



La distraction comme fil conducteur à la relation de soin en pédiatrie

Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 30/05/23

Directrice de mémoire : Mme BALLOIS Dorothée

Note aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel et ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur »

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier Madame Ballois, ma directrice de mémoire pour son accompagnement et sa bienveillance durant toute cette année,

Marion pour l'illustration créée sur mesure pour ce travail et qui me tenait à cœur,

Les infirmières des différents services qui ont pris le temps de répondre à mes entretiens,

Mes amies de toujours et celles que j'ai rencontrées à l'école, qui ont su m'aider et m'encourager, sans qui ces trois années de formation n'auraient pas été aussi exceptionnelles,

Et enfin à Matthieu pour son soutien inconditionnel au quotidien.

Je souhaite que toutes ces personnes trouvent ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

1.	<i>Introduction</i>	1
2.	<i>La situation d'appel</i>	2
2.1.	Présentation de la situation	2
2.2.	Analyse et questionnement	4
3.	<i>Question de départ</i>	7
4.	<i>Cadre de référence</i>	8
4.1.	L'enfant hospitalisé	8
4.1.1.	Définition	8
4.1.2.	Histoire de la pédiatrie	9
4.1.3.	Développement psychomoteur	11
4.1.4.	Droits de l'enfant hospitalisé.....	12
4.1.5.	Triade Enfant/Parents/Soignant.....	12
4.2.	La distraction	13
4.2.1.	Généralités.....	13
4.2.2.	Définition en pédiatrie.....	14
4.2.3.	Les niveaux de distractions.....	14
4.3.	La relation et qualité des soins	16
4.3.1.	La qualité des soins	16
4.3.2.	La relation de soin	17
4.3.3.	En pédiatrie.....	19
5.	<i>Enquête exploratoire</i>	23
5.1.	L'outil : entretiens semi-directifs	23
5.2.	Population et lieu d'investigation	23
5.3.	Réalisation de l'enquête	24
5.4.	Synthèses des entretiens	25
5.4.1.	Entretien N°1	25
5.4.2.	Entretien N°2	26
5.4.3.	Entretien N°3	29
5.4.4.	Entretien N°4	30
5.4.5.	Entretien N°5	32
5.5.	Analyse des entretiens	34
5.5.1.	Grilles d'analyse.....	34
5.5.2.	La spécificité de l'enfant	35
5.5.3.	La distraction	38
5.5.4.	La relation et la qualité des soins	42
5.6.	Analyse critique de l'enquête	47
6.	<i>Problématique</i>	49
7.	<i>Conclusion</i>	50
8.	<i>Bibliographie</i>	51

1. Introduction

Dans le cadre de ma troisième année de formation en soins infirmiers, je présente ce travail de fin d'étude auquel je tenterais d'apporter un éclairage et une réflexion professionnelle. À travers la situation de stage que j'ai vécu, la distraction m'a semblé être un élément clé du soin. J'ai été particulièrement attirée par ce que cette notion a pu apporter en termes de qualité durant le soin et comment sa mise en place a pu faciliter le lien dans la relation soignant/soigné. Pensant à la professionnelle de santé que je serais demain et au regard de mes valeurs personnelles, j'attache une grande importance à la qualité des soins et au bien-être du patient.

Ayant pour projet professionnel de devenir puéricultrice, je pense qu'il s'agit d'un véritable outil auquel je pourrais avoir recours. Je souhaite donc, par le biais de ce travail de recherche enrichir et approfondir mes connaissances à ce sujet. Par ailleurs, j'ai trouvé intéressant de transposer ma situation au public pédiatrique et d'autant plus, au regard de la complexité que peut avoir la prise en charge d'un enfant.

Ainsi, par ce présent travail j'introduirai mon questionnement et mes recherches. Je présenterais dans un premier temps la situation d'appel, elle sera accompagnée de son analyse et questionnement argumentés par divers axes de réflexion ; puis, la question de départ. J'énoncerai ensuite le cadre référence comportant 3 sous parties : l'enfant, la distraction et la qualité et relation des soins. Puis, j'aborderai la présentation de l'enquête exploratoire incluant le choix de l'outil, la population ciblée et lieu d'investigation. Toujours dans cette partie, je finirai par la synthèse et l'analyse des entretiens menés. Enfin, je terminerai ma réflexion par la problématique depuis laquelle découlera une question de recherche.

2. La situation d' appel

2.1. Présentation de la situation

La situation se passe durant mon stage du semestre 4 en onco-hématologie. Le service accueille 20 patients atteints principalement de leucémies, de lymphomes et de myélomes. Les infirmiers connaissent bien les patients. Ces derniers ayant des pathologies évolutives et des traitements par cure de plusieurs jours, leurs hospitalisations sont fréquentes et plus ou moins régulières dans le service. Étant en fin de deuxième année, je n'ai pas eu les enseignements théoriques sur les hémopathies ainsi que les thérapeutiques associées, je suis alors vite plongée dans une inconnue plus forte encore que mes précédents stages.

Comme ce n'est que mon deuxième jour, je reste pour le moment observatrice des soins techniques car je ne les connais pas. J'accompagne alors l'infirmière pour la réfection du pansement de Madame R. Celle-ci est âgée de 64 ans et est entrée dans le service suite à une altération de l'état général liée à un carcinome péritonéal et une ascite lui provoquant d'importantes douleurs abdominales. Elle est très algique et consomme le maximum de demandes sur sa Patient Controlled Analgesia de morphine (PCA). La nuit dernière, elle a exprimé à l'infirmier qu'en cas d'aggravation de son état pouvant la mener à un arrêt cardiaque, elle ne souhaitait pas être réanimée.

Nous devons donc faire la réfection de pansement du Peripherally Inserted Central Catheter (PICC) de madame R qui a été fraîchement posé au bloc la veille. Il s'agit d'une voie veineuse centrale dont le site d'insertion se situe en périphérie au niveau du bras laissant ainsi apparaître l'extrémité du cathéter. Ces dispositifs sont fréquents dans le service et sont mis en place afin d'améliorer la prise en charge des patients au regard de leurs thérapeutiques. En effet, c'est une voie d'abord privilégiée car elle est plus durable, cela évite les désagréments et la douleur d'une multitude de ponctions et de piqûres chaque jour. Toutefois, c'est aussi un changement dans l'image corporelle de la patiente du fait de sa permanence, de sa visibilité et de sa localisation. La réfection du pansement doit se faire une fois par jour et peut faire mal car le mandrin du cathéter est stimulé et peut être déplacé si elle n'est pas faite avec précaution. Ce soin doit être fait une fois par semaine.

Je me rends alors dans la chambre de Madame R. avec l'infirmière qui lui annonce qu'elle va lui changer son pansement. Je me présente et l'infirmière lui dit que comme je suis étudiante et qu'elle va m'expliquer au fur et à mesure les étapes pour que j'apprenne. Madame

R. acquiesce. Je ressens dès notre arrivée dans la chambre une distance entre soignant et soigné. Madame R me semble très triste et douloureuse, son visage est crispé et elle me paraît assez fermée malgré l'enthousiasme et la bonne humeur que tente d'apporter l'infirmière à travers leur discussion.

C'est la première fois que je vois ce soin donc je reste en retrait pour ne pas paraître invasive lors de ce moment. J'évite de poser des questions par peur de renforcer le stress pouvant être causé par le soin. C'est un soin technique pouvant être douloureux et angoissant, de plus, la patiente doit porter un masque, une charlotte et tourner la tête du côté opposé au soin ce qui renforce la distance entre le soignant et le soigné. L'infirmière commence alors à m'expliquer les préparatifs pour le soin en insistant sur les règles d'asepsie en vigueur tout en maintenant une discussion avec madame R qui grimace lors du retrait du pansement. Son visage se ferme un peu plus et fini alors par se figer. Sur le moment, ma posture d'étudiante fait de moi une spectatrice, je n'ose pas interagir au milieu de leurs échanges.

L'infirmière propose à madame R de mettre de la musique pendant le soin. Cette dernière approuve timidement en me tendant son propre téléphone afin que je puisse mettre la musique. Par ce simple geste, je suis donc intégrée au soin et cela a « cassé » la légère tension que j'avais pu ressentir au départ. Je lui demande donc ce qu'elle souhaite écouter : « Brassens, les copains d'abord ». Elle sourit et l'infirmière, surprise, approuve son choix avec enthousiasme. Je me positionne alors juste à côté de la patiente pour qu'elle puisse bien entendre. Les premières notes précieusement choisies retentissent dans la chambre instaurant un climat joyeux et chaleureux à la fois. Arrivent alors les premières paroles que l'infirmière commence à chanter tout en continuant son soin, suivi de celles de Madame R pour enfin arriver au refrain que nous chantons toutes les trois. La chanson continue, Mme R retrouve le sourire. Ensemble, nous parlons alors de l'artiste et de ses chansons. A travers cet échange, j'ai ressenti de la joie émanant de ses paroles, j'avais l'impression que cette chanson évoquait pour elle de beaux moments et il en était de même pour moi. C'est comme si durant un instant elle avait oublié qui elle était à ce moment-là, son regard me donnait l'impression qu'elle était comme plongée dans ses souvenirs heureux et que le temps d'un instant elle avait oublié la maladie, la douleur et même peut-être ce pour quoi nous étions là : le soin. Celui-ci se termine, la patiente semble détendue et sereine, son visage est complètement opposé à celui que nous avons vu lorsque nous sommes rentrées dans la chambre, elle nous salue et nous remercie.

2.2. Analyse et questionnement

Cette situation m'a interpellée pour de diverses raisons.

Représentation du soin technique : postures étudiant/soignant/patient

Je me suis questionnée dans un premier temps sur les différentes représentations du soin que pouvaient avoir les différents protagonistes dans cette situation.

Dans un premier temps, dans mon regard d'étudiante, la réfection du pansement de picline était un soin très technique. Au premier abord je me suis dit que la technicité pouvait peut-être altérer la relation de soin. Je ne le connaissais pas et je ne sentais pas incluse dans le soin, j'étais une tierce personne. J'étais en observation, donc en retrait alors je ne me suis pas senti vraiment intégrée au soin, aussi, je ne voulais pas paraître intrusive. Le fait de me demander de mettre la musique m'a permise de me sentir incluse dans le soin, j'ai pu échanger avec la patiente mais également avec l'infirmière. De plus cela m'a permis de réintégrer le côté « humain » du soin que j'avais oublié car je ne pensais qu'à la technique dans un premier temps.

Cependant, dans le service, ce soin est tellement fréquent qu'il est devenu banal. Je distingue alors une vision différente de la mienne : celle de l'infirmière. Je me demande alors si la représentation du soin par le soignant peut impacter sur la relation soignant-soigné. En effet, d'une part, il s'agit d'une infirmière expérimentée, elle est présente dans le service depuis de nombreuses années. Ce soin est complexe techniquement parlant mais elle me paraît très à l'aise. Je distingue alors une ambivalence gravitant autour de la notion d'habitude à faire ce soin. D'une part, l'habitude peut mener le soignant à peut-être « banaliser » le soin car il a forcément une image différente de celle du patient. Cette banalisation peut d'une part faire oublier le patient en lui-même. Le soignant peut avoir en tête de partir faire une énième fois le même soin et non pas partir voir un patient en particulier. Et d'autre part, l'habitude et l'expérience me paraissent aussi être bénéfiques comme j'ai pu être témoin dans cette situation. J'ai trouvé que l'expérience et le fait de bien connaître le soin a permis à l'infirmière justement d'interagir à la fois avec moi sur l'aspect technique et à la fois avec la patiente sur l'aspect relationnel. Je me demande alors comment l'infirmière parvient-elle à ne pas déshumaniser le soin afin que le patient soit acteur et non objet du soin qu'on lui prodigue. Est-ce que l'utilisation de la distraction dans un soin est-il un moyen de renforcer la relation soignant-soigné ?

Je discerne également une troisième vision tout aussi singulière : celle de Mme R. En effet, si ce soin représente d'une part beaucoup de technicité du côté du soignant mais, d'autre part, c'est une intrusion sur le corps du patient. Dans cette situation, j'ai eu dans un premier temps une place d'observatrice, c'est la raison pour laquelle j'y ai vu la technicité parce que c'était un soin qui m'était inconnu et que l'infirmière me donnait nombreuses explications. Mais, n'étant pas actrice dans l'acte technique même, j'ai pu aussi me questionner sur ce qu'il en était du côté de la patiente. Je me suis questionnée alors sur ce que cela pouvait représenter pour elle. Je me dis que les soignants, par habitude, ont parfois tendance à banaliser ce genre de soin. Ils parlent des risques, de la technique, de la surveillance... Mais, bien qu'il soit posé dans le but finalement de soulager la patiente, la représentation qu'elle s'en fait est forcément différente de la nôtre. C'est un soin invasif, désagréable et peut-être stressant. De plus, c'est un changement dans le physique et par extension dans l'estime de soi à cause de sa localisation et de sa visibilité. Pour Mme R ce pansement était tout nouveau, et j'ai pensé à ce moment-là que ce soin et ce dispositif devaient représenter plus que simplement la réfection d'un pansement. Ce soin la ramenait encore une fois à sa maladie qui la faisait souffrir alors peut-être que ce soin pouvait la faire souffrir également psychologiquement. J'ai eu l'impression que la mise en place de ce piccline et les soins liés étaient un poids de plus que devait supporter la patiente. La maladie l'avait déjà transformée physiquement par l'alopecie induite par les traitements, l'asthénie extrême, la douleur... Ce cathéter permanent et si visible représentait peut-être une charge de plus pour la patiente. Il est le témoin d'une lutte continue contre la maladie qui résiste et s'inscrit dans une durée indéterminée.

Ainsi, ces différences de représentations nécessitent au soignant d'agir avec empathie, car un soin n'est pas une banalité pour le patient. Ces points de vue me mènent alors sur la question de la place du patient dans le soin et sur comment le rendre acteur ?

Utilisation de la distraction comme moyen de personnalisation du soin

J'ai été admirative de voir que malgré la technicité de ce soin, l'infirmière a su trouver un objet d'attention pour la patiente autre que celui pour lequel elle était entrée dans la chambre. Durant ce moment, il m'a semblé que l'infirmière avait su détourner l'attention de la patiente qui paraissait au premier abord fixée sur l'anxiété qu'elle pouvait ressentir au regard de ce soin. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) propose la définition

suiuante de la distraction : « *manque d'attention, habituel ou passager, de l'esprit occupé par autre chose que ce qui lui est proposé* ». Cette définition prend tout son sens lors de ce soin car, en effet, Mme R. a eu l'esprit occupé par la musique et a eu l'air de ne plus être soucieuse. Ainsi, cette distraction a eu un double enjeu : la douleur et l'angoisse induites par le soin ont été palliées sans avoir eu recours à un traitement médicamenteux. Dans un second temps, elle a permis à la patiente de se détendre et de penser le temps du soin à autre chose.

Cela m'amène à m'interroger sur la compétence infirmière. En effet, dans cette situation celle-ci a su personnaliser son soin. Elle a su identifier l'angoisse que pouvait éprouver la patiente et s'adapter à cette dernière. Ainsi, elle a pu utiliser la distraction comme outil afin de rendre cet acte moins agréable. Je n'avais jamais vu ce genre de méthode lors de mes précédents stages. Je me suis alors demandé s'il s'agissait d'une pratique récurrente dans le service ou si c'était propre à l'infirmière. De plus, le fait que l'infirmière se mette à chanter avec Mme R m'a fait réfléchir sur ce que représentait cet acte : il s'agissait là d'un réel échange. Peut-être que c'était un moyen de distraction tant pour le soigné que le soignant. Je me demandais ce que cela pouvait apporter à l'infirmière aussi dans son soin, c'était finalement aussi plus agréable pour elle de faire son soin dans cette ambiance-là. Cette participation a également créé un lien lors du soin autour d'un acte technique qui dans un premier abord aurait pu paraître froid et désagréable. Ma réflexion se poursuit à propos de la formation des infirmiers dans ce service. En effet, la mise en place de cette distraction est un acte pouvant se faire pour tout soin douloureux et dans tout service de soin dans le but de détourner la douleur et l'angoisse. Le fait d'être dans un service d'hématologie accorde-t-il des attentions renforcées envers les patients en raison du grand nombre de soins prodigués et de la complexité de leurs pathologies ?

J'ai eu l'impression, en comparaison avec mes précédents stages dans d'autres services que les soignants étaient peut-être plus formés et/ou sensibilisés sur la prise en charge de la douleur et à la place de la gestion des émotions du patient. Ils m'ont semblé peut-être plus attentif à la distraction pendant un soin. Cela m'a intéressé car j'ai pu remarquer au fur et à mesure de ma formation et de ce stage en particulier, que lorsque les soignants distrayaient les patients lors de soins, parfois même au travers d'une simple discussion, cela avait une influence plutôt positive sur la douleur ou l'appréhension.

Utilisation de la distraction en pédiatrie

Je me suis donc beaucoup questionnée sur l'effet que la distraction peut apporter au soin tant pour le patient que pour le soignant. Cela a fait écho à mon projet professionnel de devenir puéricultrice. En effet, j'ai eu l'occasion de discuter de ce thème avec une infirmière ayant travaillé aux urgences pédiatriques et il m'a semblé que la distraction était très utilisée et presque indispensables. Une hospitalisation est une forte source de stress pour un enfant, non seulement à cause de leur état pathologique mais aussi à cause des soins prodigués qui, pour eux, sont loin d'être bénins. Celui-ci est dans un milieu qui ne lui est pas familier et les soignants sont des inconnus qui lui font des actes douloureux et lui pose énormément de questions. Ainsi, je me questionne sur les bienfaits que peut avoir la distraction durant un soin avec un enfant ? De quelle façon les soignants arrivent à exécuter à la fois un soin et à la fois une distraction et quelle place laisse-t-on aux parents. Je me demande aussi si la distraction est aisée à mettre en place dans une prise en soin : en effet le soignant doit avoir une capacité d'adaptation liée à divers facteurs : âge de l'enfant, le soin, la douleur, le degré d'urgence... Quand est-il de la formation des infirmiers ? Je me questionne également sur la nature de la distraction employée. Dans cette situation il s'agissait d'une médiation musicale mais peut-être en existe-t-il plusieurs autres ? En quoi la distraction est-elle une alternative non pharmaceutique de pallier la douleur ou encore l'anxiété ? Comment intégrer les patients aux soins grâce à la distraction ? Peuvent-ils être des médiateurs ou au contraire des sources d'angoisses ?

3. Question de départ

Ce qui m'a le plus marqué dans cette situation est l'utilisation de la distraction à des fins bénéfiques pour le patient lors d'un soin. En effet, j'ai pu identifier une évolution dans le comportement de la patiente. Il m'a donc semblé que l'utilisation de la distraction a pu améliorer à la fois la relation soignant/soigné mais également la qualité des soins. Ainsi je me demanderais alors : En quoi la distraction impacte-t-elle la relation et la qualité des soins dans le cadre de la prise en soin d'un enfant ?

4. Cadre de référence

4.1. L'enfant hospitalisé

4.1.1. Définition

L'enfant, du latin *infans*, *-antis* signifiant « *celui qui ne parle pas* » est défini par le dictionnaire de l'Académie française comme un « *être humain de la naissance à l'adolescence* » (Définition Enfant, s.d.). Il est défini par la Convention Internationale des droits de l'enfant de 1989 comme « *tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en raison de la législation qui lui est applicable* » (Convention droits des enfants, s.d.) .

Lorsqu'un enfant est hospitalisé ou fait face à un soin, il est confronté à diverses inquiétudes qu'il est nécessaire de prendre en compte afin de comprendre tous les enjeux d'un soin. La peur est définie par le dictionnaire Robert comme suit : « *émotion qui accompagne la prise de conscience d'un danger, d'une menace* » (Peur, s.d.). Ses principales peurs sont alors :

- d'être séparé de ses parents,
- l'inconnu : l'hôpital est un milieu qui lui est complètement étranger dans lequel il peut s'associer à une situation vécue « *forcément dramatique, effrayant et empreint de souffrance (...) souvent associé au lieu dans lequel un de leur grand-parent est décédé* » (Inquiétudes de l'enfant, s.d.). L'environnement, le matériel utilisé, le personnel et le langage utilisé lui est totalement méconnu. Cette expérience peut se vouloir traumatisante, c'est la raison pour laquelle la prise en charge doit être adaptée ;
- l'atteinte de l'intégrité de leur corps : l'enfant a des représentations du soin qui lui sont propres et qui peuvent lui faire peur comme « *d'imaginer que la blessure ne se refermera jamais (...) ne pas se réveiller après une anesthésie, ne plus pouvoir marcher après une fracture etc* » (Inquiétudes de l'enfant, s.d.).
- la douleur : elle est présente chez chaque enfant et appréhendée de façon différente

Pour l'enfant ces pertes de repères successives et ces peurs « *sont autant de traumatismes cumulés susceptibles d'entraîner des troubles immédiats ou en différé, plusieurs jours, voire plusieurs mois après son hospitalisation* » (Derome, 2014, p. 10). C'est la raison pour laquelle il est important que ces différentes inquiétudes soient prises en compte dans un

but réassurance afin d'avoir une meilleure condition de soin pour l'enfant. Pour se faire, différentes solutions peuvent être amenées :

- la présence des parents est importante
- nouer le contact en se présentant et en questionnant l'enfant afin de le faire participer et le rendre acteur de ses soins tout en prenant compte son âge, l'informer soit oralement, soit en lui expliquant les soins via divers supports (illustrations, poupées, marionnettes...), par le jeu qui est « *une plateforme qui aide l'enfant à intégrer une nouvelle situation, en l'occurrence le soin* », le « *prévenir si un soin s'annonce difficile ou douloureux et l'informer simultanément des solutions qui existent* ». (Inquiétudes de l'enfant, s.d.)
- pour la douleur : pouvoir l'évaluer avec un échelle adaptée et associer des moyens pharmacologiques (médicaments, solutions sucrées, MEOPA, anesthésies locales/générales...) et non pharmacologiques (créer un climat rassurant, utiliser du matériel adapté, s'assurer du confort de l'enfant, proposer un moyen de distraction...).

4.1.2. Histoire de la pédiatrie

Avant le XIXème les hôpitaux étaient initialement dédiés à l'accueil des enfants abandonnés et orphelins.

L'« hôpital des Enfants Malades » fondé à Paris en 1802 est le premier hôpital entièrement consacré aux enfants. Cette distinction témoigne d'une « *certaine liberté avec malgré tout une politique de visites restrictive* » (Mougel, 2009, p. 17), car les parents étaient tenus à distance. Les visites étaient autorisées deux heures les jeudis et dimanches mais avec des permissions supplémentaires étaient tout de même accordées. Le rôle de l'infirmière est « *d'apporter affection et soins maternels aux enfants hospitalisés comme le recommande Florence Nightingale (1886)* » (Lombart, 2015, p. 70). Le docteur Carron fait également apparaître le terme de puériculture relatif à la « *science d'élever hygiéniquement et physiologiquement les enfants* ».

Révolution pastorienne dans les années 1880

Cette période est marquée par une accentuation des restrictions en lien avec une peur des microbes associé à un risque accru de contagions avec les visiteurs. Les établissements sont alors divisés en secteurs spécifiques pour les enfants porteurs d'affections contagieuses.

A partir de 1920, les soins s'organisent à travers des secteurs de soins en fonction de « l'organe malade, des pathologies, et les aspects psycho-affectifs sont ignorés ». Les mesures de lutte contre les maladies infectieuses sont drastiques : parents et enfants sont séparés durant des mois. La prise en compte du « *développement cognitivo-émotionnel de l'enfant et à ses besoins psycho-affectifs, participe à la conception des soins pédiatriques centrés sur le respect de l'hygiène, justifiant ainsi une discipline déshumanisante* » (Lombart, 2015, p. 70) en lien également avec des méconnaissances des infirmières et des parents sur ces sujets.

Nombreux enfants sont déplacés et séparés de leurs parents durant la seconde guerre mondiale qui mettront en exergue les effets négatifs de la séparation affective des enfants, commencent ainsi différents travaux à ce sujet parmi le développement de la théorie de l'attachement par Bowlby.

Dès 1945, la science se développe et affirme des savoirs sur les « *effets de la séparation mère/enfant et constat du « déperissement » des nourrissons sans leur mère* » (Mougel, 2009, p. 18). La politique générale de fermeture des services aux parents est alors remise en cause. En effet, déjà dès 1926, le pédiatre français Marfan met en relief l'importance de la présence de la mère auprès de son nourrisson ainsi que celle de ne pas les séparer dans un intérêt bénéfique commun au risque parfois de causer d'importants problèmes de santé tels qu'une cachexie pouvant mener jusqu'au décès du bébé. En 1947, la France crée la première spécialité infirmière avec la création du Diplôme d'État de puéricultrice afin de diminuer la mortalité infantile, l'objectif est de « *promouvoir la santé de l'enfant de moins de 6 ans, l'accent est mis sur l'éducation à la santé* » (Lombart, 2015, p. 70). L'émergence de cette spécialité témoigne d'une « *ancienneté de la réflexion à propos des soins dispensés à l'enfant* » (Lombart, 2015, p. 70).

Ainsi, à travers son évolution, nous remarquons que le rôle de l'infirmière pédiatrique se veut être « *maternant* » et répond aux besoins psychoaffectif de l'enfant » (Lombart, 2015, p. 71).

4.1.3. Développement psychomoteur

Le psychologue Jean Piaget met en évidence un lien entre le développement psychocognitif de l'enfant et celui de ses capacités motrices. Ainsi, il définit le développement psychomoteur par quatre stades. Un stade doit avoir lieu avant de passer au suivant. Ils sont développés dans le même ordre pour chaque enfant mais pas forcément au même âge. Le développement de l'enfant dépend également de son environnement et de sa faculté de le comprendre et de mettre en lien les éléments qui l'entourent.

Le premier stade est celui dit « sensori-moteur », de la naissance à environ 2 ans est caractérisé par le développement et la coordination des capacités sensorielles et motrices, une intelligence essentiellement pratique liée à l'action. À la fin de ce stade, le bébé développera une notion de permanence des objets en comprenant qu'ils existent malgré leur sortie de leur champ de vision ce qui lui permet alors d'initier un lien entre ses idées et les objets.

Le stade pré-opératoire, durant la période dite de la petite enfance, de 2 à 7 ans est marqué par l'apparition du langage. Celui-ci amène l'enfant à développer la socialisation, la pensée, l'intuition et la vie affective. Ces points sont définis par des sentiments interindividuels tels que la sympathie ou l'antipathie, l'apparition de représentations mentales – la pensée - grâce à l'intériorisation de la parole et de l'action ainsi qu'un rapport de soumission à l'adulte. C'est un âge dit « égocentrique » car l'enfant n'est pas en capacité de comprendre le désaccord avec autrui et est centré sur son propre sujet. L'intelligence sensori-motrice se transforme en pensée sous l'influence de la socialisation et du langage.

Le stade opératoire concret de 7 à 12 ans est un développement des structures mentales de l'enfant et de ses réflexions. Il entre ainsi dans une compréhension envers des points de vue différentiels le permettant de coopérer avec les autres. Durant cette période, l'affectivité est caractérisée par l'apparition de nouveaux sentiments moraux et d'une organisation de la volonté. Entre alors la notion de respect dans le cadre d'une obéissance morale ou encore la soumission aux règles communes. C'est un stade de conceptualisation et de création dans le raisonnement logique, cependant, il a encore besoin de supports concrets pour comprendre (ex : utilisation de pièces ou de jetons pour comprendre le mécanisme de la multiplication).

Enfin, le stade formel, de 12 à 16 ans est marqué par l'entrée dans l'adolescence. L'enfant progresse énormément sur ses opérations mentales et acquit un raisonnement sur l'abstrait. Il est en capacité de formuler des conclusions déductives hypothétiques et non plus basées sur de simples observations. Il est marqué par un retour vers un certain « égocentrisme » dans la croyance de sa propre réflexion. La vie affective de l'adolescent est une dimension très importante durant ce stade dans une idée de recherche de sa personnalité et d'insertion dans la société adulte.

4.1.4. Droits de l'enfant hospitalisé

L'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization pour UNESCO) cite : « *le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants* » (Charte enfant hospitalisé , s.d.). Cela prévaut toute la spécificité de cette prise en charge. En effet, l'hospitalisation d'un enfant est légiférée et repose essentiellement sur l'adaptabilité aux soins et à sa personne en prenant compte son degré de compréhension.

La Charte européenne de l'enfant hospitalisé de 1988 (Charte enfant hospitalisé , s.d.), mets également beaucoup en avant la place des parents. Elle précise que l'environnement ainsi que les soins doivent être adaptés à leurs âges, et il en va de même pour les informations données. L'équipe soignante doit également avoir des compétences spécifiques afin de répondre à leurs besoins de façon adaptée : « *l'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leurs familles* » (article 8).

La Circulaire de 1983 relative à l'hospitalisation des enfants marque le début de l'ouverture des services de pédiatrie aux parents et leur présence est devenu un devoir alors qu'elle n'était qu'un droit avant (Droits de l'enfant hospitalisé, s.d.).

4.1.5. Triade Enfant/Parents/Soignant

Même si, comme vus précédemment dans l'histoire les services de pédiatrie, la présence des parents a été controversée à plusieurs reprises et a été même considérée comme « *source*

de difficulté » (Lombart, 2015, p. 70), ils sont désormais indispensables dans l'hospitalisation de l'enfant. Leur présence participe à la réduction de la détresse de l'enfant qui se sent alors sécurisé affectivement. Bénédicte Lombart explique que le concept de « Family Centered Care » ou approche en soins centrés sur la famille « *vise à mutualiser les interventions de soignants, de la famille et des aidants naturels au bénéfice du patient* » (Lombart, 2015, p. 72). Le rôle de l'entourage est primordial dans la « *restauration et le maintien de la santé (...) il reconnaissent le soutien affectif, social et le développement font partie intégrante des soins pour assurer la santé* » (Lombart, 2015, p. 72). Ce concept se décline en quatre valeurs : « *la dignité et le respect, le partage de renseignements, la participation et la collaboration* » (Lombart, 2015, p. 72).

