuman Tantikul, Chakriya Threeranate</p> <p>Année: 2014</p>	<p>But: Déterminer l'effet de la présence des parents sur la douleur de l'enfant et sur l'anxiété des parents durant un soin invasif.</p> <p>Échantillon: 72 patients âgés de moins de quatre ans (57% de garçons) sur qui on a effectué une prise de sang ou posé une voie veine périphérique à l'hôpital Phramongkutkiao en Thaïlande sur une période de 8 mois.</p> <p>Critères de sélections:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfants n'ayant pas de maladie chronique. ➤ Enfants ne requérant aucune attention médicale d'urgence. 	<p>Devis: Étude quantitative avec un devis prospectif.</p> <p>Méthode: Les enfants étaient divisés en trois groupes (Groupe intervention GI, Absent A, Absent B). Dans le groupe GI, les parents étaient présents lors du soin et recevaient des interventions afin de calmer l'enfant (parler avec l'enfant, le touché ou le maintien du contact visuel). Dans le groupe absent A, les parents avaient la volonté d'être présents mais en n'avaient pas l'autorisation. Dans le groupe B, les parents ne voulaient pas être présents. La douleur a été évaluée par les parents et l'assistant grâce à la Face Pain Scale. La réaction des parents a été évaluée selon cinq groupes en tenant compte des arrangements d'interventions (le plus réussi, très réussi, réussi, un certain succès et pas de succès). L'anxiété des groupes a été comparée selon l'ANOVA.</p>	<p>Variabiles:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La douleur de l'enfant. ➤ L'anxiété des parents. <p>Résultats: Malgré la qualité et la diversité des interventions effectuées par les parents, tous les enfants pleuraient. La douleur n'a pas pu être comparée car chaque enfant a pleuré expressément dans chacun des groupes. Le niveau d'anxiété des parents est le plus élevé dans le groupe A (5.2) contre 5.4 pour le GI et 6.7 pour le groupe B. Cependant, il n'y a aucune différence significative entre les trois groupes (p=0.14). Les différents facteurs qui influencent l'anxiété des parents sont l'attitude du staff médical, l'explication des procédures et de la maladie, un langage clair accompagné de suggestion verbale et de conseils, d'empathie et de compréhension envers la famille. La présence de ces facteurs durant le soin a montré une diminution de l'anxiété chez les parents.</p>

Parental prescence during invasive procedures in a Spanish pediatric emergency departement: incidence, perspectives, and related anxiety.			
Auteurs et année de publication	But et Échantillon	Devis et Méthode	Variables/thèmes et Résultats
<p>Auteurs: Anna Gamell, Patricia Corinero, Pedro Palazon, Cristina Parra, Victoria Trenchs & Carlos Luaces</p> <p>Année: 2011</p>	<p>But: Étudier la proportion des parents, des proches et représentants légaux souhaitant rester auprès de leur enfant durant un soin invasif, ainsi qu'étudier la proportion des parents qui sont restés durant le soin prodigué à l'enfant et l'effet de cette présence sur l'anxiété des parents.</p> <p>Échantillon: Un soin invasif a été entrepris pour 156 patients sur les 213 qui ont participé à l'étude durant le mois de novembre 2009 dans un département d'urgences pédiatriques en Espagne. Les enfants étaient âgés de un à huit ans (3.3 ans en moyenne) et étaient de sexe masculin dans 57,7% des cas. Les parents eux, étaient âgés de 32 à 43 ans (37,2 en moyenne) et de sexe féminin dans 74.6% des cas.</p> <p><u>Critère d'exclusion:</u> Les proches ne maîtrisant pas l'Espagnol ont été exclus de l'étude car ils ne pouvaient pas répondre au questionnaire de l'étude.</p>	<p>Devis: Étude quantitative avec un devis prospectif observationnel.</p> <p>Méthode: Les participants ont répondu au questionnaire réalisé par les auteurs de cette recherche et basé sur des études déjà effectuées sur ce sujet. Celui-ci a été distribué à tous les proches des enfants hospitalisés pour 48 heures sans savoir si un soin invasif allait être prodigué à l'enfant ou non.</p> <p>Ces questionnaires ont été remplis par les parents de manière anonyme et volontaire. Les réponses ont été traitées par une analyse statistique informatisée qui a permis de répondre au but de l'étude.</p>	<p>Variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le souhait des parents d'être présents durant le soin prodigué à l'enfant. ➤ Le niveau d'anxiété ressenti par les parents durant le soin invasif. <p>Résultats Le désir des parents d'être présents et leurs degrés d'anxiété varient beaucoup d'un soin à l'autre. Plus de 80% des proches souhaitaient être présents selon le soin effectué et 97,4% des parents étaient présents durant le soin.</p> <p>Le fait que les parents soient présents durant un soin invasif quel qu'il soit, leur permet globalement de diminuer leur anxiété.</p> <p>Près de 90% des parents expriment qu'ils sont présents pour calmer l'enfant.</p>

Mother's experiences of a Touch an Talk nursing intervention to optimise pain management in the PICU: A qualitative descriptive study			
Auteurs et année de publication	But et Échantillon	Devis et Méthode	Variables/thèmes et Résultats
<p>Auteurs: Janet E. Rennick, Sylvie Lambert, Janet Childerhose, Marsha Campbell-Yeo, Françoise Filion, C.Celeste Johnston.</p> <p>Année: 2011</p>	<p>But: Décrire comment les mères ont expérimenté la participation au soin de leur enfant par le toucher et le parler et si elles souhaiteraient à nouveau participer à une intervention similaire.</p> <p>Échantillon: 65 mères dans trois unités de soins intensifs pédiatriques canadiennes ont été recrutées pour participer à l'étude, 24h après l'admission de leur enfant.</p> <p>Critères d'inclusion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'enfant doit être âgé de zéro à trois ans. ➤ L'enfant n'a pas de diagnostic engageant le pronostic vital. ➤ L'enfant ne doit pas être sous curarissants. ➤ L'enfant ne doit pas être soumis à la protection de l'enfance. 	<p>Devis: Étude qualitative avec un devis descriptif.</p> <p>Méthode: Après avoir obtenu le consentement des participants par écrit, l'infirmière de recherche organisait un entretien avec les mères pour parler de l'intervention qu'allait subir l'enfant et pour leur fournir un enseignement quant à l'intervention du toucher et parler. Les données démographiques et médicales étaient obtenues par le dossier médical de l'enfant.</p> <p>Une fois le soin invasif terminé, une récolte de données était effectuée par des interviews semi-structurées dont les réponses étaient relevées manuellement par les soignants. Les réponses des mères ont été traitées par une analyse thématique effectuée par deux équipes de chercheurs différentes.</p>	<p>Variabes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les soins intensifs pédiatriques. ➤ La gestion de la douleur de l'enfant par l'intervention infirmière du Touché et du Parlé expérimentée par les mères. ➤ La participation à une intervention infirmière. <p>Thèmes: L'importance de reconforter l'enfant gravement malade comprenant: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le fait d'être présent pour son enfant. ➤ La présence parentale qui fait une différence quant à l'expérience douloureuse de l'enfant. ➤ Le fait de se sentir confortable et confiant quant à la participation au soin. </p> <p>Résultats:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 80% des mères se basent sur l'importance d'être présentes pour leur enfant dans n'importe quelle situation pour justifier leur présence. ➤ 56% d'entre elles pensent que leur présence est plus importante pour l'enfant que pour elle. ➤ 62% des participantes expriment la sensation qu'elles ont été utiles pour l'enfant. 73% de ces 62%, se sentent confiantes quant au fait que leur présence diminue la douleur de leur enfant. Certaines mères pensent que le Touché et Parlé n'a pas aidé pendant le soin mais à aider à calmer l'enfant après le soin. ➤ Toutes les participantes sauf deux souhaiteraient renouveler cette expérience et la plupart voudraient à nouveau participer sans se soucier de savoir si cela est bénéfique pour l'enfant ou non. ➤ Toutes les mères recommandent cette expérience à d'autres mères et proposent aux soignants de laisser le choix aux parents de participer ou non.