Ainsi, soignants et parents doivent s'allier « *conjuguer leurs efforts pour recréer un environnement suffisamment sécurisé malgré le contexte médicalisé* » (Lombart, 2015, p. 70) dans le but d'avoir la meilleure prise en charge pour l'enfant hospitalisé.

Leur présence est également légiférée par la Circulaire n°83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants, « *3-accueillir l'enfant et ses parents à l'admission, 4- admettre l'enfant avec un de ses parents, 5-faire participer les parents, 9-informer les parents au cours du séjour* » (Charte enfant hospitalisé, s.d., pp. 4-7).

4.2. La distraction

4.2.1. Généralités

La distraction est définie par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) (Distraction, s.d.) comme : « *un manque d'attention, habituel ou passager, de l'esprit occupé par autre chose que ce qui lui est proposé* ». Cette définition prend tout son sens lorsqu'elle est utilisée lors d'un soin. En effet, l'utilisation de la distraction lors d'un soin peut être le détournement de l'anxiété ou de la douleur éprouvée par le patient. La distraction dans le sens de la gestion de la douleur figure dans le champ de compétences de l'infirmière par l'article R 4311-3 (Code de la Santé publique, s.d.) : « *identifie les besoins de la personne (...) met en œuvre les actions appropriées et les évalue* ». Nous pouvons ainsi identifier la distraction à une « *action appropriée* » en lien avec les besoins du patient afin de garantir son bien-être ainsi qu'une qualité des soins.

4.2.2. Définition en pédiatrie

La distraction dans un contexte de soins en pédiatrie est définie selon Pascale THIBAUT, cadre supérieur de santé et puéricultrice, et Benedicte LOMBART, cadre de santé à l'unité fonctionnelle d'analgésie pédiatrique de l'Hôpital d'enfants Armand Trousseau, (Méthodes de distractions pour la douleur provoquée, s.d.) : « *Utilisation d'une méthode de distraction dans un but analgésique lors d'un soin douloureux, en agissant sur la composante émotionnelle et cognitive de la douleur.* ». Elles en définissent les objectifs comme suit : dans un premier temps pour « *permettre à l'enfant de faire face à l'évènement de façon positive en fonction de ses propres ressources et de l'aide que l'on peut lui proposer, lui proposer de devenir acteur dans le soin* » et dans un second temps afin de « *contribuer à la diminution de la douleur provoquée par les soins, en agissant sur l'anxiété, le stress, la peur de la douleur. Développer les mécanismes inhibiteurs de la perception douloureuse propre à chaque individu* ». Catherine DEVOLDÈRE, présidente de l'association Sparadrap et chef de service Pédiatrie d'Abbeville, elle, parle de notion de « *co-analgésie* » qui va potentialiser le rôle antalgique des moyens médicamenteux mis en œuvre (Sparadrap, s.d., p. 4:16 min). Puis, précise « *la distraction va agir contre la composante émotionnelle, affective et cognitive* ». Ces définitions démontrent en sens commun et donc tout l'enjeu émotionnel sous-jacent le soin qui est prodigué à un enfant et ce, quelque soit son âge et son stade de développement. Pour se faire, afin de mettre en place la distraction, Bénédicte LOMBART préconise la méthode dite « *V.A.K.O.G* » pour Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif (Sparadrap, s.d., p. 9:39 min). À travers ce mnémotechnique, le soignant peut tenter de réussir à capter l'ensemble de ces éléments durant le soin cela est valable pour différents âges et niveaux de développement psychoaffectifs.

4.2.3. Les niveaux de distractions

Bénédicte MINGUET (responsable humanisation des soins de la Clinique de l'Espérance CHC de Liège) présente différents niveaux de distraction (Sparadrap, s.d., p. 13:26 min) à travers l'aménagement de l'espace, la présentation d'un outils/jeu/moyen de distraction et la qualité relationnelle.

L'aménagement de l'espace et le travail sur l'environnement va permettre d'offrir une distraction à l'enfant avant même d'avoir à lui parler, il le percevra même dans la crainte : « *on a pensé à lui avant même qu'il arrive* » (Sparadrap, s.d.). Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Dijon a mis en place un parcours pédiatrique spécifique pour aller jusqu'au bloc opératoire (Stocky & Sikora, 2019). Ainsi, des autocollants représentant des animaux sont placés sur les murs, à une hauteur visible par l'enfant et il lui a été proposé de les compter, d'énoncer leur couleur, imiter leurs cris etc. Des véhicules roulants sont également proposés afin de se rendre en salle d'opération. Les sas d'accueil sont aménagés en espace de jeux afin de faire patienter les enfants avec toute sorte de jeux et supports (table et chaises à taille pédiatrique, tapis en mousse, cabane en tissu, caisse de jeux, tablette...).

Ensuite, Bénédicte MINGUET suggère de laisser à l'enfant la possibilité de choisir un jeu, un moyen ou un outil afin de lui permettre de « *passer dans un milieu qu'il ne connaît pas et qui va l'aider à se rassurer durant le soin* » (Sparadrap, s.d.). L'enfant doit alors pouvoir faire ses propres choix. Pour se faire, les services de chirurgie du CHU de Dijon (Stocky & Sikora, 2019) récoltent de précieuses informations concernant les goûts de l'enfant dès le premier contact avec lui durant la consultation d'anesthésie. Ce moment se veut être un véritable temps d'échange par lequel l'induction par exemple, sera expliquée à l'enfant à travers un masque d'anesthésie qu'il peut colorier à l'aide de feutres parfumés afin qu'il puisse appréhender le moins possible le soin. Le médecin anesthésiste « *note également le héros préféré de l'enfant, les activités extrascolaires qui peuvent servir de point de départ à un échange patient-soignant à l'arrivée au bloc. L'enfant se sent écouté* » (Stocky & Sikora, 2019). La prise en compte des goûts de l'enfant est alors primordiale afin de le faire adhérer à la distraction proposée, ainsi, la consultation anesthésie sert de guide au soignant et de tremplin afin de créer un lien avec lui. Les soignants ont également à disposition un classeur résumant les nouveaux films d'animations et leurs personnages afin de pouvoir se mettre à la page. Cela constitue un outil de référence pouvant leur servir afin d'entrer en interaction avec les jeunes patients. Des chaînes Hi-Fi et MP3 sont proposés afin d'évoluer dans une ambiance musicale. Le choix des outils doit être fait par et avec l'enfant afin de le rendre acteur de son soin.

Enfin le dernier niveau désigné par Bénédicte MINGUET est la qualité relationnelle développée durant le soin qui « *va guider l'enfant tout au long du soin dans une ambiance rassurante et relationnelle* » (Sparadrap, s.d.). Le but est de trouver un fil conducteur du début jusqu'à la fin du soin pour que ce soit rassurant. Le soignant « *crée un climat propice à une*

confiance mutuelle favorisant une distanciation avec le stress » (Stocky & Sikora, 2019). Ce dernier doit également ajuster sa communication verbale et non verbale avec un discours adapté : le choix des mots est important. En effet, il sera préférable de demander « *es-tu bien installé(e) ?* » plutôt que « *as-tu mal ?* » (Stocky & Sikora, 2019) afin de ne pas induire une réponse péjorative en lien avec les ressentis et les peurs de l'enfant. Des bisous ou bras relai à ceux des parents peuvent être bénéfiques également dans des situations où ces derniers ne peuvent être présents.

Le soignant se doit d'être très attentif à ce que l'enfant capte de la distraction et celui-ci va se saisir de ce qui lui plaît le plus, il avancera pas à pas en fonction de ce qu'il préfère. Bénédicte Lombart (Sparadrap, s.d.) considère alors qu'une distraction est réussie lorsque l'enfant est détendu et qu'il porte une attention vers le soignant et n'est pas l'attente d'un rire ou d'un sourire. La distraction fait part d'une grande disponibilité de la part du soignant car elle nécessite une volonté d'investissement et « *une capacité à se mettre en situation* » (Stocky & Sikora, 2019). Mais, le « *contact humain reste propre à chaque soignant. Leur motivation et leur écoute varient dans le temps et suivant les conditions de travail* » (Stocky & Sikora, 2019).

4.3. La relation et qualité des soins

4.3.1. La qualité des soins

La qualité des soins de santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme : « *la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité de parvenir à l'état de santé souhaité* » (Organisation Mondiale de la santé). Elle précise qu'elle doit être : « *efficaces : c'est-à-dire reposer sur des bases factuelles et être dispensés à ceux qui en ont besoin ; sûrs : c'est-à-dire éviter de porter préjudice à ceux qui en bénéficient ; centrés sur la personne : c'est-à-dire correspondre aux préférences, aux besoins et aux valeurs de chaque individu* » (Organisation Mondiale de la santé).

La qualité des soins est une dimension fondamentale dans les soins infirmiers. Elle est même légiférée selon l'article R4311-2 du Code de la Santé Publique (Code de la Santé publique , s.d.) : « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité*

technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle ». Ainsi, le cadre législatif de la qualité des soins inclus 5 points :

- la protection, le maintien, la restauration et la promotion de la santé physique et mentale des personnes en prenant compte de leur autonomie et de leur cadre de vie socio-familial
- le recueil d'informations utiles aux autres professionnels à but diagnostique ou évaluatif
- l'évaluation du degré de dépendance
- la contribution de la mise en œuvre des traitements avec la surveillance clinique et l'application des prescriptions médicales
- « *la participation à la prévention, l'évaluation et le soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes (...) et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage* » (Code de la Santé publique , s.d.)

Ce dernier point me semble être en adéquation avec l'utilisation de la distraction d'une part avec ma situation et d'autre part avec le public pédiatrique. En effet, dans ma situation, l'IDE a su identifier la situation de détresse de la patiente et a mis en place un moyen de soulagement contribuant donc à l'amélioration de la qualité du soin.

Le modèle de MacGill est basé sur la « *promotion de la santé, la participation active du patient et de sa famille et sur la relation de partenariat entre l'infirmière et le patient* » (Biro, Dervaux, & Pegon, 2005). Ce concept de santé inclus la notion de « *coping* » ajouté au développement du patient. Le « *coping* » est entendu par les auteurs comme « *habileté à composer* », cela représente « *les efforts déployés par la personne afin de composer avec sa situation problématique* » (Biro, Dervaux, & Pegon, 2005, p. 31) . Le « *développement* » vise à « *réaliser les buts que l'on s'est fixé dans la vie, implique une prise de conscience et une mobilisation de ses ressources internes* » (Biro, Dervaux, & Pegon, 2005, p. 31). Le modèle de MacGill constitue un cadre conceptuel dans la pratique infirmière dans lequel s'inscrivent alors la personne, l'environnement, les soins infirmiers et la santé. Il s'intègre dans une démarche qualitative du soin par son approche holistique du patient.

4.3.2. La relation de soin

Monique Fromarier introduit la relation de soin comme « *l'expression, l'objectivation de la démarche clinique mise en œuvre dans la prise en charge de la personne soignée* » et la relation soignants-parents-familles comme « *codifiées et imprévisibles, ce qui les rend, quelque soit le contexte, toujours délicates* » (Fromarier, 2007, p. 34). Elle inscrit la relation de soins à travers deux concepts : celui du *caring* repris de Watson et l'approche perceptuelle de Combs et Fawcett. Le but du *caring* est d'obtenir la satisfaction de la personne en favorisant le développement de ses potentialités. Elle tient compte de l'entourage et « *peut être pratiqué de façon efficace, dans les activités de soins, au travers de relations interpersonnelles* » (Fromarier, 2007, p. 36). L'approche perceptuelle de la relation de soin prends compte des représentations et des perceptions d'une personne, Monique Fromarier précise : « *ce qui prévaut dans cette approche, c'est la compréhension du comportement de la personne à partir de son propre point de vue afin de saisir ce qu'elle vit dans le moment présent et d'ajuster sa réponse à la situation telle que perçue par le patient* » (Fromarier, 2007, p. 36).

Nous référençons alors sept types de relations dans le soin. Elles sont définies en fonction des finalités de l'interaction (Fromarier, 2007, pp. 36-40) :

- La relation de civilité : elle est une interaction et répond à un code culturel et social. Elle comprends dans le soin « *des obligations sociales pour le soignant : gentillesse, courtoisie, politesse, netteté, repère identitaires (présentation de l'interlocuteur) ...* ». Elle est mise en lien avec la théorie de MacLuhan (1964) selon laquelle dans le fond est aussi important que la forme dans la communication.
- La relation de soins : elle est définie essentiellement comme informative et est majoritairement présente en secteur hospitalier. Elle consiste en un échange mutuel de connaissances avec le patient ou sa famille et est souvent mise en œuvre durant des soins techniques ou de confort, « *ce qui prime dans ce temps de rencontre, c'est le soin technique* »
- La relation d'empathie : elle prend en compte une composante émotionnelle et figure parmi les concepts les plus utilisés en soins infirmiers. L'empathie est définie par Decety (2004) comme « *deux composantes primaires : 1) une réponse affective envers autrui qui implique parfois (mais pas toujours) un partage de son état émotionnel, et 2) la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne sans confusion avec ses propres affects* ».

- La relation d'aide psychologique : elle est dans le soin utilisée comme un soutien de la part des soignants. Elle « *s'appuie sur la confiance et l'empathie, est une relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider, de façon ponctuelle ou prolongée, un patient (et/ou une famille) à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui. (...) chaque personne en fonction de son seuil de tolérance, aura plus ou moins besoin d'aide psychologique.* »
- La relation thérapeutique : elle est utilisée en psychiatrie et a « *pour but de soigner le patient (...) dans le cadre d'un projet de soins thérapeutiques* ».
- La relation éducative : elle est mise en œuvre dans le soin « *lorsque pour des raisons de santé, le patient doit changer d'habitudes de vie (...) ou doit pratiquer des auto-soins* ». Elle comprend diverses approches : psychologique, cognitive et technique et repose sur l'observance pour être menée à bien. Elle peut-être concomitante à la relation d'aide.
- La relation de soutien social : ici, le « *rôle du soignant se situe à l'interface entre le patient et sa famille* » Elle repose donc sur le soutien de la famille et du patient en fonction de l'état de santé de ce dernier. Cette relation repose sur quatre grands domaines : le soutien émotionnel, le soutien d'estime, le soutien matériel et financier et enfin le soutien informatif.

Monique Formarier met en lien la dimension qualitative du soin avec celle de la relation de soin. Elle explique le contexte de technologie évoluant dans le soin et la charge de travail lourde mets en péril la relation de soin « *les soignants, centrés sur l'activité en cours, ne peuvent simultanément être disponibles et réceptifs psychologiquement* ».

4.3.3. En pédiatrie

La prise en charge de l'enfant hospitalisé est inscrite dans une démarche qualitative et à échelle nationale. Elle figure en effet dans le critère 19a « *population nécessitant une prise en charge particulière* » de la V2010 . La Haute Autorité de Santé (HAS) prend en compte dans cette démarche qualité un projet de prise en charge adapté avec un repérage et une évaluation de leurs besoins dans le respect de la Charte de l'enfant hospitalisé.

Nous aborderons maintenant la notion de « *care* » en pédiatrie à travers l'ouvrage de Bénédicte Lombart qui nous la présente comme une conception holistique du soin. Nous

pouvons mettre en relation cette notion avec notre chapitre car elle englobe les concepts de qualité et de relation de soin en pédiatrie. Cette théorie du « *Care* » soit le « *prendre soin* » a été proposée par Jean Watson, infirmière et professeure en sciences infirmières à l'Université du Colorado. Ce concept promeut une « *attitude empathique et une individualisation des soins. L'attention se porte au malade dans son environnement, dans sa singularité (...) en s'appuyant sur les ressources personnelles de celle-ci* » (Lombart, 2015, p. 68). Ce terme anglais traduit à la fois la notion de soin et de sollicitude.

Il est intéressant de s'attarder à la polysémie de ce terme et de le mettre en relation avec le public pédiatrique. Joan Tronto, politologue et professeure de sciences politiques, propose alors quatre phrases qui s'inscrivent dans les soins que l'on peut prodiguer à un enfant (Lombart, 2015, p. 69) :

- « *L'enfant a besoin de que l'on se souvienne de lui pour pouvoir se développer et grandir : « caring about »*
- *L'adulte doit « se charger » de l'enfant en assumant des besoins spécifiques que l'enfant ne peut satisfaire par lui-même : « take care of »*
- *L'enfant par son seul statut et none n raison d'un handicap ou d'un déficit n'est pas autonome. Il faut lui donner concrètement des soins : « care giving »*
- *L'enfant réagit aux soins qu'il reçoit, à la sollicitude qu'on lui témoigne : « care receiving »*

La « *prise en soin* » d'un enfant incombe à la base au rôle des parents. Cependant, lorsque l'enfant est touché par la maladie, ce rôle revient alors en partie à celui de l'infirmier : « *la construction des théories infirmières relatives aux soins des enfants est profondément marquée par ce transfert des besoins vers le domaine médical* » (Lombart, 2015, p. 69). Bénédicte LOMBART décrit les principes du « *prendre soin* » en pédiatrie par « *la conjugaison des aspects psychologiques, affectifs et curatifs (...) les concepts intègrent le développement et les besoins psycho-affectifs de l'enfant en lien avec son environnement* » (Lombart, 2015, p. 71). Nous pouvons mettre en relation ce chapitre avec la notion de « *care* » avec ceux précédemment vus incluant la spécificité de la prise en charge d'un enfant, la distraction et la relation et qualité des soins. En effet, le « *care* » repose sur « *la distraction et le détournement de l'attention, hospitaliser l'enfant dans un environnement adapté à son âge* » (Lombart, 2015, p. 73) et inclus les éléments suivants (Lombart, 2015, pp. 73-74) :

- « *adapter l'information, en particulier par le biais du jeu* », « *obtenir la coopération de l'enfant lors des soins* » « *réduire la détresse et l'anxiété* » dans le but d'améliorer les conditions d'hospitalisation de l'enfant.
- Le développement d'un courant de pensée autour de la communication positive parents/enfants qui suggère de mieux accueillir et respecter les émotions de l'enfant.
- L'individualisation des soins : « *prendre en compte l'enfant en qualité d'être en devenir qui nécessite un support social affectif et émotionnel spécifique. Valoriser les compétences et l'imaginaire de l'enfant en associant ses parents* ».
- Connaître le développement de l'enfant et s'adapter à ses attentes
- Développement de la relation d'aide et de confiance : « *inverser un modèle usuel de rationalisation des soins. Renoncer à inviter l'enfant à entrer dans l'univers rationnel médical qui justifie les soins mais à l'inverse chercher à rejoindre l'univers de l'enfant afin d'établir une relation de confiance aidante et de confiance pour le soigner* ».

L'enjeu de la prise en charge en charge d'un enfant d'un point de vue qualitatif réside derrière la mémorisation du soin. Quelque soit son âge, l'enfant gardant un mauvais vécu précédemment aura une « *mauvaise visualisation du soin entraînant des pleurs dès la mise en place du garrot par exemple* » (Sparadrapp, s.d., p. 5:21 min). Le but sera de permettre à l'enfant de retenir la meilleure expérience possible du soin pour de futures hospitalisations et ainsi assurer une qualité dans la prise en charge actuelle et ultérieure : « *la mémorisation de bons moments grâce à la prise en charge holistique, permet au jeune patient d'aborder les soins hospitaliers avec une meilleure préparation* » (Stocky & Sikora, 2019).

Il est alors essentiel, lorsque la situation le permet (sauf cas exceptionnel d'urgence vitale) de rechercher l'obtention du consentement de l'enfant. Ce dernier peut alors exprimer un refus, à noter que le « *refus d'un enfant peut-être une première étape du processus de décision, dans le sens où il exige une explication complémentaire* » (Vaucher, 2022, p. 45). Une négociation est dès lors mise en œuvre. Celle-ci peut être faite grâce à la distraction et/ou avec l'aide des parents comme nous l'avons vu précédemment. Le consentement lors de soins et examens peut avoir plusieurs formes : « *hochement de tête, le fait de saisir la main tendue d'une soignant-e ou encore un déplacement silencieux en direction de la salle de consultation* » (Vaucher, 2022, p. 42). Il est important pour le soignant de ne pas faire d'amalgame entre compliance et consentement. La compliance est utilisée pour son côté « pratique » et désigne « *l'adoption par une personne d'un comportement pourvoyeur de résultats escomptés*

potentiellement positifs en accord avec la prescription ou le conseil d'un professionnel de santé. Elle comprend à la fois l'adhésion au traitement et le fait de se plier aux demandes des soignant-e-s durant un examen ou un soin » (Vaucher, 2022, p. 44). Le consentement est lui « d'avantage éthique, visant notamment à soigner la relation », ce qui ramène à une notion de qualité des soins et de relation de soins. La recherche du consentement prend son sens dans la personnalisation du soin et place l'enfant au cœur de son soin en le rendant acteur de ses décisions.

Afin d'améliorer les conditions d'hospitalisation et la qualité des soins, Bénédicte LOMBART propose ces recommandations professionnelles (selon les références de Sparadrap et Pédiadol) (Lombart, 2015, p. 73) :

- *Évaluer, prévenir et traiter la douleur de l'enfant*
- *Assurer la continuité du soutien parental et familial*
- *Permettre la présence des parents tout au long de l'hospitalisation*
- *Adapter l'information en particulier par le biais du jeu*
- *Réduire la détresse et l'anxiété de l'enfant lors des soins*
- *Obtenir la coopération de l'enfant*
- *Adapter l'éducation thérapeutique auprès des enfants atteints de maladies chroniques de manière ludique pour favoriser son développement et sa croissance (école à l'hôpital, intervention des clowns...)*

5. Enquête exploratoire

5.1. L'outil : entretiens semi-directifs

Afin de poursuivre mon questionnement et de pouvoir récolter un maximum d'informations complémentaires, j'ai effectué mon enquête exploratoire par le biais d'entretiens semi-directifs. Cet outil se définit par Lorraine Savoie-Zajc, professeure émérite en sciences de l'éducation, comme suit : « *technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives* » (Imbert, 2010). Ainsi, cette méthode m'a permis d'adapter au mieux mes questions et ma réflexion. J'ai posé une question inaugurale afin de laisser libre court à la parole sans induire une réponse de ma part. Mais, à la fois, je peux tout de même mener un entretien structuré par les biais de sous-thèmes que j'ai préparé au préalable et adapté en fonction des réponses apportées. Cela m'a permis de cibler les axes que je souhaitais aborder moi ou encore de rebondir sur d'autres exprimés par mon interlocuteur. Étant dans une démarche réflexive notamment dans une interrogation qualitative des soins, cet outil m'a semblé le plus adapté et me permet de recueillir une certaine diversité de réponses dans un temps raisonnable.

5.2. Population et lieu d'investigation

J'ai mené mes entretiens auprès de cinq infirmières de deux services et spécialités différentes.

Dans un premier temps, j'interrogé des infirmiers du service des urgences pédiatriques. Ce service accueille les enfants et leurs parents généralement dans des situations de stress intense. Ceci m'a permis de savoir si l'infirmier a recours à la distraction en situation d'urgence. La qualité des soins dans cette situation est mise à rude épreuve car il s'agit d'un moment de stress intense pouvant engendrer des difficultés dans la prise en charge et dans la gestion du soin dans la phase aiguë de la douleur ou de l'anxiété au sein de la triade parents/enfant/soignant. Je souhaite alors savoir si l'utilisation d'une distraction nécessitant peut-être un peu plus de temps à mettre en place constitue un frein dans la prise en charge urgente ou si elle est un atout dans une temporalité d'hospitalisation courte.

Ensuite, je souhaite confronter cette prise en charge en phase aiguë de la douleur ou de l'anxiété à celle d'une prise en charge plus chronique avec des enfants ayant une hospitalisation plus longue. J'ai mené des entretiens auprès d'autres infirmiers dans un service de soins accueillant des patients ayant une certaine « habitude » des soins et des hospitalisations. Ce dernier aspect me semble intéressant car les soignants peuvent avoir prit le temps de mieux connaître les patients, il y a une certaine chronicité au niveau des soins. Ainsi, je cherche à savoir si la distraction utilisée a un impact différent sur le soin et la relation compte tenu de ces éléments pré-cités.

J'ai choisi de mener ces entretiens dans un centre hospitalier car je pense que les professionnels de santé interrogés exerçant dans ces services accèdent à un large panel de soins mais aussi d'enfants et leurs pathologies. Ainsi, cette diversité d'expériences professionnelles me permettent d'enrichir au maximum les informations que j'ai pu récolter auprès de ces infirmiers.

5.3. Réalisation de l'enquête

Après validation de mon outils (Annexe 1), j'ai envoyé une demande d'autorisation auprès d'un centre hospitalier afin de pouvoir mener mes entretiens (Annexe 2). Une fois l'accord obtenu, j'ai contacté les cadres de santé des services demandés afin de convenir de rendez-vous pour mes entretiens. Les infirmières interrogées étaient en poste. J'ai donc réalisé mes enquêtes au sein des services des urgences pédiatriques et de chirurgie pédiatrique (Annexes 3 à 7). J'avais initialement prévu 6 entretiens mais je n'en ai mené que 5, faute de temps et également car deux d'entre eux ont duré environ 30 minutes au lieu de 15 minutes. J'ai donc pu avoir des apports suffisamment complets et divers à travers les professionnels de santé.

Avant de débiter mes entretiens, je me suis présentée, avec le thème de mon mémoire de fin d'études ainsi que la tranche d'âge ciblée. J'avais également précisé la durée idéalement prévue et informer de l'anonymat des lieux et des personnes. Lors de ma retranscription, j'ai donc renommé les infirmières et puéricultrices. J'ai enregistré ces entretiens avec mon téléphone portable personnel. Quelques infirmières m'ont demandé ma question de départ avant de commencer l'entretien ce qui je pense, a parfois pu influencer les réponses.

5.4. Synthèses des entretiens

5.4.1. Entretien N°1

Cet entretien a duré 15:25 min. J'ai interrogé une infirmière que nous appellerons Marie. Elle est diplômée depuis 2019 et a eu un parcours de stage accès essentiellement sur la pédiatrie. Elle a ensuite travaillé dans un service de réanimation spécialisé dans les cardiopathies congénitales, puis comme « panseuse » au bloc opératoire et enfin aux urgences pédiatriques où elle est actuellement.

Selon elle, la spécificité de la prise en charge de l'enfant est d'abord mise en relation avec la prise en charge des parents mais aussi sur les émotions de l'enfant. Elle fait une comparaison avec la prise en charge de l'adulte en expliquant que l'adulte sait pourquoi il est là - soit pour le soigner - et qu'il accepte et adhère mieux aux soins car il veut être guéri. A contrario, l'enfant est là par contrainte, suite à une décision de ses parents. Il ne sait pas et ne comprend pas pourquoi il est là. Marie décrit les parents comme de véritables alliés et comme aidants dans la majorité des situations, ils sont un « soutien et une aide ». Elle les sollicite afin de les rendre acteurs du soin dans la mise en place de la distraction. Leur présence est évoquée comme vraiment bénéfique au sein de la relation de soin.

Afin de personnaliser un soin elle met en place diverses actions verbales et non verbales. Elle dit dans un premier temps qu'elle explique le soin à l'enfant, elle se met à sa hauteur ou encore modifie son intonation de voix. Elle adapte son approche selon l'âge de l'enfant et ses centres d'intérêts. Elle donne également des récompenses (jeux, diplômes du courage...) si le soin s'est bien passé. Elle se sert également de jouets ou de doudou avec lequel l'enfant est venu et l'intègre au soin en faisant le même soin sur le doudou de l'enfant par exemple.

Marie arrive à créer une relation de confiance essentiellement grâce à la communication. L'échange qu'elle va initier avec l'enfant prend en compte les explications du soin, les mots employés et le choix des mots utilisés : ne pas utiliser des mots péjoratifs ou induisant une douleur. Elle explique qu'il lui est par contre difficile de ne pas utiliser le mot « petite » afin de minimiser le soin car ce n'est pas l'emploi de ce mot qui amoindrira forcément l'appréhension et la douleur pouvant être ressentie par l'enfant. La seconde difficulté qu'elle aborde est lorsque

l'enfant est en opposition aux soins. Dans cette situation-là elle fait appel aux parents car selon elle, son rôle a elle est de soigner et venir en aide à l'enfant et non de le réprimander ou de le reprendre à l'ordre. Ensuite, elle explique que la notion de consentement n'est pas toujours obtenue auprès de l'enfant. Tout comme la relation de confiance, parfois l'enfant adhère aux soins mais parfois non et il en est de même pour le consentement de l'enfant. Elle cite le KALINOX en s'appuyant sur une situation vécue récemment où l'enfant était dans un refus total des soins au premier abord mais le KALINOX a permis une adhésion et un apaisement de l'enfant. Cependant, elle émet un bémol à l'utilisation de ce produit car chaque enfant ne réagit pas de cette façon et parfois son utilisation peut ne pas s'avérer désavantageux.

Pour elle, la distraction a pour intérêt l'acceptation des soins, son but étant qu'ils se passent le mieux possible. Elle l'utilise afin que l'enfant garde un bon souvenir du soin et de son hospitalisation, qu'il n'ait pas peur du personnel médical et du monde médical en général. Elle précise qu'elle souhaite que l'enfant « garde son âme d'enfant » et sa « naïveté » (L.93). Elle l'utilise de façon systématique et dès son entrée dans la chambre, le but étant d'attirer sa sympathie dans un premier temps afin de créer un climat de confiance. Elle revient à ce qu'elle a dit précédemment à propos de la relation de confiance, c'est-à-dire qu'elle choisit certains mots. Par exemple en entrant dans une chambre elle dit systématiquement « coucou » alors que c'est un vocabulaire qu'elle n'utiliserait pas chez un adulte. Elle revient également sur les actions « non verbales » dont elle avait parlé en amont en parlant des éléments visuels qu'elle porte sur elle tels qu'un tour de cou ou des chaussures customisées à l'effigie de personnages de dessins animés bien connus des enfants. Ainsi elle va chercher à faire interagir l'enfant avec son environnement, d'attiser sa curiosité. Cela lui permet d'entrer en contact avec les enfants, de les faire sourire ou parler afin dit-elle de les « amadouer ».