Parental presence and distraction during painful childhood procedures			
Auteurs et année de publication	But et Échantillon	Devis et Méthode	Variables/thèmes et Résultats
<p>Auteurs: Vasiliki Matziou, Anthi Chrysostomou, Efrosyni Vlahioti, Pantelis Perdikaris</p> <p>Année: 2013</p>	<p>But: Déterminer si les enfants ressentent plus ou moins de douleur et d'anxiété en utilisant la présence des parents et la distraction par un jouet lors d'un soin invasif.</p> <p>Échantillon: 130 enfants (environ 50% de filles et 50% de garçons) âgés de sept à dix ans ($8,3 \pm 1,12$ ans) ont été sélectionnés entre septembre 2006 et mars 2007 dans un hôpital d'Athènes.</p> <p>Critères de sélections:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pas de maladie chronique. ➤ Une ponction veineuse était nécessaire. ➤ Aucune expérience médicale antérieure nécessitant une ponction veineuse ou d'autres soins invasifs à l'exception de la vaccination. ➤ Capable de lire et écrire pour pouvoir utiliser l'échelle verbale de la douleur et l'échelle STAIC. 	<p>Devis: Étude quantitative avec un devis randomisé (1 groupe contrôle et 2 groupes randomisés).</p> <p>Méthode: Les signes vitaux (fréquence respiratoire, fréquence cardiaque et tension artérielle) des enfants sélectionnés étaient relevés avant l'intervention douloureuse. Les enfants étaient ensuite répartis dans 3 groupes ("présence parentale", "jouet", "contrôle"). Les signes vitaux étaient remesurés après l'intervention pour comparer ces valeurs avant et après le soin. Après le soin, il était demandé aux enfants d'indiquer l'intensité de la douleur qu'ils ont ressentie pendant l'intervention (Échelle EVA). La même chose était demandée pour l'intensité de leur anxiété (Échelle STAIC). Une analyse statistique a été effectuée après cette récolte de données.</p>	<p>Variabes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Douleur et anxiété de l'enfant. ➤ La présence des parents durant le soin invasif. ➤ La distraction par un jouet durant le soin invasif. <p>Résultats: Des différences quant aux signes vitaux de l'enfant après l'intervention et quant aux deux échelles de mesures (douleur et anxiété) ont été observées suivant le groupe dans lequel l'enfant a reçu le soin.</p> <p>Douleur et anxiété par rapport aux signes vitaux:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Légerement plus basse lorsqu'un parent est présent ($p < 0,001$). ➤ Légerement plus basse lorsqu'il y a utilisation de la distraction par un jouet ($p < 0,001$), que lorsque l'enfant n'en bénéficie d'aucune. <p>Douleur et anxiété évaluées par l'enfant:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les scores de l'échelle de mesure de la douleur complétée par l'enfant diminuent lorsqu'un parent est présent. Le même résultat apparaît lorsque la distraction par un jouet est utilisée ($p < 0,001$). ➤ L'anxiété lors du soin "A-State" évaluée par l'enfant diminue lorsqu'un parent est présent. La distraction par un jouet la diminue également ($p < 0,001$). ➤ L'anxiété faisant partie des traits de caractère de l'enfant "A-Trait" évaluée par l'enfant diminue uniquement lorsqu'un parent est présent ($p < 0,001$). La distraction ne l'influence pas.

4.2. Synthèse des résultats

Afin de mettre en avant les différents résultats obtenus dans les articles scientifiques analysés précédemment, une synthèse des résultats est présentée ci-dessous. Pour cette synthèse, les principales données significatives sont regroupées en trois sous-catégories telles que l'anxiété des parents, l'anxiété de l'enfant ainsi que la douleur chez l'enfant. Le choix de ces thématiques correspond aux trois variables présentes dans la question de recherche de ce travail. Ce regroupement permettra une lecture ciblée des résultats.

4.2.1 L'anxiété des parents

Les parents de l'enfant hospitalisé estiment souvent que leur présence est un prolongement de leur rôle parental (Mangurten & al., 2006; Rennick & al., 2011). Pour ceux-ci, il est primordial d'être présents pour leur enfant et cela leur permet, dans 50% des cas, d'être moins anxieux quant à la situation de leur enfant grâce à une meilleure compréhension de celle-ci. (Tantikul & Theeranate, 2014; Mangurten & al., 2006). Différents facteurs doivent cependant être considérés pour que la présence parentale engendre une diminution de l'anxiété des parents. En effet, l'attitude des soignants, l'explication de la procédure et de la maladie de l'enfant, le langage claire des soignants ainsi que de l'empathie et de la compréhension émise à leur égard durant le soin sont nécessaires (Tantikul & Theeranate, 2014). Ces éléments ainsi que la présence parentale permettent de diminuer la peur que nourrissaient les parents de l'inconnu, sentiment qui peut être à l'origine de l'anxiété ressentie (Mangurten & al., 2006). Ces mêmes parents expriment que dans le cas où leur enfant devait à nouveau être hospitalisé, ils choisiraient d'être présents à nouveau car cela les a aidés personnellement grâce à l'obtention d'une meilleure compréhension de la pathologie ou de la situation dans laquelle se trouve leur enfant. De plus, ceux-ci pensent que leur présence a certainement aidé d'une manière ou d'une autre leur enfant (Mangurten & al., 2006; Rennick & al., 2011). Cependant, selon le désir et le vécu des parents désirant être présents doit être pris en considération par les soignants. En effet, selon la tolérance de ces derniers aux différents types de soins, leur présence peut devenir néfaste car elle augmenterait leur degré d'anxiété (Gamell & al., 2011).

4.2.2 L'anxiété de l'enfant

La présence des parents durant un soin invasif effectué sur l'enfant a également un effet bénéfique sur l'anxiété de celui-ci. Effectivement, il est observé dans l'étude Matziou & al. (2013) que les paramètres vitaux de l'enfant diminuent lorsque les parents sont présents. Étant donné le lien entre l'anxiété de l'individu et ses données physiologiques, une diminution de ces valeurs indique une diminution de son anxiété. De plus, le temps pour que les valeurs physiologiques de l'enfant reviennent dans les normes de départ est également influencé par la présence des proches qui tendent à le faire diminuer lorsqu'ils sont présents dans la pièce et qu'ils exercent différentes actions comme celles de lui parler ou de le toucher (Johnston & al., 2012). Ce retour à la normale montre une diminution du stress post-interventionnel de l'enfant. D'autre part, l'enfant évalue l'intensité de son anxiété moins élevée lorsque ses parents sont présents (Matziou & al., 2013). De plus, il est montré que la présence de ceux-ci calme l'enfant par le simple fait que dans 91% des cas, les enfants commencent à pleurer lorsque plus personne n'est présent dans la pièce (Mangurten & al., 2006). Finalement, les parents estiment avoir été un support émotionnel pour leur enfant et que leur présence a permis de l'apaiser (Gamell & al., 2011; Mangurten & al., 2006; Rennick & al., 2011).

4.2.3 La douleur de l'enfant

La douleur de l'enfant, spécialement lorsque il est en bas âge, est un élément très difficile à évaluer. En effet, pour des enfants de moins de quatre ans, les cris et les pleurs présents chez tous les enfants ont empêché toute comparaison de l'intensité de la douleur entre la présence ou non des parents dans la pièce (Tantikul & Theeranate, 2014). Cette donnée mettrait néanmoins en avant qu'aucune différence sur l'intensité de la douleur n'est notable lorsque les parents sont présents dans la salle. D'un point de vue physiologique, l'effet de la présence parentale sur la douleur est controversé. Il a été montré que les signes vitaux liés à la douleur de l'enfant tels que la fréquence respiratoire, la fréquence cardiaque et la pression artérielle diminuent légèrement lorsqu'un parent est présent (Matziou & al., 2013). A contrario, d'autres auteurs exposent que ces mêmes facteurs physiologiques de l'enfant ainsi que la saturation en oxygène, variable également influencée par la présence de douleur, ne varient pas si les parents se trouvent dans la pièce et exercent une activité pour divertir l'enfant (Johnston & al., 2012). Les parents, eux, pensent que leur présence est bénéfique pour calmer leur enfant mais il n'est pas précisé si le fait de calmer l'enfant contribue à diminuer sa douleur (Rennick & al., 2011).

5. Discussion

Afin de répondre à la question de recherche proposée dans ce travail, une discussion est présentée dans ce chapitre. Pour élargir la compréhension des résultats jugés utiles pour l'élaboration de ce dossier, ceux-ci sont contextualisés dans le cadre de référence choisi et décrit précédemment. Finalement, les limites de ce travail, le caractère généralisable des résultats obtenus ainsi que les recommandations et l'implication pour la pratique infirmière en Suisse sont discutés.

5.1. Résumé des principaux résultats

Le but de ce travail est de faire un état des lieux de la littérature. Cette démarche a comme objectif de pouvoir répondre à la question de recherche qui consiste à mettre en avant l'impact de la présence parentale sur l'anxiété perçue aussi bien par les parents que par l'enfant ainsi que sur la douleur de ce dernier durant un soin invasif. La mise en commun de l'ensemble des articles sélectionnés permet de tirer une seule et même conclusion. En effet, selon les résultats des études analysées, la présence des parents ou des proches a un effet bénéfique aussi bien pour l'enfant que pour ses parents.

En ce qui concerne l'anxiété parentale, il est prouvé que leur présence leur permet de diminuer leur angoisse quant aux soins prodigués à leur enfant. En effet, cette pratique permet aux parents de se familiariser avec le contexte de soins vécu par l'enfant et ainsi obtenir une meilleure compréhension de cette situation. Cet éclairage est possible seulement si les soignants sont sensibles à cette approche et adoptent une attitude adéquate en informant les parents de manière propice à l'acquisition de cette compréhension (Gamell & al., 2011; Tantikul & Theeranate, 2014).

D'autre part, les critères d'échantillonnage des études analysées mettent en avant que les parents doivent posséder des capacités cognitives et comportementales nécessaires à l'intégration des explications reçues. Il est également important de tenir compte des désirs des parents et de leur capacité à surmonter la vue du soins. En effet, ce dernier peut, selon le vécu des parents, être vécu comme anxiogène (Gamell & al., 2011). Cependant, cette collaboration avec les parents engendre une diminution de leur peur de l'inconnu ce qui leur permet de satisfaire au mieux leur besoin d'être présents pour leur enfant qui découle de leur rôle parental (Mangurten & al., 2006).

Quant à l'effet de cette présence sur l'enfant, les articles analysés dans ce travail montrent que l'anxiété de ce dernier est diminuée par la présence parentale. Cela a été observé par une perception atténuée de l'anxiété évaluée par l'enfant et ses parents (Matziou & al., 2013). En ce qui concerne l'analyse des paramètres vitaux, il est néanmoins plus difficile d'être catégorique sur quel facteur cette présence aura une influence significative. En effet, il a été décrit précédemment qu'un soin invasif

provoque de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant. Ces réactions interliées sont visibles par une augmentation de certains indicateurs physiologiques. En effet, la douleur et l'anxiété provoquent une augmentation de la tension artérielle, de la fréquence cardiaque et de la fréquence respiratoire. De plus la douleur engendre une diminution de la saturation en oxygène ainsi qu'une variation de la capnographie (CO₂) (Gélinas & al., 2005; Matziou & al., 2013).