5.4.2. Entretien N°2

Cet entretien a duré 27:23 min. J'ai eu cet entretien avec une puéricultrice que nous appellerons Marion. Elle est infirmière depuis 12 ans et puéricultrice depuis 1 an et demi. A l'obtention de son diplôme d'infirmière en 2011, elle a exercé durant 9 mois en gériatrie et depuis elle a fait carrière en pédiatrie. Elle a travaillé dans divers services : de nuit en médecine pédiatrique nourrissons (de 0 à 4 ans), de jour en médecine et chirurgie pédiatrique (de 0 à 15 ans). Elle s'est spécialisée en tant que puéricultrice par promotion professionnelle et à sa sortie a exercé durant un an sur le Pool de remplacement de l'hôpital public où elle a tourné dans

divers services : néonatalogie, maternité, urgences pédiatriques.. Elle est actuellement en poste aux urgences pédiatriques depuis le mois d'octobre.

Marion distingue à travers la spécificité de la prise en charge de l'enfant des tranches d'âges qui ont elles-mêmes leurs singularités : elle ne prend pas en charge de la même manière un enfant de 3 ans qu'un enfant de 12 ans. Elle précise que la spécificité réside dans l'explication du soin avec l'utilisation de mots adaptés tout en étant dans une démarche informative et intégrative de l'enfant afin de ne pas le surprendre. L'approche et la temporalité est différente ce qui lui permet de gagner la confiance de son jeune patient. Selon elle, l'enfant n'a pas conscience de tout et a un rapport particulier à la maladie. Les pathologies sont différentes également, et pas forcément tolérées de la même manière, de même pour la douleur.

Pour elle, la prise en charge de l'enfant va de pair avec celle des parents qu'elle considère eux-mêmes comme des patients à part entière également. C'est une dyade indissociable. Elle parle d'une évolution dans l'inclusion des parents aux soins de leur enfant en faisant référence à une période où ils n'étaient pas intégrés lors de gestes invasifs car ils étaient considérés comme anxiogènes pour l'enfant. Désormais, ils sont inclus durant toutes les prises en charge, même durant les réanimations, intubations ou gestes d'urgence. Elle explique que quelqu'en soit l'issue, il est primordial que les parents assistent et voient les gestes entrepris. Ainsi, la présence des parents se veut bénéfique et importante pour l'enfant à des fins surtout de réassurance. Leur présence lui est également bénéfique afin de mener à bien son soin, aussi, il est important d'informer l'enfant et les parents. C'est d'ailleurs par eux qu'elle va recueillir le consentement. Elle s'attarde sur cette notion de consentement en précisant que l'avis est demandé à l'enfant, elle tente de faire le maximum pour obtenir son adhésion au soin. Cependant, s'il exprime un refus, l'avis qui primera sera surtout celui des parents car ce sont eux qui ont l'autorité parentale et qui vont donner le consentement au soin d'un point de vue légal.

Marion rajoute que parfois elle doit faire sortir les parents du soin lorsqu'ils sont trop submergés par leurs émotions. En général, elle essaie de les ramener au soin et de les recentrer sur leur enfant afin de les éloigner de leurs propres peurs. Enfin, quelques fois elle dit qu'il lui arrive de les recadrer lorsqu'ils vont être trop intrusifs dans le soin ou qu'ils la mette en porte à faux par rapport à l'enfant en menaçant de faire une piqûre s'ils ne se conduisent pas bien, par exemple. Dans ce cas, elle recontextualise la situation de soin en expliquant qu'elle est la

professionnelle de santé et que son rôle est de soigner et qu'eux sont les parents et qu'ils sont là pour leur enfant. Elle ne considère pas les parents comme des alliés afin d'entrer en relation avec l'enfant. Elle explique qu'elle rentre elle-même en contact avec l'enfant par sa posture de soignante. Pour se faire, elle va parler de choses personnelles, de ses propres expériences et user de bienveillance. Son vécu lui sert de tremplin pour personnaliser son soin et mettre en place une distraction adaptée. Elle s'appuie également sur l'observation de l'enfant en regardant s'il porte des vêtements avec des personnages de dessins animés par exemple, et elle initie un interrogatoire afin de mieux connaître l'enfant et de tisser ainsi un lien avec lui. Elle précise que les enfants de 3 à 5 ans sont plus ouverts à une discussion tandis que les plus grands seront un peu plus sur la retenue.

Selon Marion, la relation de confiance repose essentiellement sur l'explication des soins, quelque soit l'âge de l'enfant afin de ne pas lui faire peur. Elle explique que le choix des mots est important avec des mots qu'elle qualifie de « diabolisants » tel que « piqûre » par exemple. Aussi, certains mots peuvent être interprétés soit de façon rassurantes soit à l'inverse, faire écho à des craintes voire des angoisses. Elle précise que quelque soit le nombre de fois que l'enfant a affaire à un soin, l'explication doit toujours être donnée afin de privilégier la relation de confiance. La prise en compte de la douleur est une donnée importante pour Marion. Elle explique que le fait de la prendre en compte, de l'évaluer grâce à des échelles adaptées avant et après la prise d'antalgiques pour en estimer l'efficacité permet de faire prendre en compte à l'enfant qu'elle est là pour lui venir en aide.

Pour elle, la distraction a une utilité dans le soin car l'enfant n'est pas toujours en capacité de comprendre pourquoi on doit lui poser un cathéter, par exemple. Elle explique qu'il faut détourner son attention afin de limiter la douleur. Elle utilise également le MEOPA, l'hypnose, la musique, les écrans, l'hypnose, les parents ou encore une simple discussion avec son patient pour lui faire penser à autre chose. Elle dit l'utiliser de façon systématique car elle se sent à l'aise avec et elle en a l'habitude en collaboration avec l'auxiliaire de puériculture. Selon elle, la limite de l'utilisation d'une distraction est dans la pratique de soins invasifs très douloureux tels qu'une ponction lombaire, ce malgré les prémédications. La distraction est peu efficace face à une douleur trop intense et c'est un soin sur lequel elle questionne sa pratique professionnelle et ne trouve pas de solution afin d'outrepasser cette limite.

5.4.3. Entretien N°3

Cet entretien a duré 14:37min avec une infirmière jeune diplômée de juillet 2022 que nous appellerons Margaux. Margaux a d'abord commencé par le service des urgences pédiatriques durant 3 mois et travaille actuellement en chirurgie.

Elle explique que pour elle, la prise en charge en pédiatrie est particulièrement spécifique car le monde médical ne leur est pas familier ni dans les locaux ou le vocabulaire employé, c'est la raison pour laquelle il faut tout leur expliquer. Elle précise que l'enfant est tout à fait en capacité de comprendre le soin si on lui explique de façon adaptée et que c'est ce qui permet qu'un soin se passe bien. Elle explique que cette notion est importante car l'enfant ne doit pas être traumatisé par le soin qui va lui être fait afin de pouvoir revenir avec le moins d'appréhension possible si une autre hospitalisation venait à se présenter. Pour elle, cela conditionne la prise en charge de l'adulte qu'il deviendra afin qu'il puisse aborder le soin de façon moins anxieuse ou stressante.

Les parents pour elle font partie intégrante de la prise en charge de l'enfant. Elle explique qu'il s'agit de leur élément repère, que si les parents ont confiance en elle, l'enfant ressentira cette confiance également et se laissera plus facilement soigner. Margaux dit souvent utiliser des peluches afin de personnaliser ses soins. Elle va aussi utiliser l'humour et elle va rechercher un élément qui peut distraire l'enfant et auquel il va pouvoir adhérer. Elle explique que le fait d'inclure les parents dans les soins c'est-à-dire parfois une montrant le soin sur eux, l'enfant peut être rassuré. Elle demande le consentement de l'enfant et lui explique le soin et privilégie une discussion autour des goûts et des hobbies de l'enfant afin de détourner son attention.

Elle construit la relation de confiance dès son arrivée en chambre par des attitudes verbales et non verbales : explications des soins, se mettre à la hauteur de l'enfant, regard, gestuelle douce, mise en place de diverses distractions... Elle explique que pour mener un soin à bien, dans un premier temps elle crée une relation de confiance puis elle explique son soin afin que l'enfant ne soit pas surpris et surtout que sa démarche n'est pas entreprise pour lui faire du mal. Cette relation est inscrite dans une certaine temporalité et elle affirme que la relation de confiance lui permet d'obtenir en général le consentement de l'enfant car elle dit que l'enfant se laisse plus faire durant le soin.

Elle considère que la distraction permet de mettre en place une relation au sein de la triade enfant/parent/soignant. Elle permet de détendre les parents ce qui leur permet d'être en confiance avec les professionnels de santé et que du coup, à travers le ressentie de ses parents, l'enfant sera en confiance lui aussi. Cela lui permet de préserver une qualité des soins pour chaque protagoniste du soin, si parents et enfant sont moins stressés, elle dit être dans de bonnes conditions de travail. Il n'est pas simple émotionnellement pour elle de faire des soins sous contraintes et avec un enfant réfractaire aux soins.

Concernant la notion de fréquence d'utilisation de la distraction durant les soins, Margaux exprime dans un premier temps qu'elle ne l'utilise pas systématiquement car parfois il y avait des parents qui avaient eux-mêmes instaurés et mis en place la distraction. Elle a ensuite réajusté ses propos en disant qu'elle ne mettait pas toujours en place d'elle elle-même la distraction mais, cependant elle était tout de même utilisée parfois par un tiers (enfant ou parent). Elle explique que lorsque les parents mettent en place la distraction, elle trouve que cela est plus naturel que lorsque c'est elle.

La limite de la mise en place d'une distraction est lorsque l'enfant est trop angoissé, trop stressé et dans un refus de soin. Ce sont des mises en situation qui la mettent en difficultés car elle dit ne pas avoir l'impression d'avoir obtenu le constamment de l'enfant et elle est pourtant confrontée à l'obligation de le faire quand ce sont des choses urgentes. Elle explique que dans ces situations-là, elle privilégie le travail en équipe et sollicite beaucoup les auxiliaires de puériculture de son service. Elle utilise aussi parfois le KALINOX afin d'éviter un soin traumatique et que l'enfant parte avec un très mauvais souvenir de l'hôpital.

Elle n'a pas encore de formation mais elle souhaiterait faire une formation à l'hypnose. Au cours de sa formation d'IDE, elle a pu observer des professionnels de santé l'utiliser durant les soins. Elle porte un intérêt à cette pratique plus particulièrement dans la gestion de la douleur.

5.4.4. Entretien N°4

Cet entretien a duré 16:35 min avec une infirmière que nous appellerons Raphaëlle. Elle est infirmière diplômée depuis 5 ans. A l'obtention de son diplôme elle a exercé dans un service d'hépatologie pédiatrique durant 6 mois et ensuite en chirurgie pédiatrique où elle est toujours depuis un peu plus de 4 ans.

La prise en charge de l'enfant est spécifique pour elle car il faut également prendre en charge son parent. Elle complète en disant qu'elle doit adapter son discours et son comportement en rapport à l'âge de son patient.

Pour le consentement elle l'apporte d'une autre façon et explique qu'il est plus difficile à demander qu'à celui de l'adulte, c'est pourquoi elle a recours aux parents car ce sont eux qui prendront les décisions. Ils seront aussi d'une aide durant le soin également. Elle explique que le parent est le principal acteur de la vie de l'enfant, qu'il est le lien entre l'hôpital et la maison.

Afin de personnaliser un soin, Raphaëlle raconte que dans son service, les enfants restent un peu plus longtemps ce qui les permet de mieux les connaître avec le temps, et ainsi de mieux personnaliser les soins. Elle arrive ainsi à mieux prendre compte leurs goûts et adapter la distraction en fonction. Elle explique, qu'elle adaptera la distraction à son âge et à son adhésion. Elle propose alors des distractions en lien avec le sens auquel l'enfant va adhérer le plus : toucher, visuel, auditif... Le parent sera une aide aussi dans cette quête de connaissance des goûts de son enfant, de plus, s'il est coopérant, le soins sera meilleur. Elle explique, qu'elle adapte sa distraction aussi en fonction du soin et de ce qu'il implique sur l'enfant. Elle relate des situations professionnelles en disant que parfois les enfants avaient des soins non douloureux mais qui étaient très impressionnants pour eux. Elle s'adapte donc au ressentie et à l'appréhension du soin. Pour les soins douloureux, elle utilise des antalgiques et le MEOPA. Et dans un second temps vient alors la distraction. Elle utilise le MEOPA également pour les soins non douloureux mais pouvant être impressionnants pour l'enfant, le but étant de rendre le soin le moins traumatique pour l'enfant et faire diminuer le mal être de l'enfant. Parfois elle fait participer son patient à son propre soin quand il le souhaite et elle n'avait pas recours à l'utilisation d'une distraction. Des sets d'outils étaient ouverts et mit à disposition pour distraire l'enfant également. Il qui pouvait les garder en main durant le soin, même s'il ne touchait pas le soin c'est un moyen pour lui de s'impliquer dans le soin.

Elle dit que parfois, l'enfant n'adhère pas et qu'elle n'a parfois pas le choix, qu'elle doit user de méthodes telles que la contention. Le soin est alors réalisé dans de moins bonnes conditions mais parfois il est plus simple de procéder ainsi afin que le soin dure moins longtemps. Elle propose la distraction de façon systématique mais il arrive que l'enfant n'y adhère pas, le MEOPA peut alors aider lorsque l'enfant y adhère ou à l'inverse, lorsque l'enfant n'y adhère pas elle le qualifie de « contre productif ».

Parmi les limites, elle nous parle également du parent. Parfois il exige ne pas vouloir de distraction et elle n'a nul autre choix que d'accepter de faire son soin sans. Elle parle également d'une situation d'urgence où elle essaiera de faire une ou deux distractions mais si l'enfant n'y adhère pas elle fera rapidement son soin.

La relation de confiance réside pour elle dans le fait de mieux connaître l'enfant. Le but est que l'enfant ait moins peur d'elle, d'adapter la distraction à ses goûts... Le moment est important également, quand elle sait qu'il y a un soin spécifique à faire, elle va prévenir l'enfant et le programmer au moment le plus opportun pour lui. Il est également essentiel de prévenir le parent car s'il est pris de court, il sera stressé et l'enfant le ressentira. Elle construit la relation de confiance également par l'explication des soins et surtout en l'intégrant à son propre soin, en essayant de lui faire comprendre lorsque cela est possible la raison de ces gestes qui peuvent paraître parfois très contraignants. Le fait d'impliquer l'enfant au soin facilite le consentement. Par contre, parfois il va exprimer un refus mais n'aura pas le choix de faire le soin pour le bien-être de l'enfant. Le seul moment où elle ne fera pas le soin serait si le parent exprime le refus.

Pour finir, Raphaëlle dit qu'elle a passé une formation pour la prise en charge des enfants brûlés au sein d'un hôpital voisin. Cette formation lui a permis de voir différentes pratiques auprès des professionnels de santé avec des techniques de distractions différentes et qui ont fait évoluer ses soins. Elle ajoute également avoir fait une formation des gestes d'urgence en pédiatrie et dit que le fait de maîtriser des gestes techniques lui permet d'avoir de bons réflexes et donc de pouvoir ajouter une distraction dans le soin.

Pour compléter, elle aurait aimé se former à l'hypnose qui lui aurait permis d'aider l'enfant à s'évader et à lâcher prise.

5.4.5. Entretien N°5

Cet entretien a duré 31:58 min avec une infirmière que nous appellerons Célia. Elle est infirmière jeune diplômée de juillet 2022. Son premier poste était en service de rhumatologie/dermatologie. Elle est actuellement en formation pour un master avec double diplôme de puéricultrice et master en santé. Elle travaille parallèlement en service de chirurgie grands enfants dans un hôpital.

Selon elle, la spécificité de la prise en charge de l'enfant est d'une part dans la compréhension et la représentation du soin par l'enfant. Elle explique que pour lui c'est un sujet singulier et qu'il n'est pas à assimiler à « un adulte en miniature ». Et d'autre part, elle parle aussi du rôle des parents et de leur présence qui lui est essentielle dans un but de réassurance de l'enfant. Cependant, elle relate une situation d'urgence dans laquelle elle a dû faire sortir les parents car jugés de « trop contraignants ». Les situations d'urgence sont donc pour elle un moment du soin où elle exclut les parents. Cependant, elle se questionne tout de même sur la dimension éthique à procéder de la sorte.

Afin de personnaliser son soin, Célia prend en compte des goûts de l'enfant et essaie de mieux le connaître en identifiant ses centres d'intérêts. Elle peut ainsi proposer une distraction adaptée durant son soin. Elle met en place également le MEOPA et les patch EMLA afin de préparer le soin. Elle s'adapte à chaque enfant et reste à l'écoute lors des soins, par exemple elle a des enfants qui vont vouloir regarder lorsque qu'elle fait une ponction veineuse, d'autres qui vont participer au retrait du pansement etc.. Parfois, selon les soins, l'infirmière utilise et guide le parent accompagnant pour faire un soin afin que l'enfant soit un peu plus apaisé.

Pour elle, la relation de confiance est très importante en pédiatrie. Si elle ne parvient pas à l'établir avec un enfant, elle passera la main à une collègue en poste avec elle. Afin, de la mettre en place, elle commence par se présenter. Elle personnalise sa tenue avec des éléments pouvant attiser la curiosité de l'enfant et ainsi l'inciter à initier un soin dès son entrée. Elle passe également beaucoup par l'humour, le jeu pour les enfants qui y adhèrent. Elle explique que la relation avec les parents est aussi importante car elle se répercute sur les ressentis de l'enfant : en somme, si le parent est confiant avec elle, l'enfant se sentira également en confiance. Dans son service, Célia est confrontée à des situations de soin difficiles lorsque la barrière de la langue se présentait à elle, limitant la mise en place de la relation de confiance. Elle explique qu'afin d'obtenir le consentement de l'enfant, l'explication est primordiale afin de le rassurer. Elle explique aussi que ce n'est pas parce qu'un enfant va donner son consentement une fois

que ce sera valable pour les prochaines fois. Si elle ne parvient pas à l'obtenir, elle fera un relais ou essaiera de reporter le soin.

Selon elle, si la distraction n'est pas utilisée, et que la contention est mise en place afin de faire le soin, cela est traumatique pour l'enfant. Elle décrit la distraction alors comme indispensable pour mener à bien un soin. Elle utilise par exemple, les bulles, les jeux, le téléphone... Elle émet tout de même un bémol à l'utilisation des écrans avant l'âge de trois ans. Par contre, elle explique que pour certaine prise en charge, il est difficile de proposer d'autres distraction lorsque cela sous-entend des mois d'hospitalisation. Enfin, elle raconte une situation de soin dans laquelle une enfant de 4 ans pour laquelle elle devait faire un bilan sanguin et avec laquelle elle a proposé une distraction durant le soin. L'enfant s'est totalement évadée avec la musique et dit ne pas avoir sentie la douleur de la piqûre. Le lendemain, à l'entrée de l'infirmière en chambre elle a alors demandé à faire le soin.

Je l'ai ensuite questionnée sur la notion de chronicité dans la prise en charge afin de savoir si cela avait une influence avec la prise en charge. Elle explique que le rôle des parents est essentiellement également dans la mesure où ils sont une aide afin Lemieux connaître l'enfant, ses goûts et ainsi adapter la distraction et effectuer la meilleure prise en charge possible. Elle explique qu'elle pense que la durée d'hospitalisation influence sur la relation avec l'enfant car l'univers e tel personnel lui sera un peu plus familier et cela permet aux soignants de mieux connaître l'enfant également.

5.5. Analyse des entretiens

5.5.1. Grilles d'analyse

Après ces diverses synthèses d'entretiens, j'ai fait une grille d'analyse. Celle-ci me permet de mettre en relief les éléments importants obtenus grâce à mes échanges auprès des professionnels de santé. J'ai distingué trois grandes parties différentes et reprenant les concepts de mon cadre de référence : la spécificité de l'enfant, la distraction et la relation et la qualité des soins. Chaque partie est subdivisée en plusieurs sous parties en lien avec les questions que j'ai posé et les notions abordées précédemment dans mon cadre de référence afin de pouvoir par la suite les confronter à mes entretiens.

5.5.2. La spécificité de l'enfant

Les émotions

La première partie d'analyse porte sur la spécificité de la prise en charge de l'enfant. Les professionnels de santé abordent le sujet des émotions. La prise en compte des émotions et du ressenti de l'enfant semble essentielle. Le jeune patient peut être très stressé ou peut avoir peur du soin, ses parents aussi. À ce propos, Marie dit : « *son mode de fonctionnement est très basé sur ses émotions et s'il a pas envie de faire quelque chose c'est compliqué de trouver à lui faire accepter la chose. Donc on a pleins de stratagèmes pour y arriver.* » (L.19-21). Raphaëlle quand à elle parle de transférabilité du soin au sein de chaque protagonistes de la triade parent/soignant/enfant : « *ça permet aussi à l'enfant d'être moins stressé même à nous aussi d'être moins stressé* » (L.87). Marion aussi rejoint cette même idée dans laquelle l'enfant va absorber les émotions qui l'entourent : « *le gamin il va le ressentir, c'est des éponges les enfants, ils ressentent tout* » (L.184). Elle explique aussi que l'hôpital et les soins sont étrangers à l'enfant et que sa perception est alors différente ce qui peut alors impacter fortement ses émotions. L'hôpital peut lui paraître très hostile ou encore le ramener à des situations en lien avec des événements traumatiques tels que le décès de ses grands-parents par exemple. Elle explique que la réassurance est alors importante : « *c'est très étranger pour les enfants, c'est très particulier l'hôpital. C'est un rapport à la maladie, à la mort, tout ça.. qui n'est pas comme nous donc il faut les rassurer au maximum là-dessus. Ils peuvent avoir des angoisses de mort hein. Il viennent pour un « petit truc » si on peut dire ça comme ça et ils peuvent avoir peur de mourir, ils peuvent le verbaliser alors qu'il n'y a pas de risque a priori. Voilà... ils viennent pour un petit virus, il n'y a pas de raison mais...tu sais pas ce qu'il se passe dans la tête de l'enfant, ce qu'il a vécu. Ça peut lui rappeler des choses : ben... papy il vient de décéder et c'était à l'hôpital donc lui il se retrouver à l'hôpital donc peut-être qu'il va mourir. Donc il faut vraiment les rassurer* » (L.153-161).

La triade parents/enfant/soignant

Lorsque j'ai abordé la spécificité de la prise en charge de l'enfant, toutes mes interlocutrices m'ont cités dans un premier temps les parents. Elles ont toutes précisés que lorsque l'on prenait en charge l'enfant, on prenait également son parent, c'est un véritable binôme indissociable. Il est dans la majorité du temps décrit comme aidant dans les soins et indispensable : « *c'est lui aussi qui va pouvoir aider au moment du soin, au moment de la prise en charge dans la globalité* » (Raphaëlle, L.23-26). Il est qualifié d' « *élément de repère de l'enfant* » (Margaux, L.26). En effet, il est celui qui connaît le mieux son enfant, c'est pourquoi il est décrit par Marie comme un véritable « *soutien* » (L.34).

Le parent a également un rôle dans les émotions de l'enfant comme nous avons pu abordé précédemment, les infirmières s'accordent entre elles à dire que si un parent est stressé, l'enfant le sera aussi. Mais, le parent est essentiellement vu comme bénéfique dans la relation de soin, son rôle de réassurance auprès de l'enfant est important comme le précisent Raphaëlle, Marie et Célia : « *en incluant aussi les parents dans la relation en montrant des fois les choses sur les parents pour que l'enfant soit rassuré* » (Raphaëlle, L.38-39) et « *pour l'enfant aussi c'est très bénéfique la réassurance parentale, la présence parentale.. voilà on s'est rendu compte que finalement ça nous aidait beaucoup.* » (Marie, L.68-60). Ainsi, la présence parentale avec une notion de réassurance parentale permet à l'enfant d'être apaisé en général et au soignant également. Célia partage un retour d'expérience et explique que parfois, selon le soin, elle fait participer le parent : « *le petit ne voulait absolument pas qu'on le touche. Du coup, j'ai dit à la maman « Écoutez, je vais rester derrière vous, je vais vous expliquer comment on fait* ». *Du coup, la maman je lui ai expliqué, elle a retiré le pansement, dans les règles d'asepsie et tout ça, j'étais derrière elle et ça s'est super bien passé. Le petit était plus que content et il était heureux.* » (L.91-95).

Le parent est également décrit comme le décisionnaire des actes de l'enfant : « *C'est les parents qui décident et du coup... c'est pas eux le maître de leurs actions.* » (Marie, L 25-26) ; « *ça le parent a un rôle majeur et est le principal euh.. acteur de la vie de son enfant* » (L.28-29).

Cependant, il est parfois décrit comme non aidant et plutôt comme un frein dans la relation de soin. Il est décrit ainsi lorsque que par exemple, comme le décrit Marion, il va induire une image plutôt péjorative du soignant : « *parfois quand on a des parents qui...euh.. qui disent à l'enfant « bouge pas sinon... alors tu fais ça sinon on va te faire la piqûre... » alors là c'est...*

pas très aidant.. ça arrive hein... ça arrive donc là c'est très aidant donc obligé de recadrer un petit peu à ce niveau là aussi hein... on est pas des méchants » (L.88-90). Cela la place comme malveillante dans le soin alors que ce n'est pas le but recherché, l'idée étant de soigner et créer un climat de confiance. Elle explique qu'il est rare qu'elle fasse sortir un parent du soin, cependant, lorsque cela arrive, elle essaie tout de même de le recentrer sur son enfant et sur son soin pour essayer de le garder quand même. Célia quand à elle relate à travers une expérience professionnelle que les parents peuvent « être contraignants » (L.32) par exemple durant une situation d'urgence, il s'agit donc d'un moment où elle exclut le parent du soin, mais cette situation la questionne aussi d'un point de vue éthique : « *La petite, elle a convulsé pendant plus de cinq minutes et les parents, ils étaient trop sur la petite, enfin sur l'enfant et ils ne voulait pas s'en séparer. Du coup, on a dû faire intervenir la personne de sécurité. Et là, entre qu'est ce qui est éthique, qu'est ce qui n'est pas éthique, est ce que moi, en tant que soignant, je peux faire... enfin jusqu'où on peut franchir la barrière de se dire les parents n'ont pas accès à voir l'état de santé de son enfant. (L.35-39.*

Adaptabilité au stade de développement psycho-affectif et moteur

Afin d'assurer une meilleure prise en charge de l'enfant, de ses parents et de leurs émotions, les soignants s'accordent également à dire qu'il est important de s'adapter à son stade d'évolution dans son développement psycho-affectif et moteur. L'adaptabilité est le mot clé décrit et repris par chacune d'entre elles. En effet, elles s'adaptent à l'enfant, à ses parents, à son âge et son degré de compréhension afin de pouvoir expliquer le soin à l'enfant et ainsi le rendre acteur de sa prise en charge.

Le vocabulaire médical ne leur ai pas familier et le choix des mots est très important et est cité par toutes les infirmières : : « *qu'on ne va pas avoir exactement le même vocabulaire, le même comportement » (L.15-16, Raphaëlle), « Déjà la spécificité ça va être l'explication du soin. Euh... il va falloir utiliser des mots et des termes adaptés tout en étant quand même dans l'information » (L.26-27, Marion), « il faut adapter nos mots et notre façon de faire comme on pourrait expliquer les soins que l'on va faire parce qu'un enfant c'est certes un enfant, mais il est tout à fait capable de comprendre les choses quand on lui explique avec ses mots » (L.13-16).* Marie et Marion s'accordent sur le choix de ne pas utiliser de mots ayant une connotation péjorative ou douloureuse : « *pas dire « petite » de pas dire des mots qui font mal, je sais que j'avais des collègues qui faisaient de l'hypnose et qu'il ne fallait pas utiliser des mots péjoratifs ou qui induits la douleur quand on les dit, piqure par exemple. » (Marie, L.61-64) et « c'est*

important qu'ils comprennent les choses qu'on va leur faire, avec les termes adaptés qui ne vont pas leur faire peur. Il y a des mots un peu diabolisés : piqûre. C'est toujours un peu difficile. Moi-même j'ai encore un peu des difficultés à trouver des fois termes adaptés qui ne vont pas leur faire peur et il y a certains mots qui vont pas faire peur à certains enfants » (Marion, L.129-133).

L'approche du soin est donc différente, c'est-à-dire qu'elles vont chercher d'abord à prendre contact avec l'enfant, à créer un lien, une confiance et ensuite commencer les explications avant de finalement procéder à un soin comme le précise Marion : « *Il va y avoir aussi l'approche, tu vas pas « ben voilà je vais faire une prise de sang, tac tac » donc c'est... ça prend beaucoup plus de temps il faut gagner sa confiance, utiliser la distraction.... Euh... éviter de faire en sorte qu'il soit vraiment... euh... parce qu'ils ont pas conscience de tout.. La douleur tout ça... Ils ont pas un rapport particulier à ça, la maladie » (L.33-37).*

Droits de l'enfant

Les droits de l'enfant n'ont pas été trop énoncé par les infirmières, seul Marion en a parlé à travers la notion droit à l'information et de consentement, tant pour l'enfant que pour le parent : « *l'enfant il a droit à l'information et les parents aussi » (L.28) et « en pédiatrie c'est le consentement parental qui prime légalement j'ai envie de dire parce qu'un enfant on lui demande son avis, on lui demande son consentement mais c'est le parent qui est titulaire de l'autorité parentale et qui du coup doit donner son consentement au soin. » (L.76-79).*

5.5.3. La distraction

Types de distraction utilisées

Les infirmières décrivent d'abord qu'avant de mettre en place une distraction, comme nous l'avons au chapitre précédent, il est important de s'adapter à l'enfant et de prendre en compte son âge, ses goûts ainsi que son adhésion à la distraction proposée. Marie, Marion et Margaux qui sont aux urgences et donc qui ont moins le temps pour connaître l'enfant essaient de repérer s'il est venu avec un doudou ou encore un vêtement à l'effigie d'un personnage pour s'en servir de tremplin à une discussion. Elles essaient en général de faire une distraction par la parole en essayant de capter ce que l'enfant aime. Marie, Margaux et Raphaëlle intègrent le doudou dans le soin également lorsqu'il est présent.