L'interprétation de ces signes vitaux reste toutefois nuancée. D'une part, il est montré que les paramètres physiologiques sensibles à la douleur et l'anxiété de l'enfant ne changent pas durant le soin que les parents soient présents ou non. Par contre, une fois le soin terminé, un temps de retour à la normale plus court de ces paramètres est observé (Johnston & al., 2012). Cela montre que la présence parentale a un effet sur l'anxiété en diminuant le stress post-interventionnel de l'enfant, mais pas sur la douleur physiologiquement observable de celui-ci. A contrario, la littérature montre également que les signes vitaux diminuent légèrement lorsque les parents sont présents durant le soin. Cependant, cette diminution inclut la douleur et l'anxiété de l'enfant (Matziou & al., 2013). En considérant ces deux analyses, il est envisageable que cette diminution reflète une baisse de l'anxiété de l'enfant plutôt que de sa douleur. Ces données objectives contredisent néanmoins le ressenti de l'enfant ce qui démontre la difficulté de distinguer l'anxiété de la douleur durant le soin. Quoiqu'il en soit, il est sûr que le confort de l'enfant est amélioré lors de la présence parentale puisque la douleur et l'anxiété subjectives de ce dernier son diminuées.

Finalement, la recension des écrits effectuée précédemment dans le travail montre que jusqu'en 2006 le sujet de la présence parentale était très controversé. En effet, des études arrivaient à la conclusion que la présence parentale n'apportait que peu, voir aucun élément positif quant au vécu de l'enfant et des parents. Cette opinion allait parfois jusqu'à la conclusion que cette présence était néfaste pour l'enfant. Cependant, il a également été montré que la plupart des enfants apprécient la présence de leurs parents durant le soin car celle-ci est réconfortante et diminue leur douleur. De plus, il a été mis en avant que cette présence diminue l'anxiété des parents et de l'enfant (Bauchner & al., 1996; Broome & Endsley, 1989; Egemen & al., 2006; Jones & al., 2005). Ce travail renforce cette dernière conclusion quant à la recension des écrits effectuée et actualise ces données, permettant de voir un changement de vision par rapport à ce sujet.

5.2. Contextualisation des résultats dans le cadre de référence

Le cadre conceptuel de McGill centré sur la famille, permet d'établir un certain nombre de liens entre les résultats retenus dans ce travail et le modèle théorique utilisé.

Tout d'abord, le modèle de McGill conceptualise l'effet de la présence parentale sur l'anxiété des parents en avançant que lorsqu'un membre de la famille est touché dans sa santé, toute la famille en subit une conséquence. Pour pallier à cela, Allen Moyra explique qu'il est judicieux de maintenir des interactions entre chaque membre de la famille pour retrouver un équilibre (Pepin & al., 2010). Cet élément conceptuel permet donc d'étayer la compréhension de ce phénomène quant à l'anxiété ressentie par les parents et la nécessité de collaborer avec eux lorsque leur enfant subit un soin invasif.

Ensuite, l'effet de la présence parentale sur l'anxiété de l'enfant peut être interprété de la manière suivante. Le modèle de McGill stipule que l'individu et sa famille sont en constante interaction avec la communauté mais aussi avec l'environnement qui les entourent (Pepin & al., 2010). Le milieu hospitalier étant un environnement peu connu par certains enfants, il peut provoquer une certaine anxiété chez ceux-ci. Utiliser la présence familiale durant le soin invasif permettrait donc de familiariser momentanément l'environnement de l'enfant en lui offrant la présence d'une personne qu'il connaît. Ainsi, selon le modèle de McGill des interactions bénéfiques se créeront et diminueront l'anxiété de l'enfant.

Finalement, selon le modèle de McGill, la santé est un concept central qui est assuré notamment par un processus d'apprentissage comprenant le "coping" (Pepin & al., 2010). Cet apprentissage consisterait ici à gérer la douleur de l'enfant plutôt que d'en traiter les manifestations uniquement. Dans cette optique, la présence parentale prend tout son sens si elle est considérée comme un outil d'apprentissage permettant à l'enfant d'apprendre à gérer sa douleur par la présence de ses parents en plus de l'antalgie qu'il reçoit.

5.3. Limites du Travail de Bachelor

Dans le cadre de l'élaboration de ce travail, plusieurs limites méthodologiques ont été observées. Pour commencer, seuls six articles ont été retenus pour répondre à la question de recherche. La validité externe du travail aurait pu être augmentée si l'état actuel de la littérature sur ce sujet avait permis une recension des écrits plus étoffées. Ainsi, la fiabilité des conclusions établies aurait été plus représentative si la saturation des données avait été plus exhaustive. D'autre part, seules deux bases de données, CINHAL et PubMed, ont été utilisées pour rechercher les articles scientifiques souhaités. De

plus, les études retenues par leur pertinence se trouvaient principalement sur PubMed. La consultation d'autres moteurs de recherche aurait pu augmenter la diversité des publications ce qui aurait étayé davantage la réponse à la question de recherche. Bien qu'un travail en collaboration avec les bibliothécaires d'HESAV ait été effectué pour peaufiner les recherches, l'état actuel de la littérature sur ce sujet met en avant un nombre plus important d'articles centrés sur le soignant plutôt que sur la famille.

Malgré la diversité des cultures représentées dans les articles sélectionnés (Asie, Occident), il aurait été intéressant de trouver une étude traitant de la culture africaine afin d'augmenter la représentativité de l'échantillonnage et le caractère généralisable des résultats obtenus.

Au niveau de la validité interne des articles analysés dans ce travail, globalement l'ensemble des études sélectionnées ont répondu aux critères. Cependant, les techniques d'échantillonnage telles que les moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ainsi que la justification d'un point de vue statistique aurait pu être améliorées pour certains articles utilisés.

5.4. Implication et recommandations pour la pratique

Ce travail permet de mettre en lumière le vécu des parents ainsi que celui de l'enfant lors d'un soin invasif. Cela permet de définir les besoins exprimés par les parents et l'enfant durant le soin. Effectivement, inclure les parents dans la prise en charge diminue l'anxiété de l'enfant et de ses parents en plus de diminuer la douleur ressentie par celui-ci. Il est donc pertinent de proposer des recommandations allant dans ce sens dans le but d'améliorer la pratique infirmière.

Afin d'optimiser cette pratique, il est nécessaire pour le confort de l'enfant et de ses parents que les soignants les intègrent dans le processus de soin pour autant que ces derniers le désirent. Pour ce faire, il est mis en évidence que les professionnels de la santé jouent un rôle primordial dans cette approche en adoptant une attitude calme, rassurante et emphatique envers la famille de l'enfant. De plus, il en va du devoir infirmier de fournir des informations claires quant à la situation de soins et de répondre aux éventuelles questions des parents. Les recommandations exposées ci-dessus découlent des besoins des parents afin de diminuer leur peur de l'inconnu ressentie dans ces situations.

Finalement, selon Matziou & al. (2013), il est intéressant de mettre en avant que la distraction de l'enfant, notamment par un jouet, a tendance à diminuer son anxiété ressentie liée au soin douloureux. De part les résultats mis en avant dans ce travail concernant la présence parentale, il serait donc

judicieux de combiner ces deux interventions en proposant aux parents de distraire leur enfant pendant le soin afin d'optimiser davantage le confort de l'enfant.

6. Conclusion

Le but de ce travail de Bachelor est de définir l'impact de la présence des parents durant un soin invasif sur la douleur de l'enfant, son anxiété, ainsi que sur celle de ces derniers. Les études recensées et analysées dans ce travail permettent de mettre en avant que l'intégration des proches dans la prise en charge de l'enfant diminue l'anxiété des parents et de l'enfant. Néanmoins, l'état actuel des connaissances ne permet pas de différencier l'évaluation de la douleur de celle de l'anxiété en se basant uniquement sur les valeurs physiologiques de l'enfant lorsqu'un parent est présent durant le soin. Son impact direct sur la douleur n'est donc pas mis en avant du fait que ces deux facteurs sont interliés. Quoiqu'il en soit, l'essentiel est que la présence d'un proche permet d'augmenter le confort de l'enfant durant un soin invasif en diminuant son anxiété et sa douleur ressentie.

Outre le bénéfice immédiat de cette présence sur l'enfant, une bonne gestion du stress de ce dernier aura une action positive dans le futur. En effet, cela diminuera le risque que l'enfant soit réticent aux soins à cause d'un souvenir néfaste des expériences qu'il aura vécues durant ses hospitalisations antérieures. Cela aidera donc pour les prises en charge ultérieures de ce dernier.

Promouvoir cette approche collaborative avec les proches en les intégrant dans les soins n'est pas encore partagée par l'ensemble des soignants. Effectivement, certains professionnels de la santé ne souhaitent pas la présence des parents durant les soins qu'ils effectuent. Dans de tels cas, l'utilisation du cadre théorique centré sur la famille comme celui proposé par McGill est un outil infirmier pertinent pour argumenter les bénéfices du travail en partenariat avec les proches.

En guise de conclusion, il est donc bénéfique que les soignants intègrent les familles dans leur prise en charge si ces dernières le désirent et s'en sentent capables en leur permettant d'être présentes durant le soin afin de les rassurer et de calmer l'enfant. En effet, dans ce contexte de soins stressant, il est important d'offrir aux familles des conditions optimales en leur fournissant des explications complètes tout en adoptant des attitudes rassurantes afin de favoriser ce partenariat propice à une meilleure gestion du stress. Pour ce faire, la sensibilisation et la formation des soignants sont nécessaires afin de promouvoir cette nouvelle vision des soins.

Liste de références

- Acevedo, M. C. (2000). The role of acculturation in explaining ethnic differences in the prenatal health-risk behaviors, mental health, and parenting beliefs of Mexican American and European American at-risk women. *Child abuse & neglect*, 24(1), 111–127.
- Ball, J., & Bindler, R. (2010). *Soins infirmiers en pédiatrie* (2^{ème} éd., pp. 464-468). (S.1.) : ERPI.
- Bauchner, H., Waring, C., & Vinci, R. (1991). Parental presence during procedures in an emergency room: results from 50 observations. *Pediatrics*, 87(4), 544–548.
- Boie, E. T., Moore, G. P., Brummett, C., & Nelson, D. R. (1999). Do parents want to be present during invasive procedures performed on their children in the emergency department? A survey of 400 parents. *Annals of emergency medicine*, 34(1), 70–74.
- Broome, M. E., & Endsley, R. C. (1989). Maternal presence, childrearing practices, and children's response to an injection. *Research in nursing & health*, 12(4), 229–235.
- Byrd, T. L., Balcazar, H., & Hummer, R. A. (2000). Acculturation and breast-feeding intention and practice in Hispanic women on the US-Mexico border. *Ethnicity & disease*, 11(1), 72–79.
- Chevrel, S., Meffrais, M.-H., & Siebert, C. (2008). *Evaluation en IFSI: S'entraîner en pédiatrie*. Cedex, France: Elsevier Masson.
- Doyle, C. J., Post, H., Burney, R. E., Maino, J., Keefe, M., & Rhee, K. J. (1987). Family participation during resuscitation: an option. *Annals of emergency medicine*, 16(6), 673–675.
- Egemen, A., Ikizoglu, T., Karapinar, B., Cosar, H., & Karapinar, D. (2006). Parental presence during invasive procedures and resuscitation: attitudes of health care professionals in Turkey. *Pediatric emergency care*, 22(4), 230–234.
- European Association for Children in Hospital. (2014). *Resolution 12th EACH Conference Prague 2014*. Repéré à <https://www.each-for-sick-children.org/each-conferences/12th-conference-prague-2014/resolution-on-parental-presence.html>
- Fortin, M.F. (2010). *Fondement et étape du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (2^{ème} édition). Saint-Laurent (Québec) : Chenelière Education.
- Gamell, A., Corniero, P., Cotanda, C. P., Trenchs, V., & Cubells, C. L. (2011). Family presence during invasive procedures at the emergency department: what is the opinion of Spanish medical staff? *Pediatric emergency care*, 27(2), 86–91.

- Gélinas, C., Viens, C., Fortier, M., & Fillion, L. (2005). Les indicateurs de la douleur en soins critiques. *Perspective Infirmière: Revue Officielle De l'Ordre Des Infirmières Et Infirmiers Du Québec*, 2(4), 12-14, 16-20, 22.
- Graziani, P. (2008). *Anxiété et troubles anxieux*. (S.l.) : Armand Colin.
- Guzzetta, C. E., Clark, A. P., & Wright, J. L. (2006). Family Presence in Emergency Medical Services for Children. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 7(1), 15-24.
- Hatchuel, Y. (2005). Les conséquences à long terme de la douleur chez l'enfant. *Le Coq-héron*, no 181(2), 59-67.
- Haute Autorité de Santé. (2008). Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient.
- Holsti, L., & Grunau, R. E. (2010). Considerations for Using Sucrose to Reduce Procedural Pain in Preterm Infants. *Pediatrics*, 125(5), 1042-1047. doi :10.1542/peds.2009-2445
- Johnston, C. C., Rennick, J. E., Fillion, F., Campbell-Yeo, M., Goulet, C., Bell, L., ... Ranger, M. (2012). Maternal touch and talk for invasive procedures in infants and toddlers in the pediatric intensive care unit. *Journal of pediatric nursing*, 27(2), 144-153.
- Jones, M., Qazi, M., & Young, K. D. (2005). Ethnic differences in parent preference to be present for painful medical procedures. *Pediatrics*, 116(2), 191-197.
- Kim Cavender, M. (2004). Parents' Positioning and Distracting Children During Venipuncture. *Journal of Holistic Nursing*, 22(1), 32-56.
- Larousse, É. (2016). Larousse, définition du terme invasif. Repéré à http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/invasif_invasive/44072
- Llor, J. (2014). Prise en charge de la douleur de l'enfant. *Revue médicale Suisse*, (10), 267-270.
- Mangurten, J., Scott, S. H., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Vinson, L., Sperry, J., ... Voelmeck, W. (2006). Effects of family presence during resuscitation and invasive procedures in a pediatric emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 32(3), 225-291.
- Matziou, V., Chrysostomou, A., Vlahioti, E., & Perdikaris, P. (2013). Parental presence and distraction during painful childhood procedures. *British Journal of Nursing*, 22(8)
- Noel, M., Chambers, C. T., McGrath, P. J., Klein, R. M., & Stewart, S. H. (2012). The influence of children's pain memories on subsequent pain experience. *Pain*, 153(8), 1563-1572. doi :10.1016/j.pain.2012.02.020
- Office fédéral de la statistique (2016). *Hospitalisation : Nombre de cas et de patients, durée de séjour en 2014*. Repéré à <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/01/key/inanspruchnahme.html>

- O’Laughlin, E., & Ridley-Johnson, R. (1995). Maternal presence during children’s routine immunizations: The effect of mother as observer in reducing child distress. *Children’s Health Care*, 24(3), 175–191.
- Ortiz, S., & Casas, J. M. (1990). Birth control and low-income Mexican-American women: the impact of three values. *Hispanic journal of behavioral sciences*, 12(1), 83–92.
- Pepin, J., K  rouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3  me   d., pp.). Montréal, QC : Cheneli  re Education.
- 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. *Child: care, health and development*, 31(2), 233–243.
- Powers, K. S., & Rubenstein, J. S. (1999). Family presence during invasive procedures in the pediatric intensive care unit: a prospective study. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 153(9), 955–958.
- Rennick, J. E., Johnston, C. C., Dougherty, G., Platt, R., & Ritchie, J. A. (2002). Children's psychological responses after critical illness and exposure to invasive technology. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23, 133–144.
- Sacchetti, A., Carraccio, C., Leva, E., HARRIS, R. H., & Lichenstein, R. (2000). Acceptance of family member presence during pediatric resuscitations in the emergency department: effects of personal experience. *Pediatric emergency care*, 16(2), 85–87.
- Sandre-Fleuriot, S., V  zinhet, B., Z  rovec, C., & Bodin, S. (2009). Prise en charge de la douleur au quotidien dans un service de chirurgie pédiatrique. *Spirale*, (51), 63-71.
- Serra, E. (1999). Douleur et anxiété : Une association sous-estim  e. *Annales de psychiatrie*, 14(3), 240-245.
- Stevens, B. J., Abbott, L. K., Yamada, J., Harrison, D., Stinson, J., Taddio, A., ... Finley, G. A. (2011). Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 183(7), E403-E410. doi :10.1503/cmaj.101341
- Shaw, E. G., & Routh, D. K. (1982). Effect of mother presence on children’s reaction to aversive procedures. *Journal of Pediatric Psychology*, 7(1), 33–42.
- SPARADRAP (2004). *Parents d’enfants hospitalisés: visiteurs ou partenaires ?* Paris : Philippe Douste-Blazy.
- SPARADRAP (2011). *Les inquiétudes des enfants lors d’un soin, d’un examen médical...* Paris : Bénédicte MINGUET, Françoise GALLAND.

Tantikul, C., & Theeranate, C. (2014). Effect of parental presence while children undergo common invasive procedures. *J Med Assoc Thai*, 97(suppl 2), S153–S158.

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.

Vavarouta, A., Xanthos, T., Papadimitriou, L., Kouskouni, E., & Iacovidou, N. (2011). Family presence during resuscitation and invasive procedures: physicians' and nurses' attitudes working in pediatric departments in Greece. *Resuscitation*, 82(6), 713–716.

Wolfram, R. W., & Turner, E. D. (1996). Effects of parental presence during children's venipuncture. *Academic Emergency Medicine*, 3(1), 58–64.

Zabalía, M. (2006). Pour une psychologie de l'enfant face à la douleur. *Enfance*, 58(1), 5-19.

Zemsky, W. T., Cravero, J. P., & others. (2004). Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. *Pediatrics*, 114(5), 1348–1356.

Bibliographie

M. Wright, L., & Leahey, M. (2014). *L'infirmière et la famille: Guide d'évaluation et d'intervention*. Saint-Laurent, Canada: ERPI.

Annexes

Annexe I : Analyse qualitative selon une grille de lecture adaptée du Fortin (2010).

Annexe II : Analyses quantitatives selon une grille de lecture adaptée du Fortin (2010)

Annexe I:

Analyse qualitative selon une grille de lecture adaptée du Fortin (2010).