Raphaëlle et Célia quant à elles ont des prises en soin plus chroniques dans leur service, ce qui leur permet de mieux connaître le goûts de l'enfant et ainsi mieux adapter leur distraction. Raphaëlle prend compte du sens auquel l'enfant adhère le plus et propose ainsi la distraction en lien : « *t'as pleins d'éléments de distraction qui sont possibles et don bah on essaie de les adapter en fonction des enfants. S'il est plus musique, s'il est plus comptine on peut mettre des comptines, s'il est plus visuel on peut projeter des images au mur, s'il est plus tactile on peut proposer des peluches* » (L.48-52). Marion quand a elle a aussi parlé du jeu : « *C'est quand même important de faire passer les choses, par le jeu aussi... Parce que chez l'enfant tout passe par le jeu quasiment, les apprentissages...* » (L.209-210).

Marie et Célia personnalisent leurs tenues professionnelles avec des éléments accrocheurs : « *d'avoir des Crocs avec des petites princesses Disney avec des Minions, j'ai des princesses Disney autour du cou... On essaie de faire sourire les enfants, les faire parler un petit peu... ouais les faire euh.... Attiser leur curiosité euh.... Souvent à Noël on va avoir des boucles d'oreille avec des sapins de Noël, on va essayer de ... pas se « clownifier » mais se... décorer pour les amadouer.* » (Marie, L.104-108) et « *J'ai un badge avec un pansement et une petite montre avec une fleur. Ça fait une montre avec une fleur. Du coup, de suite, les enfants, ils sont... Enfin, les petits. Les petits, après, les plus grands, c'est un peu plus compliqué, mais les plus petits, direct, ils sont là, ils te disent « Moi, je veux ta montre. » Du coup, comme ça, tu installes cette petite relation de confiance* » (L.112-116).

Ces éléments visuels leur servent de véritables accroches pour capter une attention particulière chez l'enfant et ainsi créer un premier contact.

Margaux et Célia ont également parlé de l'utilisation des écrans, bien qu'elle soit controversée, elle s'avère être efficace tout de même. Célia précise « *moi, je mets un petit peu de bémol sur ça. Normalement, le téléphone, ce n'est pas à 3 ans, mais la question qui se pose, c'est qu'est ce qu'on pourrait faire chez un enfant de trois ans qui est dans une chambre d'hôpital pendant un mois ou deux et qui ne peut pas sortir, qui... qui est isolé.* » (L.181-184).

Les deux infirmières utilisent également le rire afin de détendre l'enfant.

Enfin, les cinq infirmières m'ont toutes parlé de la musique également, les comptines pour les plus petites et d'autres chansons pour les plus grands qu'ils peuvent choisir ou

proposer. Elles m'ont aussi toutes parlés du MEOPA afin de pouvoir détendre et apaiser l'enfant. Cependant son utilisation n'est pas toujours indiquée car parfois elle s'avère inefficace et inadaptée si l'enfant n'y adhère pas, l'effet recherché est alors contraire. Pour finir, elles ont abordé également le sujet des parents qui sont toujours indispensables comme évoqué antérieurement et sont également parfois une aide pour la mise en place d'une distraction.

Intérêts de la distraction

Les professionnelles de santé relatent qu'une distraction est mise en place afin de permettre à l'enfant d'accepter le soin comme le dit Marie : « *c'est que l'enfant arrive à accepter le soin et que le soin se passe le mieux possible...Qu'il garde un bon souvenir, qu'il n'y a ait pas de peur de la blouse blanche* » (L.90-92). Marion et Raphaëlle rapportent également cette notion de ne pas créer de traumatisme durant le soin : « *donc il faut mettre en place des choses pour détourner son attention, pour limiter sa douleur. (Marion, L.192-193) et « c'est un soin en soit qui n'est pas douloureux mais qui est très très impressionnant donc pour ces enfants-là la distraction est vraiment primordiale et en fait c'est ce qui leur permet que le soin se passe de la façon la moins traumatique possible* » (Raphaëlle, L.73-76).

Margaux et Raphaëlle, elles, s'accordent pour dire que la distraction peut aussi passer par la démonstration du matériel utilisé pour le soin accompagné d'une explication et que cela permet à l'enfant de mieux comprendre et appréhender le soin : en montrant le matériel, des fois de leur montrer ou de leur expliquer les choses ça met plus en confiance parce qu'ils savent un peu plus à quoi s'attendre » (Margaux, L.58-62). Raphaëlle ajoute que cela leur permet aussi d'être acteurs de leur soin : c'est aussi un moyen de distraction et aussi un moyen d'implication dans le soin » (L.80-81).

L'ensemble des soignantes évoquent une meilleure prise en charge, que certains enfants étaient arrivés avec énormément d'appréhensions ou de peur et que la distraction a permis de détendre l'enfant et de lui permettre une meilleure adhésion au soin.

Limites de la distraction

Elles disent toutes l'utiliser de façon systématique en général. Cependant, la distraction a tout de même ses limites. Marion évoque la question de la douleur : « *Du coup on met en place des choses pour lutter contre la douleur, parce que tu peux mettre en place toutes les distractions que tu veux, si l'enfant il est trop douloureux ou voila... Il.. forcément, il va se débattre et.. la douleur elle prend le dessus dans le cerveau, tu peux faire ce que tu veux* » (L.195-198), elle ajoute que les soins invasifs et douloureux tels qu'une ponction lombaire, elle ne parvient pas « *assez bien à maîtriser au niveau douleur et au niveau distraction* » (L.236). Margaux et Raphaëlle parlent du travail en équipe, que lorsqu'un enfant n'adhère pas à une distraction, elles vont être amenées à appeler plus de monde pour essayer de distraire à nouveau ou encore pour contentionner l'enfant car le soin doit être réaliser. Mais, pour elles, le soin est dur à réaliser lorsqu'elles doivent utiliser ces pratiques-là. Raphaëlle ajoute que parfois lorsque l'enfant est très réfractaire à un soin, aller ajouter la distraction peut l'énerver encore plus : « *si l'enfant supporte pas le MEOPA donc du coup ça permet pas qu'il adhère à la distraction et à tout ça. Si jamais tu remets des éléments par-dessus bah là en fait t'es contre productif.* » (L.101-103). Elle dit également que parfois elle n'avait pas besoin de mettre en place une distraction car elle n'était pas nécessaire car l'enfant était très intéressé et impliqué et qu'il souhaitait participer à son soin. Le parent peut également être un frein car elle dit parfois qu'il ne laisse pas mettre en place une distraction et impose alors le soins sans. Enfin, les professionnelles de santé m'ont également expliqué que pour une situation d'urgence vitale, la distraction ne pouvait être mise en place, les gestes techniques primants dans le soin.

Marie, Marion, Margaux et Raphaëlle m'ont toutes parlés de l'hypnose. Aucune d'entre elles n'y est formées mais, il s'agit d'une formation qu'elle souhaiteraient avoir car elles la décrivent comme très efficace afin de mettre en place une distraction et d'apaiser l'enfant. Marion, bien que n'étant pas formée, essaie de le pratiquer en faisant partir l'enfant par l'imaginaire : « *T'essaie de prendre un sujet, de le faire partir, de lui faire ressentir des choses donc par exemple, de la plage « tu es sur la plage, il fait bon, tu sens le sable, tu sens les vagues, t'es sur une bouée...machin.. tu bois ton cocktail* » fin voilà. Et ça ben...ça marche assez bien quand même. » (L.204-205).

5.5.4. La relation et la qualité des soins

Éléments de personnalisation du soin

Afin d'effectuer une prise en soin la meilleure possible, j'ai demandé aux professionnelles de santé ce quels étaient leur moyen de personnalisation du soin. Marie m'a parlé d'éléments verbaux et non verbaux que j'ai pu retrouver également chez les autres infirmières : « *verbal et non verbal. J'essaie de me mettre à la hauteur de l'enfant, de lui expliquer ce que j'e vais faire, de parler avec une intonation peut être différente que moi voix habituelle adulte, utiliser des mots simples en fonction de l'âge* » (L.44-47). Margaux et Raphaëlle reprennent le fait d'expliquer le soin à l'enfant avec les mots adaptés comme nous l'avons vu précédemment, en adaptant la distraction aux soins, selon les goûts de l'enfant et en les prenant en compte. Raphaëlle met en lien avec la notion de chronicité « *quand t'es dans une prise en charge de quelque chose de plus chronique déjà l'enfant tu vas apprendre à le connaitre, et puis à travers les parents déjà tu vas apprendre à savoir qu'est-ce que lui il aime et puis pendant les soin* » (L.46-48).

Relation de confiance et adhésion aux soins

J'ai ensuite abordé avec les infirmières la relation de confiance avec l'enfant dans le but de savoir comment elles procèdent afin de nouer un lien avec l'enfant durant les soins. Elles ont dans l'ensemble repris les éléments de personnalisation du soin avec des explications du soin adaptées dans le but de rendre l'enfant acteur de son soin du mieux possible quelque soit son âge. Le fait d'expliquer le soin permet à l'enfant de comprendre son soin et surtout que les soignantes ne sont pas là pour lui faire du mal mais bien pour le soigner. Margaux, Marion et Raphaëlle s'accordent sur l'importance de bien expliquer qu'elles ne sont pas là pour lui faire du mal. Marion précise que la prise en compte de la douleur est importante : si l'enfant se rend compte que sa douleur a été prise en compte, il se sent écouté et peut mieux comprendre le rôle de l'infirmière : « *on perd assez vite un enfant qui est douloureux. Et je pense qu'il faut vraiment la coter avant, après la prise d'antalgiques pour pouvoir évaluer l'efficacité. Ça, ça participe aussi à la relation de confiance de prendre ne compte la douleur de l'enfant, de la soulager.. parce que du coup il se rend compte qu'on est la pour l'aider, pour lui faire du bien, voilà... on est pas euh... on est pas là pour lui faire du mal.* » (L.149-153).

Margaux rajoute à ces notions qu'afin de créer un lien de confiance, elle se présente à l'enfant à son arrivée en chambre, elle se met à sa hauteur et avoir des gestes doux, elle dit également que cela peut se faire par le regard et de prendre le temps lorsque cela est possible. Dans des services plus chroniques comme en chirurgie ou certains soins sont programmés, Raphaëlle et Célia apportent une importance également au moment du soin : « *et puis quand on a la possibilité de pas faire le soin au réveil pile euh... voilà... peut-être dans ces moments-là on va avertir,* » (Raphaëlle, L.131-133).

Toutes les infirmières s'attachent également à dire que la relation de confiance se construit également lorsque l'enfant adhère aux soins, cela permet vraiment une qualité dans les soins et ce, grâce à la distraction comme nous le dit Margaux : « *ces éléments de distraction ça aide sur la relation avec les parents qui va aider du coup sur la relation avec l'enfant. Et puis ça permet aussi à l'enfant d'être moins stressé même à nous aussi d'être moins stressé parce qu'un enfant qui est plus détendu pour un soignant c'est plus simple de faire des soins dans de bonnes conditions que ce soit pour l'enfant, pour les parents mais aussi pour soit parce que bin un enfant qui pleure et qui hurle c'est jamais simple de le prendre en charge émotionnellement parlant pour qu'il... je parle pour moi mais je pense que c'est pas facile pour tout le monde non plus.* » (L. 85-92). De plus, cela lui permet une pérennité dans son soin aussi pour elle-même. Les autres infirmières s'accordent aussi avec elles pour dire qu'elles se sentent mieux dans leur soin quand l'enfant est coopérant. Raphaëlle explique à propos de diverses distractions que cela permet à l'enfant d'adhérer au soin et de créer un vrai lien avec elle : « *c'est vrai que c'est aussi ça qui permet euh... à l'enfant d'adhérer au soin. C'est aussi ce qui lui plaît, ce qu'il aime en permettant aussi d'avancer ensemble quoi.* » (L.55-57).

Comme nous avons pu voir dans les chapitres précédents, le rôle du parent est important durant le soin à l'enfant, notamment dans les émotions de l'enfant. En effet, comme l'explique Margaux et Célia : « *si les parents montrent qu'ils ont confiance en nous leur enfant sera plus apte à nous faire confiance et à nous laisser le soigner* » (L.26-27) *et j'ai remarqué que du moment que tu avais les parents qui étaient confiants avec toi, qu'ils étaient... qu'ils te laissaient faire* » (Célia, L.125-127). La relation avec le parent est donc primordiale, cela peut-être un avantage comme un inconvénient.

Marion, elle, ne passe pas par le parent afin de créer un lien de confiance. Elle accorde une importance à sa posture professionnelle : « *je rentre en relation avec l'enfant vraiment avec*

la posture de soignante après bah bien sûr, on est toujours dans la bienveillance donc euh... ça nous arrive de parler de nos propres expériences, de nos propres enfants pour établir un lien que ce soit avec les parents qu'avec l'enfant.. parfois c'est peut-être un peu plus facile effectivement de parler de choses personnelles hein... parce que bah forcément quand je parle de choses personnelles avec les parents bah ça fait écho donc euh.. ils se sentent peut-être un peu plus en confiance, des fois ça aide » (L.96-102)

Difficultés à la relation de soin

Tout comme la distraction, la relation de confiance a également ses limites et les professionnelles de santé se trouvent parfois face à des obstacles au sein de cette relation. La première difficulté rencontrée et abordée communément par les soignantes est le refus de soin de l'enfant. Il y a des situations où l'enfant est opposé, et ce, malgré toutes les tentatives de mise en place d'une distraction. L'enfant n'adhère pas aux soins, ni à la distraction proposée parce qu'il est trop stressé, angoissé, ou encore douloureux : *« il m'est arrivé d'essayer de mettre en place des éléments de distraction et qu'au final cela ne marche parce que bah l'enfant est trop stressé ou angoissé et qu'il refuse les soins et c'est là ou malheureusement ça devient beaucoup plus compliqué dans la prise en charge parce bah... ça nécessite plus de personnes et on arrive souvent à une prise en charge avec un enfant qui pleure et c'est là ou pour moi en tant que soignant c'est le plus dur parce que j'ai l'impression de ne pas avoir le consentement de l'enfant et c'est un peu plus compliqué parce que malgré tout on est obligé de lui faire des soins quand il s'agit des choses urgentes » (L.113-120)*. Comme Margaux le conte ici, et c'est le même constat qui est fait par l'ensemble des infirmières : même si l'enfant refuse le soin, le soin sera fait quand même car le choix ne s'offre pas, le but étant de le soigner.

Lorsqu'il s'agit de soin douloureux ou que l'enfant en lui-même est douloureux, la relation de confiance peut également être mise en péril comme j'en ai parlé au paragraphe précédent.

Marion ajoute aussi que le moment d'expliquer un soin est toujours délicat, certains mots qui pourraient nous paraître anodins peuvent s'avérer traumatiques pour l'enfant. La perception et l'interprétation de ce qu'elle lui explique est donc importante : *« il y en a ça les rassure, ça va ça passe, petit moustique pour eux c'est pas connoté voilà. Et pour d'autres ensuite, parce qu'ils ont eu des expériences particulières bah ça peut être très angoissant.*

Donc c'est toujours un moment délicat. Pour moi je trouve que c'est un moment délicat d'expliquer le soin, d'aborder ce qui va être fait. » (L.135-138).

Pour Raphaëlle, il est important d'intégrer aussi le parent dans cette relation, si la relation parent/soignant est mise à mal, la relation de confiance avec l'enfant sera aussi difficile à mettre en place : « .. essayer d'intégrer un peu l'enfant dans cette prise en charge et surtout intégrer le parent. Parce que prendre le parent sous le fait accompli... ses parents ils commencent à stresser, ils commencent à être contre ce que tu fais bah l'enfant il va le sentir tout de suite, peu importe l'âge qu'il a il le sentira... et voilà... Ça risque de ne pas aider aussi » (L.135-139).

Célia aborde un sujet qui n'avait pas été abordé avant, celui de la barrière de la langue qui constitue un véritable frein à la relation de confiance : « pour la relation de confiance, il y a un frein aussi pour la relation là où je travaille avec la barrière de la langue. Il y a des enfants qui ne parlent pas français (...) Donc du coup, quand tu es soignant et que tu ne parles pas anglais.. ou tu as des bases, mais voilà...c'est très compliqué de pouvoir aller au contact de l'enfant et au contact des parents. Généralement, les parents se mettent en retrait face à ça et ils sont... comment dire... (...) c'est ça. Ils se sentent moins acteurs dans la prise en soin de leurs enfants, exactement » (L.133-145).

Enfin, comme pour la distraction, la relation de confiance est difficile à instaurer lors d'une situation d'urgence. En effet, cette relation s'inscrivant dans une certaine temporalité, la situation d'urgence étant à l'opposé de ce concept, la technique primant sur le relationnel, le lien de confiance est difficile à mettre en place par manque de temps.

Lorsqu'elles sont en difficultés durant un soin, Marion, Margaux et Célia travaillent en équipe et font alors appel aux autres professionnels de santé en poste avec elles : « Moi je sais que dans mon service j'ai des auxiliaires de puériculture qui travaillent avec moi aux urgences pédiatriques et on les sollicite aussi beaucoup quand il s'agit de prise en charge un peu plus compliqué comme ça » (Margaux, L.123-126). Célia poursuit ce discours en précisant que si la relation de confiance ne passe pas avec elle, elle passe alors le relais : « se dire « ben oui, ce n'est pas évident, il est pas chez lui, il est dans un endroit qu'il ne connaît pas, avec des gens qu'il connaît pas » Donc, la relation de confiance dans ce milieu là, c'est « plus plus », clairement. C'est hyper important. Si tu ne peux pas installer une relation de confiance, si par

exemple, je ne sais pas, il n'y a pas ce contact, il y a pas ce truc, tu appelles à ton autre collègue ou si elle n'est pas disponible, tu reportes le soin. On fait en fonction de l'enfant » (Célia, L101-106).

Mémoire du soin

A travers ces divers entretiens, j'ai pu identifier une notion importante et témoignant d'une qualité des soins : la mémoire du soin. En effet, les infirmières tendent toujours à dire que le but du soin avec un enfant est comme nous l'avons vu, de le rendre acteur par des explications mais aussi que les soins ne soient assimilés à un traumatisme comme en parle Célia : « *en maintenant l'enfant de force pour faire un soin, et bien, ça crée un traumatisme pour l'enfant* » (L.174-175). Cela permet d'une part, que les différents protagonistes au sein de la triade vivent le soin dans les meilleures conditions possibles. Et d'autre part, cela conditionne les expériences futures de ces jeunes patients comme en parlent Marie, Marion et Margaux : « *Qu'il garde un bon souvenir, qu'il n'y ait pas de peur de la blouse blanche, de... euh... de création de ce climat de crainte envers le corps médical quel qu'il soit.* » (Marie, L.91-93) ; « *c'est important de ne jamais le prendre en traître, voilà. Parce que ça, ça va faire euh... ça va conditionner l'expérience qu'il va vivre aujourd'hui et les futures. Donc c'est très important.* » (Marion, L.143-145) et « *il faut pas qu'ils soient traumatisés par les premiers soins qu'ils vont avoir que ça soit à l'hôpital ou dans une clinique ou même juste chez le médecin parce que justement si dès le départ ils ont été bien pris en charge et qu'ils n'ont pas été traumatisés par quel que soit le soin ça permet aussi une prise en charge derrière en tant qu'adulte plus simple avec des gens qui sont moins angoissés et stressés.* » (Margaux, L.18-22).

Le consentement

La notion de consentement en pédiatrie est plus particulière. Les infirmières que j'ai interrogées ont toute fait le même constat : il est difficile à obtenir auprès de l'enfant. Elles essaient toujours d'obtenir son accord, quand bien même l'enfant refuse, sauf intervention du parent, le soin sera fait quand même.

Marion nuance et explique qu'elle essaiera surtout d'obtenir l'adhésion de l'enfant : « *On n'a pas envie d'aller de force, personne n'a envie de faire un soin de force, c'est pas le*

but. Après on est la quand même pour soigner les enfants donc à un moment donné, oui je pense qu'il faut faire le maximum pour obtenir le consentement, du moins l'adhésion. Le consentement lui il a pas trop son mot à dire » (L.168-170). Elle considère surtout que le consentement revient vraiment au parent d'un point de vue légal : « en pédiatrie c'est le consentement parental qui prime légalement j'ai envie de dire parce qu'un enfant on lui demande son avis, on lui demande son consentement mais c'est le parent qui est titulaire de l'autorité parentale et qui du coup doit donner son consentement au soin. » (L.76-79).

Célia quand à elle, ajoute que ce n'est pas parce que le consentement a été obtenu une fois à un instant que cela va se renouveler. Elle poursuit en disant : « *tu peux avoir le consentement et d'un autre, tu ... tu ne peux plus avoir et c'est à toi à aller le rechercher. Ou si c'est trop pour l'enfant, on fait une pause, on reporte le soin ou on remet le soin plus tard, on passe le relais, tout simplement. Et voilà... on passe ce relais à l'équipe de l'après-midi ou du matin ou si on est de nuit, à notre collègue de nuit et on avise quoi » (L.161-165). Lorsque la distraction n'est pas utilisée, cela engendre une contention qui peut créer un véritable traumatisme pour l'enfant : « moi, après, je l'ai vu en service... parce que j'ai des collègues qui parfois n'utilisent pas la distraction de l'enfant et qui font de force. Quand après c'est à toi, et bien l'enfant, de suite à la peur. Est-ce que c'est la solution ? Oui, tu maintiens l'enfant, voilà il bouge plus, mais il est énervé, il a peur, il est triste... » (L.175-179)*

5.6. Analyse critique de l'enquête

La réalisation de l'enquête exploratoire a été pour moi un travail fastidieux, notamment pour la retranscription qui est un travail assez répétitif et très long. J'avais pour but de réaliser des entretiens de 15 minutes maximums, j'ai atteint cet objectif pour trois mais les entretiens n°3 et n°5 (Annexe 4 et 7) ont duré 30 minutes. Pour ces deux entretiens, je ne suis pas parvenue à les écouter lorsque je les ai menés car mon interlocuteur me donnait des réponses souvent très complètes et je ne souhaitais, ni ne parvenais à lui couper la parole. Sur l'instant, je n'ai pas non plus voulu enlever certaines questions afin de respecter mon temps d'entretien car il me manquait certains éléments de réponses que je n'avais pas eu avant malgré le contenu conséquent déjà donné. Ces entretiens ont été plus longs notamment parce que les professionnels de santé que j'avais interrogé ont illustrés leurs propos avec de nombreuses situations de soin et retours d'expériences professionnelles.

Avec le recul, en écrivant ma retranscription et mon analyse, je me suis rendu compte que j'aurais aimé approfondir certains points et certains éléments qui m'ont paru plus intéressants. Mais, mener un entretien semi-directif a été tout de même un exercice difficile pour moi. Le flux d'informations est assez dense lorsque que j'écoutais les réponses et je ne captais pas toujours l'élément précis sur lequel j'aurais pu rebondir. Le choix de l'outil me semble être le plus approprié car j'étais en quête d'éléments qualitatifs. Cependant, je ne suis pas formée à cet exercice et m'étant initiée pour la première fois par le biais de ce travail, je n'ai pas su vraiment réaliser mes entretiens de façon optimale.

Le choix de la population cible me paraît insuffisante pour avoir un point de vue vraiment global des professionnels de santé. De plus, je n'ai pas pu « choisir » les infirmières et puéricultrices dans les services ce qui fait que j'ai interrogée beaucoup de jeunes diplômées et j'aurais aimé pouvoir interroger une infirmière de fin de carrière afin de savoir si du fait de son expérience les propose auraient été différents.

Le choix du lieu me paraît cohérent aussi, j'ai pu avoir des visions de la phase aiguë et chronique de la douleur ou de l'anxiété ce qui m'a permis de comparer les prises en charge. Cependant, il pour le côté chronique, je ne sais s'il était judicieux de choisir un service de chirurgie car la durée de séjour est de quelques jours. Il aurait été intéressant d'interroger des soignants dans des services où les patients ont des pathologies chroniques et ont souvent à faire à des hospitalisations, je pense aux services tels que l'oncologie/hématologie ou encore endocrinologie.

L'entretien n°2 (Annexe 4) a été particulièrement déstabilisant pour moi car la puéricultrice que j'avais interrogée me connaissais car j'étais en stage dans son service aux urgences pédiatriques et m'avait demandé en amont ma question de départ, et elle m'a également reproché durant l'entretien que mes questions étaient trop larges. J'ai dit que je comprenais son point de vue et j'ai donc dû expliquer et justifier ces choix-là. Enfin, les entretiens que j'ai mené au sein du service des urgences pédiatriques ont été un peu perturbés car le service est en travaux et il a été compliqué de trouver un endroit paisible. Nous avons donc dû échanger dans une atmosphère pas des plus agréables et dans le bruit.

6. Problématique

En confrontant mon cadre de référence à mon enquête exploratoire menée auprès de professionnels de santé sur le terrain, j'ai pu retrouver des axes communs entre mes auteurs et la pratique professionnelle.

La prise en soin d'un enfant n'est pas un exercice aisé et comporte toute sa singularité. Sa perception au monde qui l'entoure, à ses émotions et en l'occurrence, au soin, est différente. Elle est vécue de façon complètement aléatoire selon l'enfant, son âge et son conditionnement au soin. La sphère médicale et les acteurs gravitants autour de lui sont étrangers. Il fait face à des émotions et des sensations envahissantes : stress, peur, anxiété, perte de repères, douleur... L'ensemble de ces paramètres sont à prendre en compte lors d'un soin. La mise en place d'une distraction a donc tout son intérêt afin d'aider l'enfant à surmonter ces épreuves et ainsi vivre au mieux son hospitalisation quel qu'en soit la durée.

La distraction en pédiatrie s'inscrit dans une démarche qualitative, son but étant essentiellement d'améliorer le soin afin de le rendre le moins traumatique possible. La préservation d'une telle vision du soin aura une action immédiate : pendant le soin, et différée, car elle conditionne les expériences futures qui seront vécues.

Sa mise en place requiert une connaissance de l'enfant, de son développement psychomoteur et affectif ainsi que l'inclusion de ses parents. Afin de la mener à bien, le soignant doit prendre en compte les goûts et les besoins de l'enfant. Elle est décrite comme véritable outil afin de réassurance et d'adhésion aux soins. Elle sert parfois de tremplin à la création d'un lien de confiance au sein de la relation de soin.

Les entretiens auprès des infirmières et puéricultrices ont fait émerger une réalité que je n'avais pas forcément détaillée et approfondie durant mon premier travail de recherche : les limites de la mise en place de la distraction. En effet, j'ai pu tout au long de mon travail me rendre compte des nombreux bénéfices qu'apportait la distraction au soin. Cependant, parfois, il y a des situations où l'enfant se présente d'emblée comme réfractaire au soin. La distraction est proposée, à plusieurs reprises, afin d'obtenir l'adhésion de l'enfant, en vain. L'ensemble des professionnelles de santé interrogées, s'accordent à dire que le soin est tout de même effectué, ce, même si l'enfant se montre opposé au soin. J'ai moi-même pu être témoin de situation de stage similaire durant mon stage au sein des urgences pédiatriques. Le consentement de l'enfant

est recherché dans un premier temps mais alors qu'advient-il du soin face à une opposition de sa part ? Le consentement primant est celui du parent, soit le titulaire de l'autorité parentale. En somme, si le parent consent, le soin se fera malgré le refus de l'enfant. Parmi les limites figurent également la situation d'urgence et la douleur. Lorsque l'enfant est trop douloureux ou que le soin est trop douloureux, qu'aucune solution antalgique n'est suffisamment efficace et que le soin doit être fait, il sera fait encore une fois. La relation de soin et de confiance est alors mise en péril : l'enfant est algique, triste, apeuré, terrorisé, pleure... La solution généralement proposée est alors la contention et la rapidité d'exécution des gestes techniques devant être réalisés afin de clore au plus vite cet événement traumatique.

Cette dimension-là de la distraction m'amène alors à ma question de recherche : **quelle place accorder au refus de soin en pédiatrie ?**

7. Conclusion

Ce travail de fin d'étude m'a permis de me projeter réellement dans ma professionnalisation, c'est la raison pour laquelle j'avais à cœur de travailler sur un sujet ciblant la population pédiatrique.

J'ai eu dans un premier temps de la difficulté à initier ce travail car je n'avais jamais fait de stage en pédiatrie, donc je n'avais pas vraiment de notion franche de ce sujet. Afin d'étayer mon questionnement et de trouver ma question de départ, mes idées étaient assez éparées et vagues. J'avais énormément de mal à concrétiser mes idées et ce que je souhaitais rechercher précisément à travers ce travail.

Dans un second temps, dans le cadre de la fin de mon cursus scolaire, j'ai pu me confronter à nombreuses situations de soins au sein de mon stage préprofessionnel aux urgences pédiatriques. Cette expérience m'a fait évoluer par rapport au début de mon écrit. Elle a fait évoluer ma vision des soins en pédiatrie. J'ai ainsi pu me questionner sur des situations vécues en stage en lien avec mon sujet de travail. J'ai pu transposer les notions rapportées par les auteurs que j'avais répertorié à la réalité du terrain. J'ai également pu profiter de temps d'échange avec les professionnels de santé en poste de ce sujet-là.

Ce travail m'a alors apporté une évolution dans ma vision du soin et dans mon raisonnement clinique.

8. Bibliographie

Biro, P., Dervaux, M.-P., & Pegon, M. (2005). Le modèle de McGill. *N°80*(<https://doi.org/10.3917/rsi.080.0028>), 28-38.

Charte enfant hospitalisé . (s.d.). Récupéré sur Sparadrap:
https://www.sparadrap.org/sites/default/files/inline-files/Charte%20enfant%20hospitalise2017_2018.pdf

Code de la Santé publique . (s.d.). Récupéré sur
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190610/#LEGISCTA000006190610

Convention droits des enfants. (s.d.). Récupéré sur Unicef:
<https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/>

Définition Enfant. (s.d.). Récupéré sur Dictionnaire Académie: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9E1534>

Derome, M. (2014). *Accompagner l'enfant hospitalisé, Handicapé, gravement malade ou en fin de vie*. Louvain-la-Neuve: De Boeck.

Distraction . (s.d.). Récupéré sur CNRTL: <https://www.cnrtl.fr/definition/distraction/1>

Droits de l'enfant hospitalisé. (s.d.). Récupéré sur Sparadrap :
<https://www.sparadrap.org/parents/droits-de-lenfant-soigne-hospitalise/textes-officiels-en-savoir-plus>

Fromarier, M. (2007, Février). La relation de soin, concepts et finalité. *Recherche en soin infirmier*, 89(<https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>), pp. 33-42. Récupéré sur <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>

Galeuchet, M. (2018). *Soigner l'enfant par le jeu*. Lausanne: Favre.

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à l'afrentière de la santé publique et de l'anthropologie. *N°102*(<https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>), 23-34.

Inquiétudes de l'enfant. (s.d.). Récupéré sur Sparadrap:
<https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/les-inquietudes-de-lenfant-avant-un-soin-un>

Lombart, B. (2015). Le care en pédiatrie. *N°122*(<https://doi.org/10.3917/rsi.122.0067>), 67-76. Récupéré sur Recherche en soins infirmiers :
<https://doi.org/10.3917/rsi.122.0067>

Méthodes de distractions pour la douleur provoquée. (s.d.). Récupéré sur Pédialol:
<https://pedialol.org/utilisation-des-methodes-de-distraction-pour-la-prevention-des-douleurs-provoquees-chez-lenfant/>

Mougel, S. (2009). *Au chevet de l'enfant malade, Parents / professionnels, un modèle de partenariat ?* Paris: Armand Colin.

Organisation Mondiale de la santé . (s.d.). Récupéré sur Qualité des soins:
https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Peur. (s.d.). Récupéré sur Le Robert: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/peur>

Sparadrap, A. (s.d.). *A vous de jouer ! La distraction des enfants lors des soins*. Récupéré sur Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=ANQuOI5-UNk>

Stocky, A., & Sikora, E. (2019, Janvier-Février). Distraire les enfants pour réduire l'anxiété peropératoire. *Oxymag*(n°164), pp. 19-22.

Vaucher, C. (2022). Le consentement en train de se faire : (dé)accords entre enfants et soignant-e-s et micro-consentement en cardiologie pédiatrique .
(<https://doi.org/10.1684/sss.2022.0225>), 37-60.

Annexes

1 - Guide d'entretien	III
2 - Autorisation d'entretiens	IV
3 - Retranscription Entretien N°1, Marie, 15:25min	V
4- Retranscription entretien N°2, Marion, 27 :23 min	VII
5- Entretien n°3, Margaux, durée : 14 :37 min	XIII
6- Entretien n° 4, Raphaëlle, durée 16 :35min	17
7- Entretien N°5, Célia, 31 :58 min	XXII
8- Grilles d'analyse	XXXII

Guide d'entretien Travail de Fin d'Étude

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, je souhaite vous interroger. Mon questionnaire porte sur l'impact et l'intérêt de la distraction auprès du public pédiatrique âgé de 3 à 12 ans. Je poserais une première question inaugurale puis des questions secondaires portant sur l'enfant, la distraction et la qualité des soins. Cela durera environ 10 à 15min et je rappelle que cette démarche est faite de façon complètement anonyme.

Présentation du soignant interrogé

Depuis combien de temps êtes vous diplômé(e) ?
Depuis combien de temps travaillez-vous en pédiatrie ?

1- Spécificité de la prise en charge d'un enfant

En quoi la prise en charge de l'enfant est-elle particulièrement spécifique ?

Quelle place occupent les parents dans la relation de soin ?
—> Pourquoi ?

2- Relation de confiance et qualité des soins

Quels sont les éléments qui vous permettent de personnaliser un soin ?

Pouvez-vous me dire ce qui vous permet d'établir une relation de confiance avec l'enfant ?
—> Cela vous permet-il d'obtenir son consentement ?

3- Intérêt de la distraction

Quel est selon vous, l'intérêt de l'utilisation d'une distraction durant un soin ?
—> L'utilisez-vous de façon systématique ?

L'utilisation de la distraction a-t-elle des limites dans votre quotidien ?
—> Si oui, lesquelles ?

Avez-vous des formations qui vous ont apporté des connaissances et compétences en lien avec la distraction ?
—> Que vous apportent-elles dans votre quotidien ?



CENTRE HOSPITALIER [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

DIRECTION DES SOINS

☎ 04 32 [REDACTED] (secrétariat)

[REDACTED] le 20 mars 2023

Le Cadre Supérieur de Santé
[REDACTED]

Madame Marie Jeanne PIJUAN
[REDACTED]
[REDACTED]

Nos Réf. : VB/MP/23

Vos Réf. : votre courrier du 19 mars 2023

Objet : TFE

Madame,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche. Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

- Madame [REDACTED], cadre de santé des urgences pédiatriques au 04 32 75 [REDACTED]
- Madame [REDACTED], cadre de santé du service Pédiatrie Grands 04 32 75 [REDACTED]

afin de définir les modalités de réalisation de l'enquête.

Je vous prie d'agréer Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

LE CADRE SUPERIEUR DE SANTE CHARGEE DE MISSIONS à la DCGS

[REDACTED]

- 1 - **Depuis combien de temps êtes vous diplômé(e) ?**
- 2 - Depuis 2019 , ça fait du coup.... 4 ans. J'ai travaillé.... En fait la dernière année de
3 formation j'étais en fait en contrat d'apprentissage au Centre chirurgical en région
4 parisienne qui était spécialisé en réanimation dans les cardiopathie congénitales,
5 enfin... dans le service des réanimations des cardiopathies congénitales. J'ai commencé
6 à travailler deux mois et en fait euh....dès mon stage je sentais que c'était pas fait pour
7 moi parce que c'était trop tôt dans mon cursus infirmier pour retourner aux urgences
8 pédiatriques de l'hôpital où j'ai fait mes études. À la suite de ça... je suis tombée
9 enceinte, j'ai déménagé dans le coin du coup j'ai commencé à travailler... j'ai postulé
10 un peu partout. J'ai commencé à travailler au bloc opératoire de la clinique du Grand
11 Avignon en tant que panseuse du bloc opératoire et je suis là depuis novembre 2022.
- 12 - **Et du coup ça fais combien de temps en tout que vous travaillez en pédiatrie ?**
- 13 - Au final depuis le départ, tout mes stages, mon cursus de stage a été fait en pédiatrie ou
14 au moins au pôle femme/mère/enfant. J'ai fait des stage à la maternité, en crèche, en
15 néonate, aux urgences pédiatriques.... J'ai pas fait de stage en pédiatrie pure mais pas
16 mal de terrains de stages...
- 17 - **En quoi la prise en charge de l'enfant est-elle particulièrement spécifique ?**
- 18 - Parce que déjà d'une part il n'y a pas que les enfants à prendre en charge, il y a aussi les
19 parents. Et... deuxièmement parce que l'enfant.. son mode de fonctionnement est très
20 basé sur ses émotions et s'il a pas envie de faire quelque chose c'est compliqué de
21 trouver à lui faire accepter la chose. Donc on a pleins de stratagèmes pour y arriver.
22 Mais du coup c'est particulier, un adulte.... Euh... on va lui expliquer brièvement à part
23 exception et souvent ils sont là pour se soigner donc ils acceptent volontiers de le faire...
24 Les enfants ils sont contraints d'être là, ils savent pas pourquoi forcément et ils seraient
25 mieux chez eux en train de jouer en général et du coup les parents.... C'est les parents
26 qui décident et du coup... c'est pas eux le maître de leurs actions.
- 27 - **Et du coup justement par rapport aux parents, quelle place ils occupent dans la**
28 **relation de soin ?**
- 29 - Pour moi ils sont vachement aidants. Sans eux euh... souvent, la majorité du temps on
30 pourrait pas faire le soin. Ils sont hyper aidants, ils sont là pour... en fait c'est de leur
31 propre initiative qu'ils viennent pour faire soigner leur enfant du coup c'est eux qui
32 décident de venir donc s'ils n'étaient pas aidants, s'ils ne voulaient pas faire des choses,

33 ce serait compliqué pour nous euh... Eux ils sont vraiment là comme un soutien, une
34 aide même...

35 - **Et du coup ils sont toujours une aide ou est-ce que parfois ils sont un frein ?**

36 - 90% du temps c'est une aide pour moi... euh... ils sont souvent là pour nous dire ok...
37 Pour soutenir nos actions ou même si jamais on leur demande de faire quelque chose ils
38 le font volontiers, par exemple chanter ou raconter une histoire.. Ils rentrent dans notre
39 jeu, ils sont souvent avec nous. Oui, il y a des exceptions mais principalement pour moi
40 c'est positif.

41 - **Quels sont les éléments qui vous permettent de personnaliser un soin ?**

42 - La distraction que je fais pour personnaliser le soin ou ... tout ?

43 - **Ben... oui ça peut être la distraction mais c'est assez global comme question.**

44 - Ben après il y a plusieurs actions que je mets en place, verbal et non verbal. J'essaie de
45 me mettre à la hauteur de l'enfant, de lui expliquer ce que je vais faire, de parler avec
46 une intonation peut être différente que moi voix habituelle adulte, utiliser des mots
47 simples en fonction de l'âge de l'enfant, bien sûr... Je ne m'adresse pas pareil à un
48 enfant de 15 ans qu'à un enfant de 3 ans.. euh... après j'essaie de voir ce qui l'intéresse,
49 si c'est de la musique, chanter des comptines, si c'est juste parler de ses joueurs de foot
50 préférés ou... de.... Qui est meilleure dans la Pat'Patrouille....Après on a l'avantage ici
51 de proposer quelques jeux après les soins si ça s'est bien passé, des diplômes du
52 courage... des choses euh... des récompenses qu'on peut donner après... ou parfois je
53 regarde avec quoi il est venu avec quel jouet il est venu, si'l a un doudou j'inclus le
54 doudou dans le soin. Par exemple, des enfants qui ont une crise d'asthme, qui doivent
55 avoir un aérosol de Ventoline ben je mets l'aérosol un petit peu sur le doudou par
56 exemple... euh... après.... Qu'est-ce que je peux faire d'autre....D'autres exemples ou
57 d'autres ?

58 - **Euh.. peut-être sur d'autres questions. Est-ce que vous pouvez me dire du coup ce
59 qui permet d'établir une relation de confiance avec l'enfant ?**

60 - La communication, après comme avec les adultes je pense. Déjà avec les mots
61 employés, le choix des mots, l'explication du soin...euh... c'est dur de pas dire
62 « petite » de pas dire des mots qui font mal, je sais que j'avais des collègues qui faisaient
63 de l'hypnose et qu'il ne fallait pas utiliser des mots péjoratifs ou qui induits la douleur
64 quand on les dit, pique par exemple. Mais trouver des mots à la place de ça c'est
65 compliqué... Ou de pas dire petite parce qu'au final c'est pas parce que c'est une petite
66 piqûre que ça fera moins mal. Non... pour établir la relation de confiance c'est vraiment

67 la communication et expliquer ce qu'on va faire à l'enfant. Malheureusement des fois
68 ça marche pas... fin... quand l'enfant est buté... ou est très opposé aux soins, la relation
69 est compliqué à mettre en place et souvent le parent intervient à ce moment là pour dire
70 « non ça suffit ». Parce qu'on est pas là pour les gronder, on est là pour les orienter,
71 aider, les soigner amis... euh... le rôle de parent reste aux parents. Euh... et dans ces
72 moment-là c'est compliqué d'installer une relation de confiance parce que... euh.... Se
73 mets en place une opposition....

74 - **Et du coup bah ma question...bon ça sert plus à rien mais c'était « est-ce ça permet**
75 **d'obtenir son consentement, cette relation de confiance... ou pas ?**

76 - Ben... parfois oui, parfois non.. Comme du coup j'ai expliqué. Parfois oui, tout va bien
77 et du coup l'enfant accepte le soin. Après on a aussi d'autres choses dans les moyens de
78 faire accepter les soins. On a aussi le.... Des moyens tels que le Kalinox ou... J'ai en
79 tête un petit enfant il y a pas longtemps.. Ben que t'as piqué d'ailleurs.. Ou au final, on
80 a proposé le Kalinox aux parents parce que vraiment l'enfant quand j'allais le voir il
81 était anti-tout, il avait pas envie de monter sur la balance, il avait rien envie de faire
82 etc... Et au final je l'ai pas reconnu avec le Kalinox, il était bien, il bougeait pas alors
83 que juste avant il était vraiment... euh... il avait pas envie, il voulait que maman... Du
84 coup on peut dire qu'il a quand même adhéré...je sais pas...

85 - **Oui, il y a eu une évolution dans le soin.**

86 - Oui. On propose pas le Kalinox à tout le monde et tout le monde ne réagit pas pareil
87 non plus, il y en a qui au contraire, deviennent tout rouge et bougent dans tout les sens...

88 - **Et du coup pour plus axer sur la distraction, quelle est selon vous l'intérêt de**
89 **l'utilisation d'une distraction durant un soin ?**

90 - A rajouter par rapport à ça c'est que l'enfant arrive à accepter le soin et que le soin se
91 passe le mieux possible... Qu'il garde un bon souvenir, qu'il n'y a ait pas de peur de la
92 blouse blanche, de... euh... de création de ce climat de crainte envers le corps médical
93 quel qu'il soit. Après c'est surtout pour que l'enfant garde son âme d'enfant et continue
94 à jouer et continuer d'avoir cette espèce de naïveté alors que c'est quelque chose d'assez
95 sérieux qu'on fait.

96 - **Et est-ce que vous l'utilisez de façon systématique dans une prise en charge ?**

97 - Oui. Dès le départ au final on essaye de créer un..... d'attirer la sympathie de l'enfant,
98 de... De créer un climat de confiance. Oui... dès le départ au moment où on rentre dans
99 la chambre alors souvent moi je leur dis « coucou ».... Enfin le mot d'entrée va être
100 euh.... Alors que je rentrerais dans la chambre d'un patient adulte, je dirais pas

101 « coucou » et après il y a aussi ça (désignant son tour de cou et ses chaussures sur
102 lesquelles figurent des princesses biens connues des enfants). C'est ce que je disais à
103 une de tes collègues qui parlait sur le rire... euh clairement c'est pas en service d'adulte,
104 quoi que si je l'ai déjà fait, d'avoir des Crocs avec des petites princesses Disney avec
105 des Minions, j'ai des princesses Disney autour du cou... On essaie de faire sourire les
106 enfants, les faire parler un petit peu... ouais les faire euh... Attiser leur curiosité euh...
107 Souvent à Noël on va avoir des boucles d'oreille avec des sapins de Noël, on va essayer
108 de ... pas se « clownifier » mais se... décorer pour les amadouer..

109 - **Et oui du coup... utiliser tout type de distraction déjà en interaction avec l'enfant**
110 **du coup et celle de l'environnement au final.**

111 - Oui, c'est ce que je disais au départ, verbal et non verbal des choses qu'on a et qu'on
112 est...

113 - **C'est bon pour moi alors, merci.**

114 - Ben... de rien!

115

116

- 1 - **Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?**
2 - Diplômée Puer ?
3 - **Ben les deux, infirmier et Puer**
4 - Infirmière euh... depuis 2011 donc ça fait 12 ans et Puer depuis 1 an est demi.
5 - **Ok et du coup est-ce que vous pouvez peu m'expliquer votre parcours.**
6 - Euh... À la sortie de l'école d'infirmière j'ai fait 9 mois en gériatrie. Et ensuite
7 rapidement j'ai fait de la pédiatrie. J'étais de nuit dans un service de nourrissons, donc
8 médecine pédiatrique nourrisson donc de 0 à 4 ans. Euh... Et ensuite je suis passée de
9 jour dans un service de médecine et chirurgie pédiatrique de 0 à 15 ans, voilà. Et j'ai fait
10 l'école de puer en 2000... Euh je sais plus quelle année... Bon bref ça fait un an et demi
11 que je suis sortie en promotion professionnelle et il y a un et demi quand je suis sortie de
12 l'école de puer j'ai fait presque 1 an de Pool donc j'ai tourné plus ou moins. J'ai fait
13 beaucoup de mater en fait, un peu d'urgences, un peu de néonatal... j'ai un petit peu tourné
14 vite fait dans les services. Et la depuis octobre je suis en poste au urgences pédiatriques.
15 - **Ok, et du coup ça fait... euh... Ça fait combien de temps en tout en pédiatrie ?**
16 - Que je suis en pédiatrie, 12 ans. Ouais grosso modo puisque 9 mois chez les adultes. On
17 va dire aller 11 ans et demi quoi.
18 - **En quoi la prise en charge de l'enfant est-elle particulièrement spécifique ?**
19 - C'est quoi cette question ?? Là t'es sur globalité globale quand même. Ton entonnoir il
20 part de là hein... Euh... À quel niveau ??
21 - **Bah à tout niveaux...**
22 - Bah déjà ça va dépendre de son âge... Parce que toi t'es sur du 3-12 ans mais 12 ans on se
23 rapproche presque de l'adulte hein... et 3 ans c'est vraiment très ... très particulier aussi.
24 Et je pense qu'il y a des tranches d'âge en pédiatrie qui ont toutes leurs spécificités. On va
25 pas prendre en charge un bébé de la même façon qu'on prend en charge un 3 ans ou un 12
26 ans, tu vois... Déjà la spécificité ça va être l'explication du soin. Euh... il va falloir
27 utiliser des mots et des termes adaptés tout en étant quand même dans l'information parce
28 que l'enfant il a droit à l'information et les parents aussi. Donc il va falloir euh... lui
29 expliquer sans lui faire peur mais de façon à ce qu'il comprenne aussi et de façon à ce
30 qu'il soit pas surprit quand il va effectuer tel ou tel soin. Il va y avoir aussi bah... les
31 parents. Parce que quand tu prends en charge l'enfant, tu vas aussi prendre en charge les
32 parents, c'est un trio. Enfin c'est un duo quoi. T'as presque deux patients : l'enfant et le
33 parent. Et... Il va y avoir aussi l'approche, tu vas pas « ben voilà je vais faire une prise de
34 sang, tac tac » donc c'est... ça prend beaucoup plus de temps il faut gagner sa confiance,
35 utiliser la distraction... Euh... éviter de faire en sorte qu'il soit vraiment... euh... parce
36 qu'ils ont pas conscience de tout.. La douleur tout ça... Ils ont pas un rapport particulier à
37 ça, la maladie, enfin c'est très spécifique en beaucoup de points. Voilà. C'est large... On
38 pourrait en parler la journée si tu veux. Même les pathologies en elles-mêmes elles sont
39 spécifiques en pédiatrie. Les choses ne sont pas tolérées pareilles. La fièvre par exemple,
40 elle est pas tout le temps tolérées pareilles donc vraiment c'est... tout est spécifique. C'est
41 un monde à part.
42 - **Oui alors,... la temporalité n'est pas la même aussi...**
43 - Oui... ben oui oui carrément.
44 - **Et du coup, quelle place occupent les parents dans la relation de soin ?**

- 45 - Alors les parents.. et ben.. c'est.. c'est des patients. C'est-à-dire que comme je disais, c'est
46 un duo, c'est-à-dire que on a l'enfant et les parents. On ne peut pas dissocier les deux ce
47 n'est pas possible. C'est très important...euh... il y a une époque où on faisait beaucoup
48 sortir les parents notamment lors des soins invasifs ne serait-ce que pour une pose de cath,
49 il n'assistaient même pas à ce soin-là. On pensait que c'était plus anxiogène pour eux et
50 pour l'enfant euh.. de.. d'y assister alors finalement toutes les dernières études et même
51 depuis quelques années montrent qu'il faut intégrer le parent au soin, que c'est bénéfique
52 et pour l'enfant et pour le parent euh...dans le sens où le parent assiste même à un geste
53 invasif ou douloureux. On va même jusqu'à l'intubation parfois on garde les parents
54 mêmes lors de gestes d'urgence et de réanimation parce que ça leur permet de visualiser
55 ce qu'il se passe. Et même si c'est impressionnant...euh... quand on met les mots dessus
56 et quand ils arrivent à mettre des images vraiment.. qu'ils savent ce qui est en train de se
57 passer, c'est très important quoi qu'il se passe après, que ce soit une issue positive ou
58 négative, très important que les parents voient ce qu'on fait à leur enfant. Et pour l'enfant
59 aussi c'est très bénéfique la réassurance parentale, la présence parentale.. voilà on s'est
60 rendu compte que finalement ça nous aidait beaucoup. C'est rare, très très rare qu'on ait
61 besoin de faire sortir les parents lors du soin, c'est dans des situation très spécifiques où
62 les parents sont trop submergés. En général on arrive à les faire revenir et à les faire se
63 recentrer sur leur enfant. On leur dit vraiment de se concentrer sur leur enfant, « si vous
64 avez peur des piqûres, peur du sang ça arrive hein... vous ne regardez pas, vous vous
65 concentrez sur votre enfant » et quand on leur demande de se concentrer sur l'enfant en
66 général ils y arrivent et c'est très rare qu'on ait besoin de faire sortir des parents soit trop
67 submergés soit trop invasifs parce que des fois c'est « et qu'est-ce que vous faites ?
68 Pourquoi vous faites comme ça » donc là aussi il faut recadrer : « le soignant c'est moi, le
69 parents c'est vous. Voilà... vous vous êtes parents, vous vous occupez de l'enfant, de le
70 rassurer de la machin... de rester avec lui. Nous on fait notre travail. En général ça se
71 passe plutôt bien. C'est vrai qu'avant on se posait moins de question s'il était euh... s'il
72 était un peu trop machin « oh sortez » « d'accord ».. voilà. Il y en a qui sont aussi euh...
73 ben dans le sens où il faut bien tout expliquer aux parents donc on explique les choses aux
74 enfants avec des mots d'enfant. Mais il faut aussi informer les parents sur les soins. Sur ce
75 qui va se passer, sur ce qu'on fait, recueillir le consentement aussi, très important. Euh...
76 parce que du coup en pédiatrie c'est le consentement parental qui prime légalement j'ai
77 envie de dire parce qu'un enfant on lui demande son avis, on lui demande son
78 consentement mais c'est le parent qui est titulaire de l'autorité parentale et qui du coup
79 doit donner son consentement au soin. Euh... je ne sais pas si ça répond à ta question ou
80 s'il n'y a pas autre choses derrière.
- 81 - **Est-ce qu'ils vont être une aide pour vous pour faire la relation vraiment avec du**
82 **coup avec l'enfant et fin.. comment ils vont.. euh.. ou pas, c'est possible que non...**
83 **mais comment du coup allez-vous établir le lien avec l'enfant ?**
- 84 - Avec l'enfant à travers le parent ?
- 85 - **Oui voilà, est-ce qu'ils sont une aide ou pas en fait ? Est-ce que vous vous en servez**
86 **ou parfois ? Ou pas tout le temps, ou pas du tout ?**
- 87 - Ouais... je vois ce que tu veux dire... J'aurais envie de dire ça dépend...euh... ça dépend
88 parce que parfois quand on a des parents qui...euh.. qui disent à l'enfant « bouge pas
89 sinon... alors tu fais ça sinon on va te faire la piqûre... » alors là c'est... pas très aidant..
90 ça arrive hein... ça arrive donc là c'est très aidant donc obligé de recadrer un petit peu à
91 ce niveau là aussi hein... on est pas des méchants hein... Non je ne passe pas forcément

92 par le parent pour entrer en relation avec l'enfant ben parce que... parce que comme je
93 t'ai dit moi j'ai ma tenue, j'ai mon rôle de soignant, j'ai ma tenue de soignant et le parent
94 il a son rôle de parent donc je .. je me présente à l'enfant vraiment comme un soignant.
95 Après ça m'arrive de... fin.. je fais pas de transfert tu vois, c'est pas mes enfants que je
96 suis en train de soigner donc... je rentre en relation avec l'enfant vraiment avec la posture
97 de soignante après bah bien sûr, on est toujours dans la bienveillance donc euh... ça nous
98 arrive de parler de nos propres expériences, de nos propres enfants pour établir un lien
99 que ce soit avec les parents qu'avec l'enfant.. parfois c'est peut-être un peu plus facile
100 effectivement de parler de choses personnelles hein... parce que bah forcément quand je
101 parle de choses personnelles avec les parents bah ça fait écho donc euh.. ils se sentent
102 peut-être un peu plus en confiance, des fois ça aide. Mais sinon, je sais pas.. je dirais pas
103 que le parent est vraiment un allié en tout cas pour entrer en contact avec l'enfant... je
104 vois pas non...

105 - **Ok du coup, ce que vous venez de citer c'est... se serait pour vous bah du coup des**
106 **éléments qui permettraient de .. personnaliser le soin, dans le sens de**
107 **l'individualiser ? Est-ce qu'il y a d'autres choses ?**

108 - Tout à fait. C'est vrai que quand on l'utilise la distraction bah on essaie de repérer un petit
109 peu si l'enfant il porte des vêtements euh.. avec Pat'Patrouille dessus tu vois on essaie
110 d'embrancher là-dessus... euh... ça va être des petites techniques, des petites astuces, on
111 leur demande ce qu'ils aiment, voilà.. On essaie de parler de sujet qui leur plaisent hein...
112 en fonction de l'âge, bon... est-ce qu'ils aiment aller à la plage...est-ce que toi t'aime
113 faire du vélo... voilà on essaie de discuter avec eux et d'engager des choses comme ça...
114 on parle de leur famille, est-ce qu'ils ont des frères et sœurs ? Donc après on a des parents
115 qui sont très aidants oui, voilà.. qui parlent facilement et qui arrivent à faire parler l'enfant
116 sur des choses comme ça et puis il y en a qui restent plus en retrait. C'est vrai qu'à ce
117 niveau là, c'est peut être un peu plus facile quand le parent est aidant, c'est un peu plus
118 facile de rentrer en relation avec l'enfant.. bon sinon on y arrive quand même, c'est
119 relativement facile, les enfants en bas âge ils parlent facilement avec des inconnus, ils
120 sont pas.. tu vois en général ils sont pas sauvages.. c'est vrai qu'en général les 3/4/5 ans
121 ils sont quand même voilà... ils sont quand même.. ils te connaissent pas mais ils te
122 parlent comme s'ils te connaissaient depuis...voilà. Avec les plus grands des fois c'est un
123 peu pus difficile il y a un peu plus de retenue.

124 - **Pouvez-vous me dire ce qui vous permet d'établir une relation de confiance avec**
125 **l'enfant ?**

126 - Euh... Qu'est-ce qui me permet... (rire). Ben je pense déjà le fait d'expliquer les choses,
127 c'est très important. Quelque soit l'âge, même les bébés, même ceux qui ne sont pas en
128 âge de tout comprendre... On pense qu'ils ne comprennent pas tout mais quand même il
129 entendent. C'est important qu'ils comprennent les choses qu'on va leur faire, avec les
130 termes adaptés qui vont pas leur faire peur. Il y a des mots un peu diabolisés : piquûre.
131 C'est toujours un peu difficile. Moi-même j'ai encore un peu des difficultés à trouver des
132 fois termes adaptés qui vont pas leur faire peur et il y a certains mots qui vont pas faire
133 peur à certains enfants et à d'autres ils vont l'entendre et de suite.. voilà. Quand on fait
134 une glycémie on a tendance à dire « c'est le petit moustique...machin », il y en a ça les
135 rassure, ça va ça passe, petit moustique pour eux c'est pas connoté voilà. Et pour d'autres
136 dessus, parce qu'ils ont eu des expériences particulières bah ça peut être très angoissant.
137 Donc c'est toujours un moment délicat. Pour moi je trouve que c'est un moment délicat
138 d'expliquer le soin, d'aborder ce qui va être fait. Le prélèvement nasopharyngé là, euh...

139 alors ouais... tu peux pas ne pas lui dire tu vois... Je pense c'est vraiment important pour
140 établir un lien de confiance de tout expliquer à l'enfant et de lui dire tout ce qui va se
141 passer, que ce soit sa première venue ou la troisième, la quatrième, la cinquième.. Il y en a
142 qui viennent très régulièrement parce qu'ils ont des pathologies spécifiques. C'est
143 important de ne jamais le prendre en traître, voilà. Parce que ça, ça va faire euh... ça va
144 conditionner l'expérience qu'il va vivre aujourd'hui et les futures. Donc c'est très
145 important. Après il faut prendre en compte la douleur. Chez l'enfant il faut vraiment
146 évaluer la douleur. Alors... il faudrait qu'on se force à utiliser plus les échelles parce
147 que... on le fait depuis quelques temps parce que la cadre nous a fait un petit rappel là-
148 dessus et... euh... on le fait de façon plutôt... visuelle parce que on a l'habitude.. Et on
149 perd assez vite un enfant qui est douloureux. Et je pense qu'il faut vraiment la coter avant,
150 après la prise d'antalgiques pour pouvoir évaluer l'efficacité. Ça, ça participe aussi à la
151 relation de confiance de prendre en compte la douleur de l'enfant, de la soulager.. parce
152 que du coup il se rend compte qu'on est là pour l'aider, pour lui faire du bien, voilà... on
153 est pas euh... on est pas là pour lui faire du mal. C'est vraiment un milieu euh... c'est très
154 étranger pour les enfants, c'est très particulier l'hôpital. C'est un rapport à la maladie, à la
155 mort, tout ça.. qui n'est pas comme nous donc il faut les rassurer au maximum là-dessus.
156 Ils peuvent avoir des angoisses de mort hein. Il viennent pour un « petit truc » si on peut
157 dire ça comme ça et ils peuvent avoir peur de mourir, ils peuvent le verbaliser alors qu'il
158 n'y a pas de risque a priori. Voilà... ils viennent pour un petit virus, il n'y a pas de raison
159 mais...tu sais pas ce qu'il se passe dans la tête de l'enfant, ce qu'il a vécu. Ça peut lui
160 rappeler des choses : ben... papy il vient de décéder et c'était à l'hôpital donc lui il se
161 retrouver à l'hôpital donc peut-être qu'il va mourir. Donc il faut vraiment les rassurer.