Mother's experiences of Touch and Talk nursing intervention to optimise pain management in the PICU: A qualitative descriptive study

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p><i>Le titre précise-t-il de façon succincte les concepts clés et la population à l'étude ?</i></p> <p>Le titre “ L'intervention infirmière du Touché et du Parlé expérimentée par les mères pour optimiser la prise en charge de la douleur dans l'Unité de Soins Intensifs Pédiatrique: Une étude qualitative descriptive” précise les concepts clés de l'étude ainsi que la population étudiée.</p>
Résumé	<p><i>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i></p> <p>Le résumé de l'article synthétise l'essentiel de l'étude en résumant le problème, la méthode, les résultats et la discussion.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p><i>Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte?</i></p> <p>Le phénomène à l'étude est clairement défini. Il s'agit des bénéfices de la présence parentale durant un soin invasif sur l'enfant. Ce phénomène prend place dans un contexte d'unité de soins intensifs pédiatriques.</p> <p><i>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</i></p> <p>Le problème a une signification particulière pour la discipline infirmière puisque cette présence familiale diminuerait l'anxiété des parents et la douleur de l'enfant. De plus, celle-ci augmenterait la satisfaction parentale quant à l'hospitalisation de l'enfant et, ainsi, favorise l'entente entre les parents et les soignants et les membres de la famille entre eux. Le temps d'hospitalisation serait ainsi diminué.</p> <p><i>Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</i></p> <p>Trois postulats émergent de cette étude. Premièrement, selon les sources de cette étude, un premier postulat dit que les parents souhaitent être présents durant le soin prodigué à leur enfant. Deuxièmement, selon une autre source de cette étude, un deuxième postulat dit que la satisfaction des parents quant à l'hospitalisation de leur enfant dépend de l'encouragement à la participation active de ceux-ci.</p>

	<p>Finalement, un dernier postulat stipule que la présence parentale peut avoir des effets positifs et durables sur la santé de l'enfant.</p>
Recension des écrits	<p><i>Une recension des écrits a-t-elle été entreprise ?</i> Une recension des écrits a été effectuée. L'étude est donc contextualisée par rapport aux recherches précédemment élaborées.</p> <p><i>L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</i> Oui, les connaissances actuelles sont présentées. Celles-ci stipulent que la présence parentale lors d'un soin à l'enfant est bénéfique.</p>
Cadre de recherche	<p><i>Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</i> Il n'y a pas de cadre conceptuel décrit pour cette étude.</p> <p><i>Les bases philosophique et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</i> Les bases théoriques sont clairement explicitées. Elle consiste en la méthode du toucher et du parler maternelle. La méthode sous-jacente est claire et détaillée. Par contre, il n'y a pas de base philosophique explicite dans cette étude.</p>
But, questions de recherche	<p><i>Le but est-il clairement énoncé ?</i> Oui, le but de cette étude est clairement explicité.</p> <p><i>Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?</i> Les questions de recherches sont clairement définies. En effet, l'auteur s'intéresse à savoir comment les mères ont expérimenté l'intervention du Touché et du Parler auprès de leur enfant subissant une intervention douloureuse. Il s'intéresse également à déterminer si ces mères souhaitent renouveler cette expérience dans le cas où leur enfant serait à nouveau hospitalisé et si celles-ci recommanderaient cette expérience à autrui.</p> <p><i>Traient-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</i> Ces questions de recherches traitent de la perception des participants puisqu'il leur est demandé de raconter l'expérience qu'ils ont vécue avec le toucher et le parler.</p> <p><i>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</i> Les questions de recherches s'appuient sur l'élément théorique du toucher et du parler qui est une intervention infirmière visant à</p>

	atténuer le stress des parents et à diminuer la douleur de l'enfant durant un soin.
Méthode	
Population et échantillon	<p><i>La population de l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillé ?</i></p> <p>Oui, la population est clairement décrite. “Les participants ont été recrutés dans trois unités de soins intensifs pédiatriques canadiennes affiliées à des universités.” Dans ces unités, “65 mères francophones et anglophones ont été recrutées dans l'échantillon”</p> <p><i>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</i></p> <p>La méthode utilisée pour recruter les participants est appropriée car celle-ci a été faite sur le terrain. Il a été demandé à tous les parents des trois unités s'ils souhaitaient participer ou non à l'étude. Si la réponse était positive, un consentement libre et éclairé était établi par écrit si la mère en question et son enfant remplissaient tous les critères nécessaires pour participer à l'expérience.</p> <p><i>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ?</i></p> <p>Oui, la méthode d'échantillonnage a permis d'ajouter des renseignements significatifs sur l'enfant (âge, type de soins invasifs effectués, le nombre d'admissions chirurgicales et la catégorie diagnostique cardiaque, respiratoire, infectieux, gastro-intestinal, ENT ou orthopédique) et sur les raisons de refus de participation à l'étude données par les mères ayant refusé de participer (ne se sent pas capable de supporter un autre stress, enfant trop malade, mal à l'aise dans un hôpital, pas intéressée, ne veut pas voir la procédure, veut être présente pour toutes les procédures invasives, pense que l'enfant ne connaît pas la douleur).Oui, la méthode d'échantillonnage a permis d'atteindre les objectifs visés par l'étude.</p> <p><i>La saturation des données a-t-elle été atteinte ?</i></p> <p>L'étude tire ces résultats sur l'expérience de 65 mères. Les résultats étant clairement tranchés, la saturation des données pour cette étude serait atteinte.</p>
Devis de recherche	<p><i>Le devis de recherche est-il explicité ?</i></p> <p>Cette étude qualitative a un devis de recherche descriptif. La structure et l'intention de cette étude permettent de déduire qu'il s'agit d'une étude phénoménologique.</p>

<p>Considérations éthiques</p>	<p><i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</i></p> <p>Oui, tous les participants avaient le choix de participer ou non à l'étude et un consentement libre et éclairé a été obtenu par écrit auprès de chaque participante avant de débiter l'expérience.</p> <p><i>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</i></p> <p>Oui, la récolte de données ainsi que le déroulement de l'étude montrent une attention particulière pour maximiser les bénéfices pour les participantes. En effet, "Les mères du groupe intervention ont été coachées par une infirmière de recherche pour leur permettre de se familiariser avec les techniques de distraction qui allaient être utilisées. De plus, une infirmière était présente durant l'intervention pour soutenir les mères.</p>
<p>Mode de collecte des données</p>	<p><i>Les méthodes et les outils de collecte des données sont-ils convenablement décrits ?</i></p> <p>Oui, les outils de collecte des données sont convenablement décrits et ils sont appropriés à l'étude.</p> <p><i>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ?</i></p> <p>Les questions de recherche ont été bien ciblées. En effet celles-ci sont bien délimitées et précises.</p> <p><i>Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</i></p> <p>Oui, les observations ont été lues par plusieurs chercheurs et ensuite analysées et comparées pour contextualiser les réponses des participants.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p><i>Les méthodes et les outils de collecte des données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits et appropriés ?</i></p> <p>Oui, les méthodes et les outils de collecte des données sont décrits et appropriés. Il s'agit d'entretiens semi-structurés, de lecture des dossiers médicaux, de codage des données à des fins de classement, d'analyses par thème effectuées par différentes personnes et d'analyses comparatives.</p>
<p>Crédibilité des données</p>	<p><i>Y a-t-il eu des moyens pour rehausser la crédibilité des données ?</i></p> <p>Les données ont été codées pour être analysées par thème afin de réduire la lecture subjective de ces données.</p>

<p>Analyse des données</p>	<p><i>L'organisation et l'analyse des données sont-elles décrites de façon suffisamment détaillée ?</i></p> <p>Oui, un paragraphe décrit comment les données ont été organisées et analysées. Ce paragraphe est suffisamment détaillé.</p> <p><i>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</i></p> <p>Oui, le résumé expose clairement l'essentiel des résultats de la recherche en exposant les thèmes définis pour analyser les résultats. Il est précisé que toutes les mères sauf deux sont convaincues par cette expérience. Les deux mères n'ayant pas apprécié l'intervention la recommande tout de même à autrui.</p> <p><i>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</i></p> <p>Oui, les trois thèmes découlant de l'analyse des données sont pertinents et permettent de classer les données et de les utiliser adéquatement.</p>
<p>Résultats</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p><i>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</i></p> <p>Effectivement, le phénomène de l'étude est bien représenté par les thèmes exposés dans les résultats. Il y a le fait d'être présent pour son enfant; il y a la présence parentale qui fait une différence quant à l'expérience douloureuse de l'enfant puis, il y a le fait de se sentir confortable et confiant quant à la participation au soin. Ces trois thèmes suivent une logique et vont dans le sens du but de l'étude.</p> <p><i>S'ils sont présents, les figures, les graphiques ou modèles résument-ils efficacement les conceptualisations ?</i></p> <p>Il n'y en a pas.</p> <p><i>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</i></p> <p>Les données ont été analysées par deux équipes de chercheur mais pas par les participantes.</p>
<p>Discussion</p>	
<p>Interprétation des résultats</p>	<p><i>Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</i></p> <p>Les résultats sont confrontés aux études antérieures. " La grande majorité des mères participant à l'étude l'ont vécue de manière positive. Des études antérieures suggèrent que les parents veulent être plus impliqués dans les unités de soins intensifs pédiatriques."</p>

	<p><i>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</i></p> <p>Le caractère transférable constitue une des limites de cette étude. En effet, l'étude est transférable pour d'autres mères utilisant la même intervention sur leur enfant malade dans les mêmes conditions que dans cette étude. Cependant, l'étude n'est pas transférable dans d'autre culture ni sur d'autres membres de la famille.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p><i>L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</i></p> <p>Il dit que la plupart des parents sont réceptifs à participer aux soins de leur enfant durant leur hospitalisation en soins intensifs de pédiatrie par des interventions comme le toucher et le parler. Cependant, il est indispensable de garder en tête qu'une minorité de parents ne seront jamais à l'aise de participer à une telle intervention.</p> <p><i>Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ?</i></p> <p>Oui, il est dit qu'il est bénéfique de donner le choix aux parents de participer ou non aux interventions prodiguées à leur enfant. L'auteur précise qu'il serait intéressant d'effectuer de nouvelles recherches en utilisant d'autres méthodes que le toucher et le parler et il serait également judicieux d'appliquer ces études d'en d'autre culture pour observer si les réactions sont les mêmes ou pas.</p> <p><i>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</i></p> <p>Oui, les données recueillies permettent d'élaborer des conclusions. "En effet, l'auteur conclut que les mères étaient capables de participer aux soins invasifs sur leur enfant. La plupart des mères veulent participer et étaient reconnaissantes de pouvoir réconforter leur enfant durant le soin. Donner l'opportunité aux parents de s'investir dans les soins de leur enfant en utilisant des interventions du touché et de distraction, leur permet d'entreprendre leur rôle parental et leur donne le sentiment d'avoir été utile dans l'expérience douloureuse de leur enfant."</p>

Annexe II:

Analyses quantitatives selon une grille de lecture adaptée du Fortin (2010)

Effects of Family Presence during Resuscitation and Invasive Procedures in a Pediatric Emergency Department

Eléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<i>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</i> Oui , il parle de la présence familiale, des soins invasifs et des lieux.
Résumé	<i>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i> Oui , les quatre étapes sont synthétiquement expliquées.
Introduction	
Problème de recherche	<i>Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</i> Oui , l'auteur décrit le phénomène à l'étude et l'ambiguïté. <i>Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</i> Oui , car il n'y a pas d'étude qui évalue la présence des parents durant les soins invasifs. <i>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</i> Oui , car plusieurs associations infirmières recommandent la présence des parents lors des soins invasifs.
Recension des écrits	<i>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils rapportés de façon critique ?</i> Non , ils apportent juste un éclairage sur le bienfait de la présence des parents. <i>Les études montrent-elles la progression des idées ?</i> Non . <i>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</i> Oui , cela met en avant les bienfaits de la présence des parents. <i>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</i> Oui , l'auteur se base sur 8 articles de sources primaires.
Cadre de recherche	<i>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</i> Oui , dans des paragraphes séparés et introduits dans la méthode. <i>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ?</i> Oui , le cadre théorique étant le ENA guideline. <i>Comment l'auteur justifie-t-il l'absence d'un cadre de recherche ?</i> L'auteur ne se justifie pas.

<p>But, questions de recherche</p>	<p><i>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</i> Oui, il consiste à voir l'effet du guide sur l'interruption des soins et de l'attitude et l'expérience des parents présents lors des soins invasifs.</p> <p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</i> Non, les variables ne sont pas expliquées.</p> <p><i>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</i> Oui, les variables sont expliquées dans la méthode et reflètent le cadre de recherche.</p>
Méthode	
<p>Population et échantillon</p>	<p><i>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillé ?</i> La population a été définie par l'auteur. L'échantillon est détaillé à l'aide de tableau.</p> <p><i>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</i> Non.</p> <p><i>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</i> Elle n'est pas basée sur une base statistique mais sur les limites posées par l'auteur.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p><i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</i> Le consentement écrit a été demandé aux parents avant l'étude, celle-ci a été validée par l'Institutional Review Board de l'hôpital.</p> <p><i>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</i> L'auteur ne mentionne pas cette information.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p><i>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</i> Oui, il permet de répondre à la question de recherche.</p> <p><i>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</i> Oui, par les différents outils il permet de répondre aux différentes questions de recherche.</p>
<p>Mode de collecte des données</p>	<p><i>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</i> L'auteur décrit les outils de mesures mais pas les items de ces outils de mesures.</p> <p><i>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</i> Les outils ont été importés.</p> <p><i>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? Les résultats sont-ils présentés ?</i> Non. Par contre les résultats sont présentés.</p>

Conduite de la recherche	<p><i>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ?</i> Oui, il consiste en un entretien téléphonique.</p>
Analyse des données	<p><i>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</i> Oui, l'auteur décrit les démarches d'analyses statistiques.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</i> Non, l'auteur ne présente pas les résultats sous forme de tableau.</p> <p><i>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</i> Oui, l'auteur a résumé les résultats sous une forme narrative.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</i> Oui, l'auteur reprend chacun des concepts de la question de recherche.</p> <p><i>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ?</i> Oui.</p> <p><i>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</i> Oui, la conclusion est synthétique et conforme aux résultats.</p> <p><i>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</i> Oui, l'auteur décrit les limites de l'étude dans un paragraphe.</p> <p><i>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</i> Oui.</p>
Conséquences et recommandations	<p><i>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</i> L'auteur recommande la mise en place d'un programme pour offrir aux parents l'option d'être présent au chevet de l'enfant durant les soins invasifs.</p> <p><i>L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ?</i> Non, il n'y a aucune recommandation pour les recherches futures.</p>

Effect of Parental Presence While Children Undergo Common Invasive Procedures

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p><i>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</i></p> <p>Il précise la population et le contexte. Il n'y a cependant aucune allusion aux concepts décrits dans la question de recherche.</p>
Résumé	<p><i>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i></p> <p>Oui, il n'y a cependant pas de discussion dans le résumé.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p><i>Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</i></p> <p>Oui, la douleur chez l'enfant est abordée tout comme les facteurs parentaux qui vont influencer le soin. Il s'agit d'étudier l'impact de la présence des familles pendant un soin sur le plan de l'anxiété, de la douleur et de la satisfaction de l'enfant. Les soins qui ont été faits à l'enfant (prise de sang et pose de voie veine périphérique) sont décrits dans la méthode.</p> <p><i>Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</i></p> <p>Oui, il est montré qu'en Thaïlande, il n'y a aucune recommandation par rapport à la présence des parents lors des soins et que ce sont les professionnelles qui ont un rôle majeur dans la décision d'inclure ou non les parents.</p> <p><i>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</i></p> <p>Oui, car cela a été montré dans les études antérieures que la présence des parents peut améliorer le soin en calmant l'enfant. Il est du rôle infirmier de décider et de guider les parents s'ils sont présents.</p>
Recension des écrits	<p><i>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils rapportés de façon critique ?</i></p> <p>Oui, il y a un recensement des écrits antérieurs. " Des études ont montré que la présence des parents était en mesure de calmer l'enfant " .</p> <p><i>Les études montrent-elles la progression des idées ?</i></p> <p>Non, il n'y a pas de progression des idées.</p> <p><i>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</i></p> <p>Oui.</p> <p><i>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</i></p> <p>Oui, elle se base sur six études primaires.</p>
Cadre de recherche	<p><i>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</i></p> <p>Partiellement, il n'y a que la douleur et le "distress" qui ont été développés comme concepts clés. La définition de soin invasif sera vue dans la partie méthode.</p>

	<p><i>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ?</i></p> <p>L'auteur ne mentionne pas de cadre théorique.</p> <p><i>Comment l'auteur justifie-t-il l'absence d'un cadre de recherche ?</i></p> <p>Il ne se justifie pas, il mentionne simplement l'absence dans son pays (la Thaïlande) de recommandation pour la présence ou non des parents lors d'un soin invasif.</p>
But, questions de recherche	<p><i>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</i></p> <p>Oui, il est posé sous forme d'objectif. Il n'émet cependant pas dans l'objectif l'aspect anxiété des parents et la satisfaction des soins comme cité dans le résumé et la suite de l'étude.</p> <p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</i></p> <p>Il manque certaines variables comme l'anxiété des parents et des professionnels ainsi que la satisfaction des soins de la part des parents dans la question de recherche.</p> <p><i>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</i></p> <p>Non, il ne parle pas dans l'objectif de l'anxiété des parents et de la satisfaction des parents.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p><i>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillé ?</i></p> <p>Oui, l'auteur décrit la population ainsi les domaines d'exclusion.</p> <p><i>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</i></p> <p>Non.</p> <p><i>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</i></p> <p>La taille n'est pas justifiée sur une base statistique. La formation des groupes se fait sur le souhait des parents à être présents ou non durant le soin.</p>
Considérations éthiques	<p><i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</i></p> <p>Oui, les parents ont été informés et leur consentement éclairé a été demandé avant le début de l'étude. L'étude a été validée par le "Institutional Review Board of The Royal Thai Army Medical Department".</p> <p><i>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</i></p> <p>Non.</p>
Devis de recherche	<p><i>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</i></p> <p>Oui.</p> <p><i>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</i></p> <p>Oui.</p>

Mode de collecte des données	<p><i>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</i></p> <p>Oui.</p> <p><i>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</i></p> <p>Oui, l'auteur utilise le Face Pain Scale pour pouvoir quantifier la douleur de l'enfant. En ce qui concerne la compétence des soins, l'auteur utilise des moyens d'analyse comme le nombre d'aiguilles et le temps de réalisation. L'auteur utilise la "Visual analog scale" pour ce qui concerne l'anxiété des parents et la satisfaction des soins de la part des parents.</p> <p><i>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? Les résultats sont-ils présentés ?</i></p> <p>Non.</p>
Conduite de la recherche	<p><i>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ?</i></p> <p>Oui, l'auteur décrit les outils.</p>
Analyse des données	<p><i>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</i></p> <p>Oui, le test d'homogénéité ainsi que le Chi-carré ont été utilisés pour analyser le niveau de douleurs entre chaque groupe. ANOVA a été utilisée pour comparer la satisfaction et l'anxiété de chaque groupe.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</i></p> <p>Oui, l'auteur a présenté les différents tableaux de résultat, ainsi que le descriptif de l'échantillon.</p> <p><i>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</i></p> <p>Oui, l'auteur exprime les résultats dans un texte narratif.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</i></p> <p>Oui, l'auteur reprend chacun des concepts présents dans la question de recherche.</p> <p><i>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ?</i></p> <p>Il y a un contraste concernant le niveau de satisfaction, la diminution de la douleur. En effet, la discussion ne décrit aucune influence sur ces facteurs alors que les études antérieures montrent le contraire.</p> <p><i>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</i></p> <p>Oui.</p> <p><i>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</i></p> <p>Oui, l'auteur décrit les limites de l'étude qui peuvent créer des biais.</p> <p><i>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</i></p> <p>Oui.</p>

Conséquences et recommandations

Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?