162 - **Et du coup cette relation de confiance est-ce qu'elle permet d'obtenir son**
163 **consentement ?**

164 - Alors... bah du coup j'en ai un peu parlé tout à l'heure. Le consentement en pédiatrie
165 c'est un peu particulier parce que c'est les parents qui sont titulaires de l'autorité parentale
166 donc euh.. on... bien sûr il faut demander le consentement à l'enfant mais... un tout petit
167 potentiellement il va te dire non à tout donc là qu'est-ce que tu fais ? On a pas envie
168 d'aller de force, personne n'a envie de faire un soin de force, c'est pas le but. Après on est
169 la quand même pour soigner les enfants donc à un moment donné, oui je pense qu'il faut
170 faire le maximum pour obtenir le consentement, du moins l'adhésion. Le consentement
171 lui il a pas trop son mot à dire. Euh... du moins l'adhésion aux soins de l'enfant ...
172 euh...après c'est sûr que tout ce que tu vas mettre en place avant de faire le soin euh... le
173 fait d'essayer de distraire, de lui expliquer les choses, de le détendre, qu'il voit que voilà..
174 t'es sympa, t'as des petits outils, t'as des petites.. voilà des petit machins... des fois on
175 utilise à l'accueil souvent quand on leur prend les constantes, on utilise des marionnettes,
176 des petits machins... On avait un truc lumineux, voilà.. ça détourne un peu l'attention. Je
177 pense que c'est important d'essayer de tout mettre en place. Après le parent du coup des
178 fois il joue sa place à ce moment-là, parce que si le parent il est dans notre sens qu'il aide
179 à ce niveau-là avec l'enfant.. ça aide. T'as des parents qui sont très en recul, qui ne
180 prennent pas positions, qui laissent un peu faire. Et ça pour l'enfant c'est un peu
181 déstabilisant parce que sa figure rassurante à lui c'est le parent donc il faut que le parent il
182 ai compris d'une part, qu'il soit d'accord, si lui-même il n'est pas trop d'accord ou pas
183 trop convaincu par ce qu'on fait à son gamin euh... ben... le gamin il va le ressentir, c'est
184 des éponges les enfants, ils ressentent tout donc il faut que le parent il soit convaincu et
185 qu'il soit d'accord, c'est très important.

- 186 - **Quel est selon vous, l'intérêt de l'utilisation d'une distraction durant un soin ?**
- 187 - Comme je disais c'est très important parce que l'enfant il n'a pas de notion de... de
- 188 comment dire... Il est pas rationnel comme nous, il peut pas se dire ben il faut faire ce
- 189 qu'on me dit. Selon l'âge il peut pas se raisonner... donc euh... donc si tu le laisse
- 190 focalisé sur le soin et tu lui dit « non non il faut poser ce cathéter c'est comme ça, c'est
- 191 pas autrement » il va pas y arriver, il va pas y arriver. Il peut pas se dire « d'accord je p-
- 192 bouge pas, il me faut cette PL.... non. Donc il faut mettre en place des choses pour
- 193 détourner son attention, pour limiter sa douleur. Donc on utilise des patch d'EMLA, le
- 194 MEOPA... le MEOPA qui a cet effet du coup un peu antalgique, amnésique et de
- 195 distraction qui va être un petit peu... voilà.. Du coup on met en place des choses pour
- 196 lutter contre le douleur, parce que tu peux mettre en place toutes les distractions que tu
- 197 veux, si l'enfant il est trop douloureux ou voila... Il.. forcément, il va se débattre et.. la
- 198 douleur elle prend le dessus dans le cerveau, tu peux faire ce que tu veux... Et après il y a
- 199 quelque chose qui marche bien quand même c'est l'hypnose aussi. Si t'arrive bien à les
- 200 faire décrocher, partir... entre le MEOPA et l'hypnose, des fois ça, ça marche assez bien
- 201 mais comme on est pas beaucoup formés à l'hypnose, fin moi ça m'intéresse fin j'ai
- 202 demandé la formation cette année euh... ben.. on peut quand même essayer de faire un
- 203 petit peu de l'hypnose améliorée fin... bricolée tu vois.. Non mais c'est vrai. T'essaie de
- 204 prendre un sujet, de le faire partir, de lui faire ressentir des choses donc par exemple, de la
- 205 plage « tu es sur la plage, il fait bon, tu sens le sable, tu sens les vagues, t'es sur une
- 206 bouée...machin.. tu bois ton cocktail » fin voilà. Et ça ben...ça marche assez bien quand
- 207 même. Après bah il y a les écrans aussi, les dessins animés on peut dire ce qu'on veut ça
- 208 marche, les chansons, aussi ça marche bien. C'est quand même important de faire passer
- 209 les choses , par le jeu aussi... Parce que chez l'enfant tout passe par le jeu quasiment, les
- 210 apprentissages...
- 211 - **L'utilisez-vous de façon systématique durant le soin ?**
- 212 - Alors on fait un peu automatiquement je dirais que oui... alors peut-être pas chez les plus
- 213 grands .. quoi que si... En fait si on considère qu'avec un ado par exemple enfin un ado...
 214 tu vas jusqu'à 12 ans toi sur ton sujet ? Si on considère que discuter sur son sport préféré
- 215 c'est de la distraction, alors oui, je pense qu'on l'utilise systématiquement parce que
- 216 quand on rentre en contact avec l'enfant pendant le soin, que ce soit l'AP ou nous, on est
- 217 assez à l'aise pour ça, tu discute avec le gamin, t'essaie de discuter d'autre chose. Tu dis
- 218 pas « bon ben là je vais faire ça, ça, ça, je te pique » fin... tu préviens mais quand même
- 219 t'essaie de discuter d'autre chose pour qu'il pense à autre chose quoi. La musique, les
- 220 comptines, tout ça plutôt avec les plus petits... des fois les ados ils aiment bien aussi
- 221 écouter la musique, on leur demande en fait. Donc oui, je pense qu'on essaie assez
- 222 systématiquement d'utiliser des méthodes alternatives. Le MEOPA on l'utilise quand
- 223 même régulièrement... Bon le sucre doux c'est pour les plus petits... mais je pense
- 224 qu'aux urgences on est quand même un service qui utilise pas mal... on a pas forcément
- 225 tous les outils qu'on voudrait. A une époque on avait les tablettes mais bon maintenant les
- 226 gens ils ont tous un téléphone hein ou souvent les parents ils mettent les comptines, les
- 227 dessins animés...sur leur téléphone.
- 228 - **L'utilisation de la distraction a-t-elle des limites dans votre quotidien ?**
- 229 - A quel niveau ? Est-ce que parfois ça ne suffit pas ?
- 230 - **Oui voilà, ou l'enfant peut-être n'adhère pas simplement ou ben... elle est difficile à**
- 231 **mettre en place.**

- 232 - Sur les soins très très douloureux comme une PL par exemple, on a là... c'est compliqué..
233 même si on essaie de tout mettre en place pour prémédiquer c'est.. alors quand ça se passe
234 bien ça va mais ... voilà une PL c'est quand même l'acte invasif qui... ben... je trouve
235 douloureux, en tout cas on arrive pas assez bien à maîtriser au niveau douleur et au niveau
236 distraction. Je me questionne régulièrement dessus à savoir ce qu'on pourrait mettre en
237 place de plus pour que ce soit mieux toléré. Je trouve qu'à ce niveau-là on pêche encore
238 un peu, et même sous MEOPA, même quand on leur met une musique, un machin... je
239 sens que voilà.. ça suffit pas quoi. Après sinon en règle générale je trouve que ça marche
240 assez bien. Je le vois quand on est à l'accueil et qu'on prend toutes les constantes et qu'on
241 a pas non plus 20 minutes pour le faire parce qu'il faut un petit peu dépoter euh...sur les
242 bébés tout ça.. fin.. dès qu'on utilise la petite marionnette ou on chante une comptine, ça
243 capte direct leur attention, je trouve que ça marche bien.
- 244 - **Tout à l'heure, vous avez parlé de l'hypnose que vous vouliez faire comme**
245 **formation. Est-ce que il y a.. enfin est-ce que vous avez des formations ?**
- 246 - Moi j'ai la RESC. A savoir qu'on peut pas considérer que c'est une méthode de
247 distraction... donc.. je pense que c'est un peu éloigné de ton sujet. C'est une méthode
248 alternative pour pleins de choses mais ça fait pas parti des distractions. Voilà. Je l'utilise
249 pas assez parce qu'en fait comme quand j'étais à l'école pendant un an je l'ai pas
250 pratiquée. Depuis que je suis revenue j'essaie de me mettre dedans pour essayer d'apaiser
251 un peu l'enfant avant, pendant les soins ou quand il y a des choses particulière et j'ai que
252 le niveau 1 donc il te limite quand même ? Je pense que l'hypnose me sera plus utilise
253 dans le cadre de ton sujet.
- 254 - **Voilà c'est tout, merci.**
- 255 - Derien.

- 1 - **Du coup depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?**
2 - Je suis diplômé depuis juillet 2022.
3 - **Ok et heu... du coup est ce que tu peux nous expliquer ton parcours un peu heu...
4 de... enfin voilà ton parcours.**
5 - Alors, euh... j'ai commencé en ayant fait 3 mois de services dans les urgences
6 pédiatriques et maintenant je travaille en chirurgie avec les enfants et j'ai fait aussi un peu
7 de la chirurgie en soins externes.
8 - **D'accord. Et du coup en quoi la prise en charge de l'enfant est-elle particulièrement
9 spécifique ?**
10 - Alors la prise en charge d'un enfant est spécifique parce que je pense que le monde
11 médical n'est pas un monde qu'ils connaissent ou du moins en général qu'ils découvrent
12 pour la première fois quand ils viennent chez nous quelques soit leur âge. Euh... que l'on
13 a un vocabulaire qui n'est pas forcément compréhensible de leur part donc qu'il faut
14 adapter nos mots et notre façon de faire comme on pourrait expliquer les soins que l'on va
15 faire parce qu'un enfant c'est certes un enfant, mais il est tout à fait capable de
16 comprendre les choses quand on lui explique avec ses mots et euh... de la bonne manière
17 et je pense que c'est comme ça que les soins se passent bien aussi si on lui explique les
18 choses. Et aussi parce que ben... il faut pas qu'ils soient traumatisés par les premiers
19 soins qu'ils vont avoir que ça soit à l'hôpital ou dans une clinique ou même juste chez le
20 médecin parce que justement si dès le départ ils ont été bien pris en charge et qu'ils n'ont
21 pas été traumatisés par quel que soit le soin ça permet aussi une prise en charge derrière
22 en tant qu'adulte plus simple avec des gens qui sont moins angoissés et stressés.
23 - **Ok. Et alors du coup quelle place occupent les parents dans la relation de soin ?**
24 - Bin il faut... moi, pour moi, il faut absolument que les parents fassent partie de la prise en
25 charge dans les soins de l'enfant parce que ben ... en fait c'est l'élément repère de
26 l'enfant puisque c'est ses parents et que si les parents montrent qu'ils ont confiance en
27 nous leur enfant sera plus apte à nous faire confiance et à nous laisser le soigner et donc
28 pour moi je pense et je trouve qu'il est primordial qu'on inclut les parents dans le soin
29 quelques soit la manière mais il faut qu'il en fasse partie.
30 - **Ok. Du coup quels sont les éléments qui te permettent de personnaliser un soin avec
31 un enfant ?**
32 - Alors moi je passe souvent par les nounours en faisant des blagues ou en essayant de
33 distraire l'enfant par quels que soit les manières soit en essayant de trouver un élément qui
34 va le distraire par rapport à ce que je suis entrain de faire, par exemple avec un dessin
35 animé qui va lui plaire, une chanson qu'il écoute, des choses qu'il peut faire à l'école, du
36 sport ou une activité pour... enfin en fait en lui demandant ce qui lui plait pour essayer de
37 le distraire et du coup en essayant de créer une discussion. Après bien sur j'adapte celle-ci
38 en fonction de son âge. Et puis euh... après en incluant aussi les parents dans la relation
39 en montrant des fois les choses sur les parents pour que l'enfant soit rassuré en lui
40 montrant que ce n'est pas des choses qui vont lui faire mal. Et puis surtout en lui
41 expliquant les choses et en lui demandant son consentement à chaque fois pour savoir s'il
42 est bien d'accord que je lui fasse les choses et que je lui explique.

- 43 - **Du coup, pouvez vous nous dire ce qui permet d'établir une relation de confiance**
44 **avec l'enfant ?**
- 45 - Bah je pense que la relation de confiance passe dès le moment où l'on rentre dans le box
46 en se présentant, en expliquant qui l'on est, qu'est ce qu'on va faire comme soin,
47 pourquoi il est ici, euhh... en se mettant à sa hauteur aussi parce que bin... ça peut être
48 vite impressionnant un adulte qui est au dessus de nous avec une blouse blanche et qu'on
49 ne connaît pas, que ce soit pour un adulte ou un enfant. Et puis bin après qu'est ce que je
50 peux faire de plus ? En incluant du coup les parents encore une fois et puis en essayant
51 justement de... avant de vouloir faire le soin ou quoi que ce soit de créer une relation
52 euhh... telles qu'elle soit. Soit par la discussion, soit par le rire ou du moins juste par le
53 regard parce que des fois il y aura des enfants qui peuvent être ???(5min 19) et qui n'ont
54 pas du tout envie de parler avec nous parce qu'ils sont trop impressionnés par la situation
55 et déjà juste en ayant des gestes doux et faut lui montrer que l'on entend et l'on comprend
56 qu'un enfant peut avoir peur et que justement on essaye de lui donner confiance pour lui
57 dire qu'on est pas là pour lui faire mal et qu'on ... et prendre le temps surtout de faire les
58 soins même si c'est pas toujours possible. Je pense qu'il est primordial qu'on le fasse et
59 puis bin en mettant des choses en place de distraction avec une tablette, avec de la
60 musique ou en discutant sur une activité ou même en montrant le matériel, des fois de leur
61 montrer ou de leur expliquer les choses ça met plus en confiance parce qu'ils savent un
62 peu plus à quoi s'attendre.
- 63 - **Et euh du coup est ce que ces éléments là que tu viens de citer qui te permettent donc**
64 **t'établir cette relation de confiance, est ce que ça te permet aussi d'obtenir son**
65 **consentement ?**
- 66 - Alors oui, mais euh... oui en général oui puisque ça permet de le... moi de ce que j'ai pu
67 vivre souvent de prendre ce temps, de créer une relation de confiance avec des éléments
68 de distraction ça permet justement de créer une distraction et que l'enfant soit en
69 confiance. Après le consentement j'essaie toujours de demander au maximum avec des
70 mots justes et les enfants en général une fois qu'ils ont confiance et que justement les
71 éléments de distraction ont été mis en place, l'enfant se laisse en général plus faire et
72 permet justement un consentement à ce qu'on puisse faire les soins que ce soit prise de
73 sang ou euhh... ou autre.
- 74 - **Et bon du coup tu as déjà parlé de l'intérêt de l'utilisation d'une distraction durant**
75 **un soin. Est-ce que tu vois d'autres intérêts que ceux que tu as cité avant hormis du**
76 **coup cette relation de confiance.**
- 77 - Bin ça permet aussi les éléments de distraction de détendre les parents qui des fois
78 peuvent être stressés et qui du coup aussi euh... une fois que les parents sont détendus
79 nous font confiance aussi du coup l'enfant relâche plus facilement aussi puisqu'il voit que
80 les parents sont en confiance donc il fait confiance aussi. Euh... ça permet du coup une
81 relation dans la triade parent/enfant/soignant plus simple aussi puisque du coup tout le
82 monde y participe. Moi je sais qu'en général quand je prends des enfants en soin je fais
83 euh... participer les parents soit en les faisant s'asseoir avec l'enfant sur les genoux quand
84 c'est possible selon les soins ou en participant pour donner un élément de distraction,
85 quelques choses comme ça. Donc oui justement ces éléments de distraction ça aide sur la
86 relation avec les parents qui va aider du coup sur la relation avec l'enfant. Et puis ça
87 permet aussi à l'enfant d'être moins stressé même à nous aussi d'être moins stressé parce
88 qu'un enfant qui est plus détendu pour un soignant c'est plus simple de faire des soins
89 dans de bonnes conditions que ce soit pour l'enfant, pour les parents mais aussi pour soit

- 90 parce que ben...un enfant qui pleure et qui hurle c'est jamais simple de le prendre en
91 charge émotionnellement parlant pour qu'il... je parle pour moi mais je pense que c'est
92 pas facile pour tout le monde non plus.
- 93 - **Et du coup cette distraction est ce que tu l'utilise de façon systématique ?**
- 94 - Pas toujours parce que fois il y a des enfants qui sont complètement ok et qui de eux-
95 mêmes créés la distraction en posant des questions donc ça c'est bien sur quand l'âge le
96 permet, mais après quand des fois un enfant est complètement calme ou qu'il est... bin
97 des fois j'ai pu avoir des bébés qui étaient au final au sein de leur maman quand j'arrive
98 pour faire le soin bah j'ai pas besoin d'élément de distraction puisque l'élément de
99 distraction est déjà en place et naturel et donc à ce moment je ne fais pas forcément plus
100 mais euh... c'est pas systématique, ça dépend vraiment de comment je ressens l'enfant et
101 les parents au moment où je rentre dans la salle pour faire le soin.
- 102 - **Bah en fin de compte du coup tu peux avoir une distraction qui peut être mise en**
103 **place mais sans que ça soit de ton propre... c'est pas toi qui la mise en place mais tu**
104 **vas quand même avoir une distraction qui va être mise en place avant.**
- 105 - Oui, c'est ça, oui en général c'est vrai qu'en soit au final l'élément de distraction il y est
106 toujours un peu parce que bah... Au final même quand c'est pas nous les soignants qui le
107 mettons en place, les parents l'ont soit déjà un peu créé la chose en essayant d'expliquer
108 les soins ou en le faisant regarder ou écouter de la musique ou en le faisant jouer avec des
109 jouets qu'ils ont amenés exprès donc c'est vrai que l'élément de distraction a quand même
110 été mis en place mais disons plus naturel mais au final l'élément de distraction est quand
111 même toujours là.
- 112 - **Et du coup est-ce que cette distraction elle a des limites dans ton quotidien ?**
- 113 - Oui... il m'est arrivé d'essayer de mettre en place des éléments de distraction et qu'au
114 final cela ne marche parce que bah l'enfant est trop stressé ou angoissé et qu'il refuse les
115 soins et c'est là ou malheureusement ça devient beaucoup plus compliqué dans la prise en
116 charge parce bah... ça nécessite plus de personnes et on arrive souvent à une prise en
117 charge avec un enfant qui pleure et c'est là ou pour moi en tant que soignant c'est le plus
118 dur parce que j'ai l'impression de ne pas avoir le consentement de l'enfant et c'est un peu
119 plus compliqué parce que malgré tout on est obligé de lui faire des soins quand il s'agit
120 des choses urgentes et donc... là, là ça devient un peu plus compliqué à gérer et prendre
121 en charge parce que oui, ces distractions ont des limites parce qu'elles ne fonctionnent pas
122 forcément tout le temps et c'est là qu'il faut user de plus en plus de techniques telles
123 qu'elles soient et avec une maximum de monde possible. Moi je sais que dans mon
124 service j'ai des auxiliaires de puériculture qui travaillent avec moi aux urgences
125 pédiatriques et on les sollicite aussi beaucoup quand il s'agit de prise ne charge un peu
126 plus compliqué comme ça et on utilise vachement tout ce qui est le KALINOX pour
127 justement éviter de faire des soins trop traumatiques et éviter que l'enfant parte avec un
128 très mauvais souvenir de l'hôpital.
- 129 - **Ok . Merci. Bon je sais que ça fait pas longtemps que vous êtes diplômée mais quand**
130 **même est-ce que vous avez des formations qui vous ont apporté des connaissances et**
131 **compétences en lien du coup avec la distraction ?**
- 132 - Alors non, pas du tout. Mais j'ai fait mon mémoire sur la prise en charge de la douleur et
133 l'anticipation de la douleur, et lors de mes stages j'ai fait un stage en soins externes, c'est
134 de la petite chirurgie en anesthésie locale et j'ai eu la chance de travailler avec un
135 chirurgien ORL qui avait une formation d'hypnose et on était amené à avoir ce type de
136 public, adulte, personne âgée, comme enfant et j'ai pu le voir en œuvre mettre l'hypnose

137 du coup sur des enfants ou des adultes dans la prise en charge pour la chirurgie pour
138 justement éviter que le patient soit stressé et que la chirurgie se passe bien, que ce soit
139 pour le chirurgien, le patient ou l'équipe soignante autour. Et donc je pense que la
140 formation d'hypnose que ce soit pour la prise en charge d'enfants ou d'adultes est une
141 chose assez importante et qui moi m'intéresse pas mal surtout dans la prise en charge de
142 la douleur et pour moi ça pourrait faire office de distraction et de technique à mettre en
143 place pour la prise en charge d'enfant que ce soit aux urgences ou dans d'autres services
144 parce que moi par exemple ce que j'ai pu voir aux urgences c'est des enfants qui venait
145 pour des plaies ou ils avaient besoin de suture et dans ces cas-là on met oui le KALINOX
146 en place mais des fois c'est pas suffisant on a des enfants qui sont quand même en larmes
147 sous KALINOX et des fois peut-être l'hypnose a fait son effet.

- 148 - **D'accord, merci !**
- 149 - Avec plaisir

- 1 - **Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?**
2 - Alors moi je suis diplômée depuis 2018 donc là ça va faire 5 ans.
3 - **Ok, et du coup juste un petit peu nous raconter ton parcours**
4 - Alors quand j'étais étudiante j'ai pas du tout fait de la pédiatrie, enfin j'ai fait de la
5 pédopsychiatrie pendant un stage de 5 semaines donc finalement pas très longtemps et
6 puis après quand j'ai été diplômée je me suis qu'en fait si je pars pas en pédiatrie
7 maintenant j'irais jamais donc après je suis partie en pédiatrie. J'ai fait 6 mois
8 d'hépathologie pédiatrique et après j'ai fait 4 ans de chirurgie pédiatrique ou je suis
9 toujours du coup.
10 - **Ok, merci. Et du coup en quoi la prise en charge de l'enfant est-t-elle**
11 **particulièrement spécifique.**
12 - Bah... quand on prend charge l'enfant on prend pas en charge que l'enfant, on prend en
13 charge aussi le parent et ça a quand même une dimension assez différente de quand on est
14 juste avec l'adulte. La triade est super importante parce qu'on peut avoir des parents qui
15 sont très aidants comme pas du tout. Et puis avec l'enfant c'est sûr qu'on ne va pas avoir
16 exactement le même vocabulaire, le même comportement qu'avec l'adulte donc voilà...
17 Après il y a pleins de façons aussi d'amener le soin différemment et il faut toujours avoir
18 un consentement de l'enfant mais avant le consentement il y a aussi plus compliqué que
19 de demander juste à l'adulte de la faire quoi.
20 - **Ok.Euh... du coup... euh... ben.. par rapport aux parents, quelle place ils occupent**
21 **dans la relation de soin ?**
22 - Ben... pour moi ils ont une place primordiale parce que euh... c'est ce que je disais tout à
23 l'heure, le consentement de l'enfant c'est important mais maintenant quand il a 6 mois il
24 peut pas donner son consentement donc c'est vrai que c'est le parent qui va être prise de
25 décision pour son enfant et puis c'est lui aussi qui va pouvoir aider au moment du soin, au
26 moment de la prise en charge dans la globalité. Et puis après l'enfant il a un temps à
27 l'hôpital avec nous... à l'hôpital, en clinique et en soin... et puis après bah il rentre à la
28 maison et ça reste un enfant donc il y a toute la dimension aussi autour et donc en ça le
29 parent a un rôle majeur et est le principal euh.. acteur de la vie de son enfant donc voilà.
30 - **Merci. Euh... après ... ben... quels sont les éléments qui te permettent de**
31 **perosnnaliser un soin avec euh... ben.. un enfant.**
32 - Déjà son âge. Euh.. parce que je pense qu'en fonction de l'âge tu vas pas faire le soin de
33 la même façon euh...
34 - **Alors pardon je vous coupe désolée... C'est vrai que j'ai oublié de dire ça justement**
35 **qui était important... C'est que du coup ben je cible du coup les 3 à 12 ans bon...
36 voilà.**
37 - D'accord, il y a un type de soin que tu vises ou pas ?
38 - **Euh...ça.. il n'y a pas de ... pas particulièrement c'est vraiment juste par rapport à**
39 **la tranche d'âge c'est vrai que j'ai oublié de la préciser et c'est vrai que c'est**
40 **important...**
41 - Non pas de soucis.
42 - **Voilà, désolé..**

- 43 - Non, non, non il n'y a pas de soucis ! Euh...mais... tu peux me reposer ta question alors
44 s'il te plaît, je suis désolée pardon..
- 45 - **Du coup on était sur quels sont les éléments qui permettent de personnaliser le soin ?**
- 46 - Euh... Quand tu vas faire le soin, quand t'es dans une prise en charge de quelque chose de
47 plus chronique déjà l'enfant tu vas apprendre à le connaître, et puis à travers les parents
48 déjà tu vas apprendre à savoir qu'est-ce que lui il aime et puis pendant les soins euh... t'as
49 pleins d'éléments de distraction qui sont possibles et don bah on essaie de les adapter en
50 fonction des enfants. S'il est plus musique, s'il est plus comptine on peut mettre des
51 comptines, s'il est plus visuel on peut projeter des images au mur, s'il est plus tactile on
52 peut proposer des peluches et puis c'est sur que tu vas pas aller mettre une comptine à un
53 enfant de 3 ans tu mettre la même musique que tu vas mettre à un enfant de 12 ans. Et
54 puis moi j'avais même des enfants qui me faisaient même découvrir des musiques que je
55 ne connaissais absolument pas. Donc c'est vrai que c'est aussi ça qui permet euh... à
56 l'enfant d'adhérer au soin. C'est aussi ce qui lui plaît, ce qu'il aime en permettant aussi
57 d'avancer ensemble quoi. Et encore une fois, le parent est super important au milieu de
58 tout ça s'il est coopérant dans le soin c'est ce qu'il y a de mieux quoi.
- 59 - **Euh... donc du coup.. il y a une autre question qui rejoint un peu ce que tu viens de**
60 **dire. C'est en fait, quel est du coup selon toi l'intérêt de l'utilisation d'une**
61 **distraction durant un soin ? Et est-ce que du coup... en fait vous avez parlé un peu**
62 **de... enfin tu as mit cette notion de chronicité dans les soins et le fait de connaître**
63 **l'enfant un peu plus, euh.. est-ce que du coup tu vas utiliser la distraction durant les**
64 **soins peut-être d'une autre façon ou je ne sais pas ?**
- 65 - Ça va dépendre de ce que tu fais comme soin et si on est dans un soin « invasif et
66 douloureux » ou un soin qui l'est beaucoup moins. Ça va dépendre aussi de l'implication
67 qu'a l'enfant euh... dans ce soin et de ce que ça implique sur lui. Je sais que moi je me
68 suis beaucoup occupée d'enfants qui avaient des brûlures euh... qui pouvaient être très
69 fortement brûlés et c'est vrai qu'en fonction de l'âge tu n'emmènes pas ça de la même
70 façon. Et puis je me souviens qu'il y avait des enfants qui étaient vraiment apeurés par le
71 soin, qui en avait vraiment super peur et donc du coup dans ces moments-là on avait
72 vraiment.. bon déjà les méthodes d'antidouleur de base qui étaient utilisés, mais en plus
73 on avait l'utilisation de MEOPA, l'utilisation de la distraction parce que c'est un soin en
74 soit qui n'est pas douloureux mais qui est très très impressionnant donc pour ces enfants-
75 là la distraction est vraiment primordiale et en fait c'est ce qui leur permet que le soin se
76 passe de la façon la moins traumatique possible. Et par contre on avait d'autres qui étaient
77 super intéressés par ce que tu faisais et puis en fait eux n'avaient absolument pas besoin
78 de distraction parce qu'ils voulaient voir ce que tu faisais, ils participaient même. Je me
79 souviens même on avait ouvert pour certains enfant plusieurs kits pour que eux aussi aient
80 les instruments dans les mains. Bon, ils ne touchaient pas au soin mais n'empêche que
81 voilà c'est aussi un moyen de distraction et aussi un moyen d'implication dans le soin
82 donc c'est vrai que ça dépend beaucoup de tout ça. Et puis à partir du moment où l'enfant
83 choisi aussi ou adhère plus au moyen de distraction, je pense que c'est ça aussi qui permet
84 aussi que le soin se passe le mieux possible. Être à quatre sur un enfant pour obtenir une
85 prise de sang fin.... Je sais que des fois on a pas le choix malheureusement... mais c'est
86 quand même un soin réalisé dans de moins bonnes conditions que l'enfant qui va te
87 chanter la chanson, qui va faire regarder sa peluche ou voilà.
- 88 - **D'accord...**
- 89 - Si c'est un peu hors sujet tu me le dis hein...

- 90 - **Ah non non, c'est super bien, vous abordez des éléments qui n'avaient pas été**
91 **abordés avant justement donc c'est super intéressant franchement ! Et par rapport à**
92 **cette distraction, vous avez dit que vous utilisez différentes manières, des fois plus**
93 **vous ou des fois c'est vraiment eux qui s'impliquent dans le soin, mais du coup est-ce**
94 **que vous l'utilisez de façon systématique ?**
- 95 - Alors c'est quelque chose que je proposais ouais. Ouais.. c'était quelque chose que je
96 proposais bon après quand on sait que l'enfant est complètement réfractaire à tout ça et
97 plus vite tu as fait le soin et plus vite il est fait et mieux c'est. Des fois un enfant qui est
98 super énervé sur un soin fin... qui est vraiment dans un refus complet ou quoi, aller
99 rajouter de la distraction par-dessus ça va l'énerver encore plus. Fin je sais que nous on
100 utilisait beaucoup le MEOPA dès que l'enfant y adhèrait c'était vraiment vraiment utile et
101 euh.. si l'enfant supporte pas le MEOPA donc du coup ça permet pas qu'il adhère à la
102 distraction et à tout ça. Si jamais tu remets des éléments par-dessus bah là en fait t'es
103 contre productif. Mais bon... c'est vrai que dès que l'enfant pouvait être mit dans un
104 système de distraction quitte à être à plusieurs et avoir quelqu'un qui fait le clown
105 derrière. Voilà, si c'est possible et dans de bonnes conditions pour le faire, en général la
106 distraction est utilisée assez vite quoi.
- 107 - **Ok. Et du coup elle a des limites quand même dans le quotidien ? Enfin, les limites**
108 **seraient ce que vous disiez, que l'enfant n'adhère pas forcément ?**
- 109 - C'est ça. C'est qu'en fait s'il n'y adhère pas, si ça l'énerve plus qu'autre chose moi je
110 pense que ça ne sert à rien de forcer mais voilà.
- 111 - **Et est-ce que vous voyez d'autres limites à l'intérêt de l'utilisation d'une**
112 **distraction ?**
- 113 - Ça... Il y a le parent aussi. Il y a le parent qui est très aidant mais il y a le parent qui l'est
114 beaucoup moins et qui te dit que ben... non non l'enfant il est dans les bras point et on fait
115 rien d'autre.. bon... moi je ne considère pas que le parent est utilisé comme une
116 distraction mais après on peut considérer que... Mais c'est vrai que quand le parent dit
117 « en fait non, là il n'y aura pas de musique, il n'y aura pas d'écran, il n'y aura pas de
118 machin, il n'y aura pas de truc », t'es là bon bah .. tu peux pas aller contre leur avis donc
119 bon bah...ok... On discute avec le parent en disant « ouais mais en fait... » Il peut y
120 avoir des situation familiales compliquées.. Quand avec un parent tu fais comme ça et un
121 autre parent d'un autre façon.. enfin quand t'as le père et la mère quoi et que chacun fait
122 d'une façon différente ... ben tu te retrouve là à dire « bon bah.. d'accord » voilà.. Ça peut
123 être une limite aussi... et l'urgence aussi dans laquelle tu dois le faire... Peut-être que
124 oui.. si l'enfant il a 40 de fièvre et qu'il faut que tu fasses un bilan assez rapidement, tu
125 essaie une distraction, deux... ça marche pas ben... voilà.. Là t'essaie de trouver d'autres
126 trucs... mais voilà..
- 127 - **Et qu'est-ce qui vous permet d'établir une relation de confiance du coup avec**
128 **l'enfant ?**
- 129 - Plutôt par commencer à connaître l'enfant... tu sais par quelques mots quelques trucs...
130 ça permet déjà de pouvoir que l'enfant il ait un peu moins peur de toi voir avec lui pour
131 les distractions qui peuvent lui plaire... intégrer le doudou... intégrer la tétine si elle là
132 aussi, intégrer peut-être les livres ou quoi... et puis quand on a la possibilité de pas faire
133 le soin au réveil pile euh... voilà... peut-être dans ces moments-là on va avertir, faire
134 quelque chose le matin... enfin bien sûr quand on est au courant... Quand on sait pas, on
135 sait pas hein... Mais voilà.. essayer d'intégrer un peu l'enfant dans cette prise en charge et
136 surtout intégrer le parent. Parce que prendre le parent sous le fait accompli... ses parents

137 ils commencent à stresser, ils commencent à être contre ce que tu fais bah l'enfant il va le
138 sentir tout de suite, peu importe l'âge qu'il a il le sentira... et voilà... Ça risque de ne pas
139 aider aussi. Il y a des enfants aussi qui en fonction des pathologies qu'ils ont.. par
140 exemple pour les péritonites, nous on les gardait cinq jours ou antibiothérapie au bout du
141 cinquième jour on refaisait une prise de sang et puis la prise sang déterminait ou pas si la
142 sortie était possible. Parce que c'est pareil ça intègre l'enfant dans cette prise en charge en
143 disant « voilà, il va falloir faire une prise de sang, en fonction des résultats de la prise de
144 sang peut-être tu rentre à la maison, peut-être pas... » Donc quand l'enfant il a la capacité
145 de comprendre ça, je pense qu'il est important de lui expliquer pourquoi on fait les
146 choses. Bon après à 3 ans c'est plus compliqué d'expliquer plus concrètement plutôt qu'à
147 un enfant de douze ans mais on peut quand même expliquer à l'enfant de 3 ans que on lui
148 fait le soin parce que bah là il a mal quelque part et qu'il faut qu'on comprenne pourquoi
149 il a mal. Ou lui expliquer pour les enfants qui ont des rhumes de hanche que là on met les
150 tractions mais c'est pas une punition, c'est vraiment pour aller mieux après, pour aller
151 courir avec les copains... fin voilà toujours intégrer l'enfant dans la prise en charge et
152 c'est ça après qui permet la relation de confiance : lui faire comprendre que bah si on fait
153 les soins c'est pas pour lui faire mal, c'est pour qu'il aille mieux... et je pense que c'est
154 comme ça qu'on y arrive. Après bah ça c'est le monde idéal mais après on sait que ça se
155 passe pas toujours comme ça.. mais voilà.

156 - **Tout à l'heure vous avez parlé un peu d'obtenir le consentement de l'enfant... est-ce**
157 **que du coup ce que vous venez de citer par rapport à ces éléments que vous venez de**
158 **citer qui permettent d'établir une relation de confiance avec l'enfant est-ce que du**
159 **coup ils vous permettent finalement d'obtenir son consentement ?**

160 - En l'impliquant dans la prise en charge je pense que le consentement on arrive plus
161 facilement à l'obtenir... maintenant le problème qu'on a c'est que l'enfant de 5 ans s'il te
162 dit « non en fait je veux pas faire la prise de sang » ben le problème c'est qu'en fait on a
163 pas trop le choix en fait... Voilà.. Un enfant qui est brûlé il faut faire ses soins pour qu'il
164 puisse guérir.. Même s'il te dit non ben... malheureusement il n'a pas trop trop le choix
165 quoi... donc ben... ça c'est un peu pareil dans toutes les prises en charge donc c'est ça qui
166 est compliqué... Maintenant quand tu peux faire comprendre à l'enfant que c'est
167 important je pense que ça aussi qui permet que ça aille... On est toujours dans ces limites
168 là en pédiatrie, le consentement est toujours un peu plus compliqué mais de toute façon on
169 ne fera jamais un soin dont les parents ne seront pas d'accord. On ne fera pas un soin juste
170 pour faire un soin, c'est déjà pas le but de base nous en tant qu'infirmier de faire des soins
171 pour faire des soins... Euh... mais... encore moins en pédiatrie quoi...

172 - **Merci... Et du coup dernière question est-ce que vous avez des formations qui t'ont**
173 **apportées des connaissances et des compétences qui pourraient être en lien avec la**
174 **distraction ?**

175 - Grande question l'accès aux formations.... (rires) Voilà...

176 - **Du moins, si vous n'en avez pas, est-ce qu'il y en a qui peut-être vous intéresserait**
177 **qui seraient bah du coup en lien et qui apporterait quelque chose ?**

178 - J'ai fait une formation pour la prise en charge des enfants brûlés au sein de l'Hôpital
179 Trousseau dans lequel on travaillait ensemble, moi je travaillais à Créteil. Et euh... et
180 c'est vrai que cette formation là ça permet de comparer nos pratiques, comparer les
181 pratiques pour permettre de faire évoluer les choses et faire évoluer les choses ben du
182 coup on arrive aussi à amener une distraction différente, voir comment les autres font,
183 parce qu'on ne fait pas spécialement toujours comme il faut. Après j'ai eu d'autres

184 formations sur les enfants qui ont été victimes de maltraitances ou de choses comme ça,
185 ça aussi c'est un autre type de soin... J'ai eu cette formation-là, ça aussi c'est un autre
186 type de soin là aussi qui était super intéressante et euh... et puis après sur les soins
187 d'urgence en pédiatrie qui est aussi une formation importante et en fait quand tu sais ce
188 que en fait c'est quand même plus simple d'avoir les bons réflexes comme ça tu n'y pense
189 pas et donc tu peux plus mettre en place la distraction et le soin. Maintenant voilà, la
190 formation que j'aurais vraiment beaucoup aimé faire et que j'ai pas pu faire c'est tout ce
191 qui est hypnose et tout ça. C'est une formation qui m'aurait vraiment beaucoup plu mais
192 qui malheureusement était très demandée et que j'ai malheureusement pas pu avoir.

- 193 - **Donc du coup pour vous qu'est-ce que l'hypnose vous aurait apporté en terme de**
- 194 **compétence en plus dans la distraction ?**
- 195 - Ça permet peut-être une modification du discours.... Du discours et permettre à l'enfant
- 196 de s'évader un peu plus facilement et de lâcher un peu plus prise... Je pense que c'est
- 197 quelque chose qu'on apprend au fur et à mesure en faisant les soins hein... mais je pense
- 198 que ça aurait été un plus.
- 199 - **D'accord super. Voilà c'est terminé, merci !**

1

1 - **Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ? Pouvez-vous me raconter votre**
2 **parcours du coup ?**

3 - Au lycée j'ai fait une filière générale et du coup le corps humain, ça me plaisait plus.
4 Ensuite, j'ai postulé sur Parcoursup. Il y a la promo Parcoursup 2019-2022. J'ai postulé sur
5 Parcoursup, j'ai été acceptée sur les quatre-vingts IFSI que j'avais demandé, les quarante.
6 J'ai choisi Avignon. Et après, une fois que j'ai été diplômée, en juillet 2022, je me suis
7 inscrite pour passer un master en santé avec la double diplomation, le nouveau décret qui
8 est sorti, le 12 septembre 2021, pour faire la formation sur deux ans de puéricultrice. Donc
9 voilà là actuellement, je suis en plein dedans. En tant qu'expérience pro, ce que je peux te
10 dire, les deux mois où j'ai été diplômée... Après ma diplomation en tant qu'IDE, j'ai travaillé
11 en service adulte en rhumato/dermato. Et après, je suis rentrée à l'école et j'ai signé un CDD
12 pour travailler en chirurgie, parce que comme c'est la-bas que sont mes études. Et
13 actuellement, je suis en service de nuit, donc en chirurgie grands enfants.

14 - **D'accord, super. Pour toi, en quoi la prise en charge de l'enfant est elle**
15 **particulièrement spécifique ?**

16 - Par rapport à l'adulte ou tu me parles juste par rapport à l'enfant ?

17 - **Non, par rapport à l'enfant, vraiment.**

18 - À l'enfant en général. Pour moi, c'est spécifique parce que je vais prendre l'exemple de
19 l'adulte. Pour comparer à un adulte, il a appris tous les codes sociaux, il sait quand c'est
20 qu'il a mal, quand c'est que... enfin il sait ce que c'est qu'un hôpital, il sait ce que c'est les
21 soins... Alors qu'un enfant, euh... ben c'est tout l'inverse. L'enfant, ben l'hôpital, c'est un
22 lieu inconnu. C'est... il faut tout appréhender avec lui, il faut... euh... comment dire ?...
23 C'est pas un adulte miniature. Ce que je veux dire, c'est qu'il faut qu'on enveloppe cette
24 partie de lui, sachant que si tu lui expliques correctement, fin, si tu lui expliques avec des
25 termes simples et le geste qu'on va réaliser euh... enfin toute la prise en soin, il est capable
26 de te comprendre même à trois ans. Après, il faut qu'il ait le biais de papa et maman ou
27 quelqu'un qu'il connaît pour être rassuré. Mais après ça, je pense que c'est propre à chacun
28 et c'est propre à chaque professionnel. Moi, je sais que je travaille beaucoup avec les

29 parents, tu vois... Je ne suis pas à dire « Non, les parents, ils sortent... ». Je parles de la
30 spécificité de l'enfant, mais il faut parler aussi du côté parental, parce qu'on ne peut pas
31 soigner un enfant sans ses parents, enfin pour moi... sauf en cas d'urgence où les parents
32 peuvent être contraignants euh... si, je ne sais pas, admettons... l'enfant, il fait un arrêt
33 cardio respiratoire. Parfois, il y a des parents... ça ne m'est pas arrivé, mais c'est arrivé à
34 une de mes collègues en l'occurrence, où en gros, une petite qui avait eu une crise
35 d'épilepsie. La petite, elle a convulsé pendant plus de cinq minutes et les parents, ils étaient
36 trop sur la petite, enfin sur l'enfant et ils ne voulait pas s'en séparer. Du coup, on a dû faire
37 intervenir la personne de sécurité. Et là, entre qu'est ce qui est éthique, qu'est ce qui n'est
38 pas éthique, est ce que moi, en tant que soignant, je peux faire... enfin jusqu'où on peut
39 franchir la barrière de se dire les parents n'ont pas accès à voir l'état de santé de son enfant.
40 Voilà après je ne sais pas si j'ai bien répondu à ta question, si c'est ce que tu attends. Moi,
41 je sais que je parle beaucoup.

- 42 - **Non, non, il n'y a pas de souci. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.**
- 43 - Oui, c'est vrai que les questions sont larges donc du coup...
- 44 - **Oui, voilà, c'est ça, c'est fait exprès pour que chacun y mette ce qu'il entend là-dedans**
45 **et après, je vais un peu plus dans la précision sur certains points. Donc du coup vous**
46 **venez de parler des parents. Pour vous, ils sont essentiels aux soins, est-ce que vous**
47 **les voyez plutôt comme un allié, une aide du moins, dans la prise de charge ?**
- 48 - Pour moi, totalement. Clairement, c'est ça. Pour moi, on ne peut pas soigner les enfants
49 sans les parents, à part quand je suis en situation d'urgence où là, je crois que je suis un peu
50 contrainte de dire aux parents « S'il vous plaît, est ce que vous pouvez nous laisser... » Tu
51 vois parce que parfois, des fois.... Excuse moi... il y a des parents qui refusent de voir
52 aussi leur enfant souffrir, refusent de voir leur enfant mal et du coup, de eux mêmes, ils
53 savent qu'ils sortent. Ils savent et ils sortent.. de la pièce, de la chambre. Mais c'est vrai que
54 pour moi, c'est un atout majeur dans la prise en soin de l'enfant. On ne peut pas dissocier
55 les deux, pour moi, voilà...
- 56 - **D'accord. Du coup, quels sont les éléments qui vous permettent de personnaliser un**
57 **soin auprès d'un enfant ?**
- 58 - Tu entends quoi par « éléments » ?

- 59 - **C'est ce qui te permet... Qu'est ce qui te permet d'individualiser, avec un enfant faire**
60 **telle chose ou une autre faire autre chose quand tu le prends en charge...**
- 61 - D'accord. Ben ça dépend de l'enfant, de qui en face... que j'ai. Moi, l'enfant, je le prends
62 dans sa globalité, donc je parle avec lui, je demande ses centres d'intérêts. Par exemple,
63 pour les tout-petits euh... pour les petits de trois ans jusqu'à cinq ans, six ans, je leur
64 demande par exemple ce qu'ils aiment bien écouter comme musique. Mais même les ados
65 hein.... je leur demande « Qu'est ce que tu aimes ? » Alors il y en a qui vont me dire «
66 Moi, j'aime bien les comptines. Moi, j'aime bien cette comptine. » Du coup, pour faire le
67 soin, je mets en place, j'utilise mon téléphone, sachant qu'on n'a pas le droit, mais on n'a
68 pas les moyens à l'hôpital. Donc j'utilise mon téléphone, je mets la comptine qui veut
69 comme ça... et si je demande « Est-ce que tu veux que papa soit là ? Est-ce que tu veux
70 que maman te tienne la main ? » Est-ce que, par exemple, pour une prise en soin pour la
71 douleur, je demande « Est ce que tu veux le masque ? » Donc c'est avec le MEOPA, pour
72 atténuer la douleur, pour préparer surtout en fait, à cet événement. Il y en a qui veulent, il
73 y en a qui ne veulent pas, mais du coup, on essaye de... Pardon, j'ai un chat dans la gorge...
- 74 - **Il n'y a pas de soucis.**
- 75 - On essaye de faire en sorte... Après, quand ils sont plus grands, on propose des patchs
76 EMLA, mais on propose aussi des patchs EMLA aux enfants. Après, il faut aussi surtout
77 bien respecter les délais d'action du patch, parce qu'il y en a qui posent le patch, mais qui
78 le retirent. Mais en fait, il n'y a pas fait son effet. Il faut savoir que ça dure une heure, mais
79 bon, voilà, après, c'est une apparenté... Mais euh.. ouais, après, moi, franchement, c'est
80 interdépendant de l'enfant. C'est-à-dire que ça va être par rapport à ce que lui, il va me
81 renvoyer et ce qu'il va me dire. Par exemple, il y en a, ils me disent « Oui, moi je veux voir
82 quand tu me piques pour la prise de sang » Tu vois... Alors, pour un enfant, ça peut être
83 euh... Ça peut être surprenant. De la part d'un enfant, ça peut être surprenant parce que tu
84 te dis « OK, il y a des adultes qui ne veulent pas, tu vois ? Il ne veut pas regarder. » Je lui
85 ai dit « OK ». Il me dit, je lui ai demandé « Est-ce que tu veux que je te préviennes quand
86 je te piques ? Est-ce que tu veux que... ? » En fait, c'est tout basé sur lui. Ce n'est pas moi
87 qui décide à sa place, ce n'est pas moi qui le fait à sa place. Par exemple euh... pour le
88 retrait d'un pansement chirurgical, si ce n'est pas en stérile, des fois, l'enfant ne veut pas
89 qu'on le touche. Alors je lui ai dit « Est ce que tu veux que ce soit maman qui le retire ou

90 est-ce que tu veux que ce soit maman et/ou papa ? » Enfin, nn des parents et du coup, ça
91 m'est arrivé une fois, le petit ne voulait absolument pas qu'on le touche. Du coup, j'ai dit à
92 la maman « Écoutez, je vais rester derrière vous, je vais vous expliquer comment on fait ».
93 Du coup, la maman je lui ai expliqué, elle a retiré le pansement, dans les règles d'asepsie
94 et tout ça, j'étais derrière elle et ça s'est super bien passé. Le petit était plus que content et
95 il était heureux. Du coup, après la fin, il m'a dit « Est ce que je peux avoir un pansement
96 propre pour pouvoir mettre sur maman ? » Bref, c'est tout... Vraiment, je le répète, mais
97 c'est dépendant de chaque enfant. Chaque enfant est unique, chaque enfant va te présenter
98 quelque chose. Il n'y a pas de... Ce n'est pas les mêmes. Et puis, il ne faut surtout pas se
99 dire « Il a quel âge ? » C'est ça, ça, ça. Non, il faut laisser libre cours à son imagination. Il
100 faut être très créatif dans ce milieu. Il faut... il faut euh... ouais, il faut un peu se mettre
101 dans la tête du petit aussi et se dire « ben oui, ce n'est pas évident, il est pas chez lui, il est
102 dans un endroit qu'il ne connaît pas, avec des gens qu'il connaît pas » Donc, la relation de
103 confiance dans ce milieu là, c'est « plus plus », clairement. C'est hyper important. Si tu ne
104 peux pas installer une relation de confiance, si par exemple, je ne sais pas, il n'y a pas ce
105 contact, il y a pas ce truc, tu appelles à ton autre collègue ou si elle n'est pas disponible, tu
106 reportes le soin. On fait en fonction de l'enfant.

107 - **Justement, par rapport à cette relation de confiance, comment tu arrives à la mettre**
108 **en place ? Tu en as un petit peu parlé, mais comment est ce que tu arrives à la mettre**
109 **en place auprès de l'enfant ?**

110 - Au départ, tu te présentes. Moi, comme je suis en chirurgie, les enfants, c'est des courtes
111 durées, donc j'arrive dans la chambre, je me présente. Généralement, j'ai des petits...
112 Comment on appelle ?... J'ai un badge avec un pansement et une petite montre avec une
113 fleur. Ça fait une montre avec une fleur. Du coup, de suite, les enfants, ils sont... Enfin, les
114 petits. Les petits, après, les plus grands, c'est un peu plus compliqués, mais les plus petits,
115 direct, ils sont là, ils te disent « Moi, je veux ta montre. » Du coup, comme ça, tu installes
116 cette petite relation de confiance et surtout, ça aide à la relation de confiance aussi avec les
117 parents, de se dire « Tu te présentes... » Surtout ça, en fait. Déjà, rien que ça. Et ensuite,
118 moi, je sais que c'est beaucoup par les jeux, beaucoup par les blagues.. enfin voilà c'est
119 beaucoup par l'ironie. Et du coup, ben.. moi, je trouve que ça passe bien et les enfants, de
120 suite, ils accrochent. Je te dis ça pour les enfants qui ont entre trois et... huit, neuf ans.

121 Voilà. Mais après, le reste, c'est plus... Pour créer la relation de confiance, je vais aller
122 chercher ce qu'eux, ils aiment et ensuite, du coup, je crée petit à petit. Mais c'est vrai que
123 dans un service de chirurgie ou même en dehors d'un service de chirurgie, mais dans un
124 service où c'est des courtes durées, où tu vois les enfants sur un court instant, ce n'est pas
125 évident d'avoir leur confiance. Mais après, pour les petits aussi, mais j'ai remarqué que du
126 moment que tu avais les parents qui étaient confiants avec toi, qu'ils étaient... qu'ils te
127 laissaient faire, etc ben... l'enfant, comme il voit sa mère ou son père faire confiance aux
128 soignants, j'ai remarqué que ça passait beaucoup plus simple et que j'arrivais à faire plus
129 de soins avec lui. Et c'est plus agréable. C'est vrai que quand les parents, ils n'ont pas trop
130 confiance parce qu'ils savent que c'est de l'hôpital et ils en ont peur, c'est un peu plus
131 compliqué. Parce que pour moi, c'est un enfant, face à ses parents, c'est un petit peu une
132 éponge. Du coup, il va être stressé comme les parents et s'enchaîne le fait qu'on peut réaliser
133 des soins difficilement. Ça, je voulais aussi te dire, pour la relation de confiance... Pour la
134 relation de confiance, il y a un frein aussi pour la relation là où je travaille avec la barrière
135 de la langue. Il y a des enfants qui ne parlent pas français. On a des enfants, par exemple,
136 on en a une qui venait de Roumanie et qui a été hospitalisée ... qui est toujours hospitalisée.
137 Au départ, c'était très compliqué parce que déjà, on l'a transférée en France et elle, elle
138 habite en Roumanie. Elle ne connaissait pas notre langue. Elle connaissait un petit peu des
139 mots d'anglais, mais elle sans plus. Les parents, barrière de la langue complète mais ils
140 parlent un petit peu anglais, mais c'était très compliqué. Donc du coup, quand tu es soignant
141 et que tu ne parles pas anglais.. ou tu as des bases, mais voilà... c'est très compliqué de
142 pouvoir aller au contact de l'enfant et au contact des parents. Généralement, les parents se
143 mettent en retrait face à ça et ils sont... comment dire...

144 - **Ils sont pas acteurs peut-être ? Ou ils se sentent moins acteurs ?**

145 - Oui, c'est ça. Ils se sentent moins acteurs dans la prise en soin de leurs enfants, exactement.

146 - **Par rapport à cette relation de confiance, le fait de l'instaurer, est ce que ça te permet
147 d'obtenir le consentement de l'enfant pendant les soins ?**

148 - Pour moi, oui. Ça dépend du contexte et ça dépend surtout... Tu peux avoir le consentement
149 de l'enfant à un instant T, mais par exemple, deux minutes après, trois minutes après, tu
150 vas lui redemander si tu peux y aller, par exemple, pour un bilan sanguin, tu préviens
151 l'enfant, tu lui dis voilà... Tu l'as prévenu au préalable comme quoi tu allais réaliser le bilan

152 sanguin, tu vas dans la chambre, tu lui réexpliques, tu lui expliques voilà, on va faire une
153 toute petite piqûre de moustique et tu verras, ça va aller. Tu vas voir papa et maman qui
154 seront à côté de toi. Ça va super bien se passer. On va mettre de la musique, ça va être
155 joyeux, tu vas voir, c'est trop bien. Après, bien évidemment, ça passe ou ça passe pas.
156 Mais... ce que je viens de te dire, c'est que tu as une limite vis-à-vis de ça. C'est à dire que
157 par exemple, pour un enfant de trois ans, ça passe. Pour un enfant de neuf ans, tu ne vas
158 pas lui dire ça comme ça parce qu'il sait très bien ce que c'est. S'il a déjà été hospitalisé, il
159 sait ce que c'est...Si... S'il en a eu peur peut être avant...C'est aussi selon les autres
160 soignants aussi... Selon comment les autres soignants ont approché le soin, il y a tout qui
161 rentre en jeu. En même temps, tu peux avoir le consentement et d'un autre, tu ... tu ne peux
162 plus avoir et c'est à toi à aller le rechercher. Ou si c'est trop pour l'enfant, on fait une pause,
163 on reporte le soin ou on remet le soin plus tard, on passe le relais, tout simplement. Et
164 voilà... on passe ce relais à l'équipe de l'après-midi ou du matin ou si on est de nuit, à notre
165 collègue de nuit et on avise quoi.

166 - **Du coup, quel est selon toi l'intérêt de l'utilisation de la distraction durant un soin ?**
167 **Tu en as parlé déjà tout à l'heure un petit peu, mais est ce que tu vas l'utiliser de façon**
168 **systématique ou non ?**

169 - Pour moi, l'intérêt...c'est déjà que l'enfant se sente en sécurité. Déjà, pour ne pas se dire,
170 comme pour un adulte en service hospitalier, l'adulte, on ne va pas le distraire. Ça dépend,
171 mais moi, je sais que l'adulte, on ne le distrait pas. Ça ne marche pas. Alors que chez
172 l'enfant, on a cette possibilité et je pense qu'en le distrayant, ça apporte quelque chose pour
173 l'enfant. Moi, j'ai des collègues qui m'expliquaient, et je crois que c'est une étude qui avait
174 été menée aussi, je saurais plus te ressortir l'étude... mais que, par exemple, en maintenant
175 l'enfant de force pour faire un soin, et bien, ça crée un traumatisme pour l'enfant.. Moi,
176 après, je l'ai vu en service... parce que j'ai des collègues qui parfois n'utilisent pas la
177 distraction de l'enfant et qui font de force. Quand après c'est à toi, et bien l'enfant, de suite
178 à la peur. Est-ce que c'est la solution ? Oui, tu maintiens l'enfant, voilà il bouge plus, mais
179 il est énervé, il a peur, il est triste... Alors que si tu utilises la distraction de l'enfant, tu vas
180 mettre des bulles, tu vas mettre des jeux, tu vas mettre plein de choses qui sont en place,
181 des jeux, l'utilisation du téléphone... Moi, je mets un petit peu de bémol sur ça.
182 Normalement, le téléphone, ce n'est pas à 3 ans, mais la question qui se pose, c'est qu'est

183 ce qu'on pourrait faire chez un enfant de trois ans qui est dans une chambre d'hôpital
184 pendant un mois ou deux et qui ne peut pas sortir, qui... qui est isolé. Je vais te prendre le
185 cas, j'ai été.. Alors, ça s'appelle l'UPIX. J'ai fait un stage là bas, c'est de l'onco..
186 onco/hémato et en gros, c'est un service où ils font des greffes de moelle osseuse.
187 Généralement, ils sont en aplasie médullaire, donc ils sont mit dans des chambres sous flux
188 et ils ne peuvent pas sortir de leur chambre pendant toute la durée du traitement. Donc ça
189 peut varier d'un mois jusqu'à deux mois. C'est très, très long. Du coup, tu te dis, mais ces
190 enfants là, à part la télé, la tablette...euh... voilà... Malheureusement, il faut peser le pour
191 et le contre. C'est sûr que éviter les écrans avant trois ans, c'est le mieux, mais entre la
192 théorie et la pratique, c'est deux choses différentes. Honnêtement, ça a un réel intérêt dans
193 le fait que dans le fait que tout simplement, c'est magique parce que des fois, il y a des
194 enfants... Alors, ça m'est arrivé une fois, j'étais trop contente ! J'avais fait un bilan sanguin
195 à une petite, elle avait quatre ans, je crois. Et je lui ai dit « Écoute, il faut que je te fasse ta
196 petite prise de sang ». Ce n'était pas sa première fois, parce que mes collègues en avaient
197 déjà fait un. Et je lui ai expliqué que voilà, est ce que... Non. Je lui ai expliqué le soin, je
198 lui ai dit « Voilà, je vais refaire la prise de sang ». Comme tous les débuts... les matins à
199 six heures, je dis que je te réveille, que tu n'apprécies pas, mais il faut le faire parce que
200 c'est urgent. Du coup, je lui explique, je fais tout en sorte, je lui demande ce qu'elle aime,
201 je mets en place. Et une fois que j'ai fait, elle me dit « Regarde », elle me dit « Mais j'ai
202 rien senti » Alors je dis « Écoute, tant mieux, c'est que ça a marché et que la musique, elle
203 t'a bien détendue, etc. » Et je travaillais la nuit d'après et elle me dit le lendemain matin,
204 elle était déjà réveillée. Je passais dans la chambre pour les surveillances normales, pour
205 surveiller et pour constanter et là, elle me dit « Alors, c'est l'heure de la prise de sang. Tu
206 vas me la faire ce matin. » Et elle était là, en train de se faire la prise de sang toute seule.
207 Je me suis dit « Voilà. » Voilà, tout simplement...