L'auteur encourage les parents qui veulent être présents à venir au chevet de leur enfant. Il encourage également la mise en place de formation.

L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ?

Non.

Parental presence during invasive procedures in a Spanish pediatric emergency department: incidence, perspectives, and related anxiety

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p><i>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</i></p> <p>Le titre précise les concepts clés de l'étude et la population étudiée.</p>
Résumé	<p><i>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i></p> <p>Le résumé synthétise le problème de l'étude, ses buts et la méthode employée pour la mener à bien. Les résultats ainsi que la conclusion sont exposés de manière claire et synthétique.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p><i>Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ?</i></p> <p>Oui, ce dernier est formulé clairement.</p> <p><i>Que s'agit-il d'étudier ?</i></p> <p>Il s'agit d'étudier la proportion de parents souhaitant rester auprès de leur enfant durant un soin, d'étudier la proportion des parents qui sont restés durant le soin prodigué à l'enfant et l'effet de cette présence sur l'anxiété des parents.</p> <p><i>Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</i></p> <p>Oui, des études espagnoles quant à ce sujet sont citées dans le texte.</p> <p><i>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</i></p> <p>En regard de l'évolution des soins vers des prises en charges centrées sur la famille, comme mentionné dans l'étude, le problème de cette dernière prend tout son sens.</p>
Recension des écrits	<p><i>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils rapportés de façon critique ?</i></p> <p>Non, ceux-ci sont cités pour comparer les résultats de l'étude.</p> <p><i>Les études montrent-elles la progression des idées ?</i></p> <p>Oui, les études rapportées montrent une progression du raisonnement et permettent d'étayer la discussion des résultats.</p> <p><i>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</i></p> <p>Oui, la recension des écrits permet de contextualiser le problème de</p>

	<p>recherche dans l'état actuel de cette problématique.</p> <p><i>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</i> Les sources utilisées ne sont pas uniquement primaires, il y a également des sources secondaires.</p>
Cadre de recherche	<p><i>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</i> Oui, la présence familiale est définie et contextualisée par le concept des soins centrés sur la famille.</p> <p><i>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ?</i> Le cadre conceptuel est incorporé à la recension des écrits et il est également lié au but de l'étude puisque celui-ci traite, entre autre, de l'investissement des parents dans les soins.</p> <p><i>Comment l'auteur justifie-t-il l'absence d'un cadre de recherche ?</i> Le cadre de recherche est exposé comme mentionné ci-dessus.</p>
But, questions de recherche	<p><i>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</i> Le but est clairement énoncé.</p> <p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</i> Oui, les questions de recherche sont clairement énoncées. La population à l'étude est les variables sont exposées.</p> <p><i>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</i> Oui, les variables sont en lien avec le concept utilisé dans l'étude.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p><i>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ?</i> Oui, la population de l'étude est définie avec précision (âge, sexe, lien avec l'enfant, pays de naissance, nombre d'enfants, niveau d'éducation des parents, âge de l'enfant et son sexe).</p> <p><i>L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillé ?</i> Oui, les données essentielles à la compréhension de l'échantillon sont exposées.</p> <p><i>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</i> Non, cela n'est pas précisé.</p>

	<p><i>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</i></p> <p>Non, la taille de l'échantillon correspond au nombre de patients admis durant le mois de novembre 2009 aux urgences pédiatriques de l'hôpital où se déroule l'étude. Il n'y a pas de base statistique pour la taille de l'échantillon.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p><i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</i></p> <p>Oui, les droits des participants sont respectés car ces derniers avaient le choix de compléter le questionnaire de l'étude et donc d'y participer ou non. Les réponses étaient données de manière anonyme.</p> <p><i>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</i></p> <p>Comme les participants étaient libres d'être présents ou non durant le soin invasif prodigué à leur enfant, ceux-ci avaient l'opportunité d'agir selon leur convenance. L'étude est neutre en termes de diminution des risques et d'augmentation des bénéfices pour les participants.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p><i>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</i></p> <p>Oui, le devis prospectif observationnel de cette étude quantitative est propice au bon déroulement de l'étude et de l'atteinte de son but.</p> <p><i>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</i></p> <p>Oui, par ce devis toutes les questions de recherches sont examinées.</p>
<p>Mode de collecte des données</p>	<p><i>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</i></p> <p>Les outils de mesure sont énumérés, décrits et permettent de mesurer les variables. Effectivement, les données nécessaires à l'étude sont récoltées.</p> <p><i>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</i></p> <p>Le questionnaire permettant la récolte des données a été créé par les auteurs de la recherche à partir d'études antérieures quant à ce sujet.</p> <p><i>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? Les résultats sont-ils présentés ?</i></p> <p>Il n'est pas précisé si les outils de mesure ont été évalués. Les résultats sont présentés.</p>

Conduite de la recherche	<p><i>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ?</i></p> <p>Oui, le déroulement de la récolte des données est détaillé. En effet, le questionnaire distribué aux participants est clairement décrit.</p>
Analyse des données	<p><i>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</i></p> <p>Les méthodes d'analyse statistique sont précisées pour répondre aux buts de l'étude. Par contre, l'échantillon est trop petit pour comparer le degré d'anxiété des parents présents durant le soin et les parents non présents durant le soin.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</i></p> <p>Deux tableaux ainsi que deux graphiques illustrent les résultats obtenus.</p> <p><i>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</i></p> <p>Les résultats sont également résumés par un texte narratif.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</i></p> <p>Oui, les résultats sont interprétés selon le cadre conceptuel définis précédemment dans l'étude.</p> <p><i>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ?</i></p> <p>Le souhait que les parents expriment quant au fait d'être présents durant le soin et le changement d'attitude des soignants lorsque les parents sont présents coïncident avec les études antérieures. Par contre, dans cette étude les parents pensent que leur présence est aidante pour le bon déroulement des soins de manière moins tranchée que dans d'autres études déjà effectuées. De plus, cette étude montre que les données démographiques n'influencent pas le désir d'être présents durant le soin alors que d'autres études montrent des différences selon l'ethnie des parents. La même chose est observée par rapport au niveau d'éducation des parents.</p> <p><i>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</i></p> <p>Oui, le tout est cohérent.</p>

	<p><i>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</i></p> <p>Peu de personnes ont accepté de participer à l'expérience car beaucoup d'entre eux pouvaient déjà retourner à domicile. Très peu de participants ne voulaient pas participer au soin. Les observations quant aux parents ne souhaitant pas être présents sont donc peu fiables.</p> <p>Le questionnaire ne comportait pas de question ouverte et celui-ci était distribué après l'admission de l'enfant lorsque le stress des parents était moindre. Les réponses sont donc certainement moins représentatives de la réalité.</p> <p><i>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</i></p> <p>Oui, les conclusions suivent la continuité des raisonnements de l'étude.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p><i>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</i></p> <p>L'étude propose des pistes qui disent que la présence de la famille durant un soin invasif devrait être proposée aux parents indépendamment du degré d'invasivité du soin car cela est bénéfique et répond aux envies des parents. Il devrait également y avoir des programmes pour convaincre les soignants de la bienfaisance de la présence des parents.</p> <p><i>L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ?</i></p> <p>Non, par contre des recommandations pour la pratique ont été proposées. Celles-ci sont mentionnées ci-dessus.</p>

Maternal Touch and Talk for Invasive Procedures in Infants and Toddlers in the Pediatric Intensive Care Unit

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p><i>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</i> Oui, le titre décrit les interventions ainsi que la population.</p>
Résumé	<p><i>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i> Le résumé décrit les grandes lignes de la recherche dans un texte narratif.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p><i>Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</i> Oui, l'auteur décrit l'enjeu de la recherche. Il s'agit d'examiner l'impact des interventions "Touché et Parlé" sur les données physiologiques de l'enfant.</p> <p><i>Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</i> Oui, l'auteur met en avant différentes études spécialement sur la technique kangourou qui ont montré un impact sur les valeurs physiologiques de l'enfant.</p> <p><i>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</i> Oui, l'intervention des parents permettrait de diminuer la douleur chez l'enfant.</p>
Recension des écrits	<p><i>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils rapportés de façon critique ?</i> L'auteur ne fait pas de lecture critique de recherches antérieures.</p> <p><i>Les études montrent-elles la progression des idées ?</i> Non.</p> <p><i>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</i> Oui, elle permet de mettre en avant différents points concernant la perception de l'enfant, des parents et de la douleur chez l'enfant.</p> <p><i>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</i> Non, l'auteur présente également des éléments tirés de revues littéraires systématiques.</p>
Cadre de recherche	<p><i>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</i> Oui, les concepts clés sont expliqués et mis en évidence.</p> <p><i>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ?</i> Il n'y a pas de cadre théorique.</p> <p><i>Comment l'auteur justifie-t-il l'absence d'un cadre de recherche ?</i> L'auteur ne se justifie pas.</p>
But, questions de recherche	<p><i>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</i> Oui, l'auteur décrit le but de la recherche à la fin de la partie introduction.</p>

	<p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</i></p> <p>Oui, l'auteur décrit la population ainsi que les variables clés dans la question de recherche et dans les deux hypothèses posées.</p> <p><i>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</i></p> <p>Non. L'auteur décrit juste une excitabilité des valeurs physiologiques durant les soins invasifs mais il ne pose pas de relations concrètes entre les variables et les concepts.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p><i>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillé ?</i></p> <p>Oui, l'auteur décrit la population dans le début de la méthode ainsi que dans les résultats, mettant les résultats en avant sous forme de tableau. Il décrit également les critères d'exclusion.</p> <p><i>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</i></p> <p>Non.</p> <p><i>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</i></p> <p>La taille de la population a été basée sur un projet pilote. Elle n'est pas justifiée statistiquement.</p>
Considérations éthiques	<p><i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</i></p> <p>Oui, l'étude a été validée par le comité éthique ainsi qu'une approbation écrite de la part des parents a été demandée.</p> <p><i>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</i></p> <p>Il n'y a pas d'information à ce sujet.</p>
Devis de recherche	<p><i>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</i></p> <p>Oui, il s'agit d'une étude en simple aveugle, randomisée croisée avec un groupe d'intervention et un groupe contrôle.</p> <p><i>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</i></p> <p>Oui, grâce à la présence du groupe contrôle permettant de voir la présence de corrélation.</p>
Mode de collecte des données	<p><i>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</i></p> <p>Oui, l'auteur décrit les outils de mesures qui permettent de mesurer les variables.</p> <p><i>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</i></p> <p>Ils ont été importés.</p> <p><i>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? Les résultats sont-ils présentés ?</i></p> <p>L'auteur présente l'outil et met la référence de l'étude montrant la validité de l'outil.</p>

Conduite de la recherche	<p><i>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ?</i> Non, l'auteur ne décrit pas clairement la collecte de données.</p>
Analyse des données	<p><i>Les méthodes d'analyses statistiques utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</i> Oui, l'auteur décrit les méthodes d'analyses statistiques.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</i> Oui, l'auteur présente les résultats des différentes variables dans un tableau.</p> <p><i>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</i> Oui, l'auteur décrit les résultats dans un texte narratif.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</i> Oui, chacune des hypothèses est discutée dans cette partie.</p> <p><i>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ?</i> Oui et l'auteur fait des liens avec les études antérieures. Cela concorde parfaitement.</p> <p><i>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</i> Oui.</p> <p><i>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</i> L'auteur ne définit pas les limites de l'étude.</p> <p><i>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</i> Oui, la conclusion est courte et découle des résultats.</p>
Conséquences et recommandations	<p><i>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</i> Les interventions proposées n'ont pas affecté les variables physiologiques. Elles diminuent cependant le temps qu'a besoin l'enfant pour un retour au calme.</p> <p><i>L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ?</i> Oui, l'auteur fait des recommandations pour les recherches futures et propose une autre intervention.</p>

Parental presence and distraction during painful childhood procedures

Éléments d'évaluation	Questions pour faire la lecture critique
Titre	<p><i>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</i></p> <p>Oui, le titre précise clairement les concepts clés et la population de l'étude. Il s'agit de la présence parentale et de la distraction durant un soin douloureux sur l'enfant.</p>
Résumé	<p><i>Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i></p> <p>Le problème, la méthode, les résultats ainsi que la conclusion sont clairement synthétisés dans le résumé de l'étude.</p>
Introduction	
Problème de recherche	<p><i>Le phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ?</i></p> <p>Le phénomène est clairement formulé. La présence parentale ainsi que la distraction de l'enfant permet, selon les écrits précédents, de diminuer la douleur de celui-ci.</p> <p><i>Que s'agit-il d'étudier ?</i></p> <p>Il s'agit d'étudier l'effet que la présence parentale et la distraction par un jouet ont sur la douleur de l'enfant.</p> <p><i>Le problème est-t-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</i></p> <p>Oui, l'introduction expose les connaissances actuelles quant à la présence parentale pour justifier le problème étudié dans cette étude. Selon les sources de l'article, la présence des parents diminue le stress de l'enfant et les troubles du sommeil pouvant survenir lorsque l'enfant est hospitalisé. Outre la présence des parents, il existe d'autres techniques (kaléidoscope, livres, magazines, game-boy, faire des bulles de savon, compter à haute voix, parler à l'enfant ou encore jouer de la musique) pour distraire l'enfant durant un soin et ainsi l'aider à se focaliser sur quelque chose de plus plaisant.</p> <p><i>Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline infirmière ?</i></p> <p>Oui, le problème a une signification particulière puisqu'il relève de la gestion de la douleur de l'enfant.</p>
Recension des écrits	<p><i>Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ?</i></p> <p>Les travaux de recherche antérieurs ne sont pas rapportés de façon critique. Cependant, ceux-ci permettent de constater que la présence familiale est un sujet controversé.</p>

	<p><i>Les études montrent-elles la progression des idées ?</i> Oui, les études exposées montrent une progression des idées. Ainsi, le lecteur reçoit les arguments pour et les arguments contre la présence familiale.</p> <p><i>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</i> La recension des écrits fournit une synthèse sur les effets de la présence parentale sur l'enfant et sur la perception que les soignants ont sur la présence parentale. Le problème de recherche est donc contextualisé par une recension des écrits.</p> <p><i>La recension des écrits s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?</i> Oui, ce sont principalement des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	<p><i>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ?</i> Non, les concepts clés ne sont pas définis sur un plan conceptuel.</p> <p><i>Le cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des publications ? Est-il lié au but de l'étude ?</i> Le cadre théorique est explicité et lié au but de l'étude.</p> <p><i>Comment l'auteur justifie-t-il l'absence d'un cadre de recherche ?</i> Le cadre de recherche est élaboré sous forme de cadre théorique.</p>
But, questions de recherche	<p><i>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</i> Le but de l'étude est clair et concis.</p> <p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</i> Oui, les questions de recherche, les variables clés ainsi que la population à l'étude sont clairement énoncées.</p> <p><i>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</i> Les variables utilisées sont en partie précisées dans le cadre de recherche. En effet, la présence parentale et la distraction par un jouet sont décrites.</p>
Méthode	
Population et échantillon	<p><i>La population de l'étude est-elle définie de façon précise ?</i> La population de l'étude est précisément définie dans la méthode.</p> <p><i>L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillé ?</i> L'échantillon est suffisamment détaillé.</p>

	<p><i>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</i> Cela n'est pas précisé dans l'article, mais une proportion égale de fille et de garçon est observée dans l'échantillon.</p> <p><i>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</i> L'auteur a déterminé l'échantillon sur une base statistique et la taille de l'échantillon a été déterminée selon le nombre d'enfants hospitalisés dans les cliniques en question sur une année.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p><i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</i> Oui, les droits des participants sont sauvegardés. "L'étude a été menée après l'obtention des autorisations fournies par le comité d'éthique de l'hôpital et le conseil scientifique. De plus, un consentement éclairé a été obtenu par les parents pour autoriser leur enfant à participer à l'étude."</p> <p><i>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</i> Oui, les risques sont maîtrisés et il y a des bénéfices pour les enfants du groupe jouet et du groupe présence parentale.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p><i>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ?</i> Oui, l'étude est élaborée par un devis quantitatif randomisé permettant d'atteindre le but de la recherche.</p> <p><i>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</i> Oui, toutes les questions de recherches sont examinées.</p>
<p>Mode de collecte des données</p>	<p><i>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</i> Les outils de mesures sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables.</p> <p><i>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</i> Les auteurs précisent que les outils (questionnaire et échelle de mesure de l'anxiété et de la douleur) utilisés pour mener à bien cette étude ont été importés.</p>

	<p><i>La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? Les résultats sont-ils présentés ?</i></p> <p>Les auteurs ont vérifié la fidélité et la validité des outils de mesure par la lecture d'articles quant à ce sujet. Les résultats sont présentés.</p>
Conduite de la recherche	<p><i>Le processus de collecte des données est-il décrit clairement ?</i></p> <p>Oui, celui-ci est clairement décrit.</p>
Analyse des données	<p><i>Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?</i></p> <p>Oui, les méthodes d'analyse statistique utilisées sont précisées pour répondre aux questions de l'étude.</p>
Résultats	
Présentation des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</i></p> <p>Les résultats sont présentés de manière adéquate dans des tableaux. Un tableau comporte une erreur vite détectable qui n'entrave pas à la compréhension des résultats (le groupe contrôle comporte <u>54% de garçons et 47% de filles</u>, il y a une erreur de pourcentage).</p> <p><i>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</i></p> <p>Oui, les résultats sont résumés par un texte narratif.</p>
Discussion	
Interprétation des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</i></p> <p>Oui.</p> <p><i>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le sujet ?</i></p> <p>Les résultats concordent en partie aux études antérieures. En effet, la présence parentale diminue le stress de l'enfant, ceci est confirmé par d'autres études. Par contre, d'autres écrits estiment que la douleur de l'enfant n'est pas diminuée par la présence parentale contrairement à ce qui est observé dans la présente étude.</p> <p><i>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</i></p> <p>Oui, cela coïncide.</p>

	<p><i>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</i></p> <p>Des limites de l'étude sont exposées. La distraction de l'enfant par le jouet et par les parents ne peut pas être comparée directement de par le déroulement de l'étude. Une autre phrase du texte expose que l'utilisation du kaléidoscope comme jouet de distraction n'est peut-être pas assez captivant pour les enfants. Cet élément pourrait être une limite de l'étude.</p> <p><i>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</i></p> <p>Oui, le tout est cohérent.</p>
Conséquences et recommandations	<p><i>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</i></p> <p>La présence parentale serait, selon cette étude, bénéfique pour diminuer l'anxiété et la douleur de l'enfant subissant une ponction veineuse. La distraction fonctionne mais à moindre échelle par rapport à la présence parentale.</p> <p><i>L'auteur fait-il des recommandations pour les recherches futures ?</i></p> <p>Non, par contre l'auteur fait des recommandations pour la pratique. Les auteurs recommandent aux soignants de contribuer à la promotion des soins centrés sur la famille et ils proposent d'établir des programmes de formation pour les soignants quant à l'acceptation des parents dans les soins.</p>