208 - **Ça a mis un... En fait, du coup, quand tu dis que tu les as pas longtemps, mais tu as**
209 **quand même une certaine notion... Il y a quand même une petite notion de chronicité**
210 **dans les soins comme là. Est-ce que c'est mieux ou pas ? Parce que là, par exemple,**
211 **c'est ce qui a permis de peut-être connaître un peu plus l'enfant et du coup, ça t'a**
212 **peut-être apporté quelque chose aussi dans la relation, de mettre en place cette**
213 **distraktion ?**

- 214 - Oui. Après, c'est sûr que plus on les a longtemps, mieux on les connaît. Et moins on les a
215 longtemps, moins... Enfin, c'est plus difficile. En fait, c'est vraiment... Tu joues à l'énigme.
216 Tu vas proposer un truc, autant ça va passer direct. Il va te dire « Oui, je veux ça. » Et il y
217 en a d'autres, ça va être très compliqué, donc il va falloir que tu cherches... Même par le
218 biais des parents. Moi, des fois, je leur demande parce que des fois, les enfants, ils ne te
219 répondent pas. Moi, je leur demande, mais est ce qu'il aime... Dites nous ce qu'il aime pour
220 qu'on puisse se mettre en place. Et les parents, de suite, ils te disent « Ça, ça, ça. » C'est
221 vrai que les enfants, ils sont plutôt renfermés. Encore une fois, comme je te le répète, c'est
222 dépendant de chaque enfant. Et oui.. moi, je pense qu'il y a une importance quand même
223 dans la durée d'hospitalisation et que forcément, si l'enfant connaît l'équipe, il sera plus
224 facilement... Ça sera plus facile pour les soins que quelqu'un qui ne connaît pas, qu'il voit
225 débarquer dans la chambre, se présenter. C'est compliqué. Mais après, c'est à nous à faire
226 en sorte que ça soit le moins possible et que ce soit toujours dans l'intérêt de l'enfant.
- 227 - **Est ce que la distraction, elle a des limites dans ton quotidien ?**
- 228 - Oui, il y en a. Je vais te prendre le cas simple, c'est la situation d'urgence. Le gamin, il fait
229 un arrêt cardio respiratoire, là, tu n'as pas le temps de le distraire. Des fois, il n'est pas bien
230 du tout... Ou une désaturation, tu ne vas pas le distraire... Tu vas y aller, tu vas brancher
231 ton oxygène, tu lui expliques par contre, ça oui, tu lui dis « Voilà, pour ton bien, tu vois, tu
232 respirez mal, il faut qu'on te mette les lunettes. » C'est le plus dur parce qu'ils n'acceptent
233 pas, généralement. Ils te disent « Non, moi, j'ai peur. » Mais c'est là, tu le fais, tu vois...
234 Bon, après, tu le distraies, mais il y a des cas où tu ne peux pas. Par exemple, une crise
235 d'épilepsie.. ben voilà... je ne sais pas.. c'est pas qu'il n'y a pas d'intérêt, mais le distraire...
236 généralement, il n'est pas conscient, il ne va pas te répondre. Bien sûr, des fois, il va voir,
237 il va voir ce que tu fais, mais tout dans l'explication. Là, tu ne vas pas forcément utiliser
238 une distraction. Pour moi, dans le cas de l'urgence, c'est...
- 239 - **Oui, bien sûr que ce n'est pas adapté.**
- 240 - Urgences... Alors, je vais rectifier parce que je dis urgence, mais urgence vitale... Parce
241 qu'il y a les services d'urgences pédiatrique et dans les urgences pédiatriques, ils utilisent
242 la distraction. Mais dans certains cas, c'est compliqué. Il faut aller vite et il faut faire bien,
243 voilà...
- 244 - **Est-ce que tu avais déjà fait des stages en pédiatrie avant ?**

- 245 - Oui. J'ai fait des stages en... Après, j'ai fait un stage en néonatalogie de dix semaines quand j'étais
246 à l'école d'infirmière et j'ai fait un stage en crèche, mais en services hospitaliers, je n'avais
247 pas encore fait, il me semble, non..
- 248 - **Je sais que tu es actuellement en formation, mais est-ce que... Ma dernière question,**
249 **c'était à propos des formations. Je demandais s'il y avait des formations qui t'avaient**
250 **apporté des connaissances et des compétences en lien avec la distraction. Tu sors de**
251 **l'école, tu y es encore, etc, mais est ce que peut-être il y en a qui t'intéressent pour plus**
252 **tard et qui pourraient t'apporter quelque chose dans la relation ? En lien du coup**
253 **avec la distraction.**
- 254 - Alors... Là, je suis en plein dedans, donc c'est un peu difficile de dire oui. On voit par
255 rapport au développement de l'enfant, ce qui peut être mis en place, ce qui ne peut pas être
256 mis en place et pourquoi. Généralement, à raison de l'âge de l'enfant, à raison de ses
257 capacités à comprendre, etc. Mais oui, après, là, comme je te disais, c'est un master en
258 santé, en double diplomation avec la l'année d'infirmière puéricultrice, spécialisée en
259 puer... Et donc du coup, là, notre directeur de formation, celui qui s'est occupé de notre
260 formation, nous explique qu'il y aurait potentiellement des équivalences qu'on pourrait
261 passer pour faire IPA Puer. Pour l'instant, ce n'est pas acté, mais il y aurait cette notion.
262 Moi, honnêtement, ça m'intéresserait beaucoup parce que, que ce soit en milieu hospitalier
263 et en milieu libéral, ce serait super pour justement ça et mettre en place en dehors de
264 l'hôpital, mettre en place en milieu libéral comme l'infirmière libérale chez les patients,
265 chez les adultes, et bien nous, chez les enfants. Je ne pourrais pas te dire s'il y a des DU de
266 ça, je ne crois pas, il me semble pas, mais des diplômes universitaires qui sont spécialisés
267 dans ça. Moi, je sais que dans la formation, on apprend, on a des cours sur ça, mais après,
268 c'est honnêtement, je vais te le dire, c'est sur le terrain que tu apprends le plus. C'est en
269 exerçant. Forcément, quand tu sors du diplôme, c'est encore différent. Moi, ce que je
270 regrette un peu, c'est que dans notre formation infirmier commune, voilà.. on n'ai pas de
271 cours spécifiques à l'enfance. Ça manque parce que moi, ce que je me dis, c'est... Je suis
272 infirmière, je travaille en service de pédiatrie, mais je n'ai aucune connaissances donc, pour
273 moi, je suis un potentiel danger. A moins que tu te formes... Pour moi, se former sur le tas,
274 ce n'est pas ma devise. C'est des enfants et c'est des êtres humains qu'on a entre les mains.
275 Ce n'est pas des pains au chocolat ou des croissants. C'est très compliqué. Je parle pour...

- 276 je presse ma paroisse un petit peu en disant que ça nous dévalorise un petit peu, aussi en
277 tant que puéricultrice, parce qu'il y a des infirmières qui vont rentrer dans des services
278 pédiatriques et nous, ça va créer un climat un peu... Ça crée déjà un climat un peu de...
- 279 - **De rivalité ?**
- 280 - Pas vraiment de la rivalité. C'est plus « oui, si on pourrait appeler ça comme ça ». Parce qu'
281 on a les apports, on a les connaissances. Après, je ne dis pas, les infirmières... Vous exercez
282 le même... Avant notre réforme, il y avait des cours, je le sais, sur la pédiatrie, ils avaient
283 un certain nombre d'heures, mais là, actuellement, on n'en a pas. Ou alors on voit très
284 brièvement, mais ce n'est pas suffisant. Ce n'est pas suffisant pour pouvoir aller exercer à
285 l'hôpital. Moi, personnellement, honnêtement, j'attendais de rentrer dans cette formation
286 pour pouvoir travailler en tant qu'infirmière à l'hôpital, sinon je ne l'aurais pas fait,
287 honnêtement. Parce que pour moi, je trouve ça, c'est trop dangereux.
- 288 - **D'accord, c'est terminé du coup... Merci pour cet entretien...Riche en anecdotes !**
- 289 - Ah ben c'est ce qui est le plus intéressant !
- 290 - **Oui, merci beaucoup.**

8- Grilles d'analyse

Thème : Spécificités de l'enfant					
Sous-thèmes	IDE 1 : Marie	IDE 2 : Marion	IDE 3 : Margaux	IDE 4 : Raphaëlle	IDE 5 : Célia
Émotions	« son mode de fonctionnement est très basé sur ses émotions et s'il a pas envie de faire quelque chose c'est compliqué de trouver à lui faire accepter la chose. Donc on a pleins de stratagèmes pour y arriver. » (L.19-21)	« Donc il va falloir euh... lui expliquer sans lui faire peur mais de façon à ce qu'il comprenne aussi et de façon à ce qu'il soit pas surpris quand il va effectuer tel ou tel soin. » (L.28-30) « c'est très étranger pour les enfants, c'est très particulier l'hôpital. C'est un rapport à la maladie, à la mort, tout ça.. qui n'est pas comme nous donc il faut les rassurer au maximum là-dessus. Ils peuvent avoir des angoisses de mort hein. Il viennent pour un « petit truc » si on peut dire ça comme ça et ils peuvent avoir peur de mourir, ils peuvent le verbaliser alors qu'il n'y a pas de risque a priori. Voilà... ils viennent pour un petit virus, il n'y a pas de raison mais...tu sais pas ce qu'il se passe dans la tête de l'enfant, ce qu'il a vécu. Ça peut lui rappeler des choses : ben... papy il vient de décéder et c'était à l'hôpital donc lu il se retrouver à l'hôpital donc peut-être qu'il va mourir. Donc il faut vraiment les rassurer » (L.153-161) « le gamin il va le ressentir, c'est des éponges les enfants, ils ressentent tout donc il faut que le parent il soit convaincu	« ça permet aussi les éléments de distraction de détendre les parents qui des fois peuvent être stressés et qui du coup aussi euh... une fois que les parents sont déstressés nous font confiance aussi du coup l'enfant relâche plus facilement aussi puisqu'il voit que les parents sont en confiance donc il fait confiance aussi » (L.77-80) « Donc oui justement ces éléments de distraction ça aide sur la relation avec les parents qui va aider du coup sur la relation avec l'enfant. Et puis ça permet aussi à l'enfant d'être moins stressé même à nous aussi d'être moins stressé » (L.85-87)		

Thème : Spécificités de l'enfant					
Sous-thèmes	IDE 1 : Marie	IDE 2 : Marion	IDE 3 : Margaux	IDE 4 : Raphaëlle	IDE 5 : Célia
La triade parents/enfant/soignant	<p>« Pour moi ils sont vachement aidants. Sans eux euh... souvent, la majorité du temps on pourrait pas faire le soin. Ils sont hyper aidants, ils sont là pour... en fait c'est de leur propre initiative qu'ils viennent pour faire soigner leur enfant du coup c'est eux qui décident de venir donc s'ils n'étaient pas aidants, s'ils ne voulaient pas faire des choses, ce serait compliqué pour nous euh... Eux ils sont vraiment là comme un soutien » (L.29-34)</p> <p>« C'est les parents qui décident et du coup... c'est pas eux le maître de leurs actions. » L.25-26</p> <p>« si jamais on leur demande de faire quelque chose ils le font volontiers, par exemple chanter ou raconter une histoire.. Ils rentrent dans notre jeu, ils sont souvent avec nous. » (L.37-39)</p>	<p>« quand tu prends en charge l'enfant, tu vas aussi prendre en charge les parents, c'est un trio. Enfin c'est un duo quoi. T'as presque deux patients : l'enfant et le parent » (L.31-33)</p> <p>« c'est un duo, c'est-à-dire que on a l'enfant et les parents. On ne peut pas dissocier les deux ce n'est pas possible. C'est très important » (L.46-47)</p> <p>« toutes les dernières études et même depuis quelques années montrent qu'il faut intégrer le parent au soin, que c'est bénéfique et pour l'enfant et pour le parent euh... dans le sens ou le parent assiste même à un geste invasif ou douloureux. On va même jusqu'à l'intubation parfois on garde les parents mêmes lors de gestes d'urgence et de réanimation parce que ça leur permet de visualiser ce qu'il se passe » (L.50-55)</p> <p>« Et pour l'enfant aussi c'est très bénéfique la réassurance parentale, la présence parentale.. voilà on s'est rendu compte que finalement ça nous aidait beaucoup. » (L.68-60)</p>	<p>« pour moi, il faut absolument que les parents fassent partie de la prise en charge dans les soins de l'enfant parce que ben ... en fait c'est l'élément repère de l'enfant puisque c'est ses parents » (L.24-26)</p> <p>« en incluant aussi les parents dans la relation en montrant des fois les choses sur les parents pour que l'enfant soit rassuré » (L.38-39)</p> <p>« Moi je sais qu'en général quand je prends des enfants en soin je fais euh... participer les parents soit en les faisant s'asseoir avec l'enfant sur les genoux quand c'est possible selon les soins ou en participant pour donner un élément de distraction » (L.82-84)</p>	<p>« quand on prend charge l'enfant on prend pas en charge que l'enfant, on prend en charge aussi le parent et ça a quand même une dimension assez différente de quand on est juste avec l'adulte. La triade est super importante parce qu'on peut avoir des parents qui sont très aidants comme pas du tout. » (L.12-15)</p> <p>« quand il a 6 mois il peut pas donner son consentement donc c'est vrai que c'est le parent qui va être prise de décision pour son enfant et puis c'est lui aussi qui va pouvoir aider au moment du soin, au moment de la prise en charge dans la globalité. » (L.23-26)</p> <p>« ça le parent a un rôle majeur et est le principal euh.. acteur de la vie de son enfant » (L.28-29)</p> <p>« Et encore une fois, le parent est super important au milieu de tout ça s'il est coopérant dans le soin c'est ce qu'il y a de mieux » (L.57-58)</p>	<p>« il faut qu'il ait le biais de papa et maman ou quelqu'un qu'il connaît pour être rassuré ». (L.26-27)</p> <p>« Pour moi, on ne peut pas soigner les enfants sans les parents, à part quand je suis en situation d'urgence où là, je crois que je suis un peu contrainte de dire aux parents « S'il vous plaît, est-ce que vous pouvez nous laisser... » (L.48-50)</p> <p>« Mais c'est vrai que pour moi, c'est un atout majeur dans la prise en soin de l'enfant. On ne peut pas dissocier les deux, pour moi » (L.53-55)</p> <p>« le petit ne voulait absolument pas qu'on le touche. Du coup, j'ai dit à la maman « Écoutez, je vais rester derrière vous, je vais vous expliquer comment on fait ». Du coup, la maman je lui ai expliqué, elle a retiré le pansement, dans les règles d'asepsie et tout ça, j'étais derrière elle et ça s'est super bien passé. Le</p>

Thème : Spécificités de l'enfant					
Sous-thèmes	IDE 1 : Marie	IDE 2 : Marion	IDE 3 : Margaux	IDE 4 : Raphaëlle	IDE 5 : Célia
Limites de la triade		<p>« C'est rare, très très rare qu'on ait besoin de faire sortir les parents lors du soin, c'est dans des situation très spécifiques ou les parents sont trop submergés. En général on arrive à les faire revenir et à les faire se recentrer sur leur enfant. » (L.60-63)</p> <p>« c'est très rare qu'on ait besoin de faire sortir des parents soit trop submergés soit trop invasifs parce que des fois c'est « et qu'est-ce que vous faites ? Pourquoi vous faites comme ça » donc là aussi il faut recadrer : « le soignant c'est moi, le parents c'est vous. Voilà... vous vous êtes parents, vous vous occupez de l'enfant, de le rassurer de la machin... de rester avec lui. Nous on fait notre travail. » (L.66-70)</p> <p>« parfois quand on a des parents qui... euh... qui disent à l'enfant « bouge pas sinon... alors tu fais ça sinon on va te faire la piqûre... » alors là c'est... pas très aidant.. ça arrive hein... ça arrive donc là c'est très aidant donc obligé de recadrer un petit peu à ce niveau là aussi hein... on est pas des méchants » (L.88-90)</p> <p>« Après le parent du coup des fois il joue sa place à ce moment-là, parce que si le parent il est dans notre sens qu'il aide à ce niveau-là avec l'enfant... ça aide. T'as des parents qui sont très en recul, qui ne prennent pas positions, qui laissent un peu faire. Et ça pour l'enfant c'est un peu déstabilisant parce que sa figure rassurante à lui c'est le parent » (L.178-181)</p>			<p>sauf en cas d'urgence où les parents peuvent être contraignants euh... si, je ne sais pas, admettons... l'enfant, il fait un arrêt cardio respiratoire. Parfois, il y a des parents... ça ne m'est pas arrivé, mais c'est arrivé à une de mes collègues en l'occurrence, où en gros, une petite qui avait eu une crise d'épilepsie. La petite, elle a convulsé pendant plus de cinq minutes et les parents, ils étaient trop sur la petite, enfin sur l'enfant et ils ne voulait pas s'en séparer. Du coup, on a dû faire intervenir la personne de sécurité. Et là, entre qu'est ce qui est éthique, qu'est ce que moi, en tant que soignant, je peux faire... enfin jusqu'où on peut franchir la barrière de se dire les parents n'ont pas accès à voir l'état de santé de son enfant. » (L.31-39)</p>

Thème : Spécificités de l'enfant

Sous-thèmes	IDE 1 : Marie	IDE 2 : Marion	IDE 3 : Margaux	IDE 4 : Raphaëlle	IDE 5 : Célia
Développement psychomoteur / affectif	« dès le départ au moment où on rentre dans la chambre alors souvent moi je leur dis « coucou »... Enfin le mot d'entrée va être euh.... Alors que je rentrerais dans la chambre d'un patient adulte, je dirais pas « coucou » (L.98-100)	« je pense qu'il y a des tranches d'âge en pédiatrie qui ont toutes leurs spécificités. On va pas prendre en charge un bébé de la même façon qu'on prend en charge un 3 ans ou un 12 ans, tu vois... » (L.24-26)	« je pense que le monde médical n'est pas un monde qu'ils connaissent ou du moins en général qu'ils découvrent pour la première fois quand ils viennent chez nous quelques soit leur âge. Euh... que l'on a un vocabulaire qui n'est pas forcément compréhensible de leur part » (L.10-13)	« c'est sur que tu vas pas aller mettre une comptine à un enfant de 3 ans tu mettre la même musique que tu vas mettre à un enfant de 12 ans » (L.52-53)	« Pour comparer à un adulte, il a appris tous les codes sociaux, il sait quand c'est qu'il a mal, quand c'est que... enfin il sait ce que c'est qu'un hôpital, il sait ce que c'est les soins... Alors qu'un enfant, euh... ben c'est tout l'inverse. L'enfant, ben l'hôpital, c'est un lieu inconnu. C'est... il faut tout appréhender avec lui, il faut... euh... comment dire?... C'est pas un adulte miniature. » (L.18-23)
Adaptabilité	« pas dire « petite » de pas dire des mots qui font mal, je sais que j'avais des collègues qui faisaient de l'hypnose et qu'il ne fallait pas utiliser des mots péjoratifs ou qui induits la douleur quand on les dit, piqure par exemple. » (L.61-64)	« Même les pathologies en elles-mêmes elles sont spécifiques en pédiatrie. Les choses ne sont pas tolérées pareilles. La fièvre par exemple, elle est pas tout le temps tolérées pareilles donc vraiment c'est... tout est spécifique. C'est un monde à part. »	« il faut adapter nos mots et notre façon de faire comme on pourrait expliquer les soins que l'on va faire parce qu'un enfant c'est certes un enfant, mais il est tout à fait capable de comprendre les choses quand on lui explique avec ses mots » (L.13-16)	« qu'on ne va pas avoir exactement le même vocabulaire, le même comportement » (L.15-16)	
	« Déjà la spécificité ça va être l'explication du soin. Euh... il va falloir utiliser des mots et des termes adaptés tout en étant quand même dans l'information » (L.26-27)	« Il va y avoir aussi l'approche, tu vas pas « ben voilà je vais faire une prise de sang, tac tac » donc c'est... ça prend beaucoup plus de temps il faut gagner sa confiance, utiliser la distraction.... Euh... éviter de faire en sorte qu'il soit vraiment... euh... parce qu'ils ont pas conscience de tout.. La douleur tout ça... Ils ont pas un rapport particulier à			

Thème : Spécificités de l'enfant					
Sous-thèmes	IDE 1 : Marie	IDE 2 : Marion	IDE 3 : Margaux	IDE 4 : Raphaëlle	IDE 5 : Célia
		<p>ça, la maladie » (L.33-37)</p> <p>« C'est important qu'ils comprennent les choses qu'on va leur faire, avec les termes adaptés qui vont pas leur faire peur. Il y a des mots un peu diabolisés : piqure. C'est toujours un peu difficile. Moi-même j'ai encore un peu des difficultés à trouver des fois termes adaptés qui vont pas leur faire peur et il y a certains mots qui vont pas faire peur à certains enfants » (L.129-133)</p>			
Droits		<p>« l'enfant il a droit à l'information et les parents aussi » (L.28)</p> <p>« en pédiatrie c'est le consentement parental qui prime légalement j'ai envie de dire parce qu'un enfant on lui demande son avis, on lui demande son consentement mais c'est le parent qui est titulaire de l'autorité parentale et qui du coup doit donner son consentement au soin. » (L.76-79)</p>			

Thème : La distraction

Sous-thèmes	IDE 1 : Marie	IDE 2 : Marion	IDE 3 : Margaux	IDE 4 : Raphaëlle	IDE 5 : Célia
Types de distraction	<p>« j'essaie de voir ce qui l'intéresse, si c'est de la musique, chanter des comptines, si c'est juste parler de ses joueurs de foot préférés ou... de.... Qui est meilleure dans la Pat'Patrouille..... » (L.49-50)</p> <p>« d'avoir des Crocs avec des petites princesses Disney avec des Minions, j'ai des princesses Disney autour du cou... On essaie de faire sourire les enfants, les faire parler un petit peu... ouais les faire euh.... Attiser leur curiosité euh.... Souvent à Noël on va avoir des boucles d'oreille avec des sapins de Noël, on va essayer de ... pas se « clownifier » mais se décorer pour les amadouer.. » (L.104-108)</p> <p>« je regarde avec quoi il est venu avec quel jouet il est venu, si l'a un doudou j'inclus le doudou dans le soin. » (L.53-54)</p> <p>« on a proposé le Kalinox aux parents parce que vraiment l'enfant quand j'allais le voir il était anti-tout » (L.80)</p>	<p>« C'est vrai que quand on l'utilise la distraction bah on essaie de repérer un petit peu si l'enfant il porte des vêtements euh.. avec Pat'Patrouille dessus tu vois on essaie d'embrancher là-dessus... euh... ça va être des petites techniques, des petites astuces, on leur demande ce qu'ils aiment, voilà.. On essaie de parler de sujet qui leur plaisent hein... en fonction de l'âge (...) on essaie de discuter avec eux et d'engager des choses comme ça... » (L.108-113)</p> <p>« Et après il y a quelque chose qui marche bien quand même c'est l'hypnose aussi. Si t'arrive bien à les faire décrocher, partir... entre le MEOPA et l'hypnose, des fois ça, ça marche assez bien » (L.199-200)</p> <p>« T'essaie de prendre un sujet, de le faire partir, de lui faire ressentir des choses donc par exemple, de la plage « tu es sur la plage, il fait bon, tu sens le sable, tu sens les vagues, t'es sur une bouée...machin.. tu bois ton cocktail » fin voilà. Et ça ben...ça marche assez bien</p>	<p>« je passe souvent par les nounours en faisant des blagues ou en essayant de distraire l'enfant (...) soit en essayant de trouver un élément qui va le distraire par rapport à ce que je suis entrain de faire, par exemple avec un dessin animé qui va lui plaire, une chanson qu'il écoute, des choses qu'il peut faire à l'école, du sport ou une activité » (L.32-36)</p>	<p>« qu'il y avait des enfants qui étaient vraiment apeurés par le soin, qui en avait vraiment super peur et donc du coup dans ces moments-là on avait vraiment.. bon déjà les méthodes d'antidouleur de base qui étaient utilisées, mais en plus on avait l'utilisation de MEOPA, l'utilisation de la distraction » (L.70-73)</p> <p>« t'as pleins d'éléments de distraction qui sont possibles et don bah on essaie de les adapter en fonction des enfants. S'il est plus musiqué, s'il est plus compé, s'il est plus visuel on peut projeter des images au mur, s'il est plus tactile on peut proposer des peluches » (L.48-52)</p>	<p>« J'ai un badge avec un pansement et une petite montre avec une fleur. Ça fait une montre avec une fleur. Du coup, de suite, les enfants, ils sont... Enfin, les petits. Les petits, après, les plus grands, c'est un peu plus compliqués, mais les plus petits, direct, ils sont là, ils te disent « Moi, je veux ta montre. » Du coup, comme ça, tu installes cette petite relation de confiance » (L.112-116).</p> <p>« moi, je sais que c'est beaucoup par les jeux, beaucoup par les blagues.. enfin voilà c'est beaucoup par l'ironie. Et du coup, ben.. moi, je trouve que ça passe bien et les enfants, de suite, ils accrochent. Je te dis ça pour les enfants qui ont entre trois et... huit, neuf ans. » (L.118-120).</p> <p>« je pense qu'il y a une importance quand même dans la durée d'hospitalisation et que forcément, si l'enfant connaît l'équipe, il sera plus facilement... Ça sera plus facile pour les soins que quelqu'un qui ne connaît pas. qu'il voit débarquer</p>

Thème : La distraction					
Sous-thèmes	IDE 1 : Marie	IDE 2 : Marion	IDE 3 : Margaux	IDE 4 : Raphaëlle	IDE 5 : Célia
		<p>quand même. Après bah il y a les écrans aussi, les dessins animés on peut dire ce qu'on veut ça marche, les chansons, aussi ça marche bien. C'est quand même important de faire passer les choses, par le jeu aussi... Parce que chez l'enfant tout passe par le jeu quasiment, les apprentissages... » (L.204-210)</p> <p>« tout ce que tu vas mettre en place avant de faire le soin euh... le fait d'essayer de distraire, de lui expliquer les choses, de le détendre, qu'il voit que voilà.. t'es sympa, t'as des petits outils, t'as des petites.. voilà des petit machins... des fois on utilise à l'accueil souvent quand on leur prend les constantes, on utilise des marionnettes, des petits machins... On avait un truc lumineux, voilà.. ça détourne un peu l'attention. Je pense que c'est important d'essayer de tout mettre en place » (L.172-177)</p>			<p>dans la chambre, se présenter. C'est compliqué. Mais après, c'est à nous à faire en sorte que ça soit le moins possible et que ce soit toujours dans l'intérêt de l'enfant » (L.222-226)</p>

Thème : La distraction					
Sous-thèmes	IDE 1 : Marie	IDE 2 : Marion	IDE 3 : Margaux	IDE 4 : Raphaëlle	IDE 5 : Célia
Interets	« c'est que l'enfant arrive à accepter le soin et que le soin se passe le mieux possible...Qu'il garde un bon souvenir, qu'il n'y ait pas de peur de la blouse blanche, de... euh... de création de ce climat de crainte envers le corps médical quel qu'il soit. Après c'est surtout pour que l'enfant garde son âme d'enfant et continue à jouer et continuer d'avoir cette espèce de naïveté alors que c'est quelque chose d'assez sérieux qu'on fait. » (L.90-95)	« c'est très important parce que l'enfant il n'a pas de notion de... de comment dire... Il est pas rationnel comme nous, il peut pas se dire ben il faut faire ce qu'on me dit. Selon l'âge il peut pas se raisonner... donc euh... donc si tu le laisse focalisé sur le soin et tu lui dit « non non il faut poser ce cathéter c'est comme ça, c'est pas autrement » il va pas y arriver » (L.187-190) « Donc il faut mettre en place des choses pour détourner son attention, pour limiter sa douleur. Donc on utilise des patch d'EMLA, le MEOPA... le MEOPA qui a cet effet du coup un peu antalgique, amnésique et de distraction qui va être un petit peu » (L.192-195)	« Je pense qu'il est primordial qu'on le fasse et puis en mettant des choses en place de distraction avec une tablette, avec de la musique ou en discutant sur une activité ou même en montrant le matériel, des fois de leur montrer ou de leur expliquer les choses ça met plus en confiance parce qu'ils savent un peu plus à quoi s'attendre » (L.58-62) « ces éléments de distraction ça aide sur la relation avec les parents qui va aider du coup sur la relation avec l'enfant. Et puis ça permet aussi à l'enfant d'être moins stressé même à nous aussi d'être moins stressé parce qu'un enfant qui est plus détendu pour un soignant c'est plus simple de faire des soins dans de bonnes conditions que ce soit pour l'enfant, pour les parents mais aussi pour soit parce que bin un enfant qui pleure et qui hurle c'est jamais simple de le prendre en charge émotionnellement parlant pour qu'il... je parle pour moi mais je pense que c'est pas facile pour tout le monde non plus. » (L.85-92)	«Ça va dépendre de ce que tu fais comme soin et si on est dans un soin « invasif et douloureux » ou un soin qui l'est beaucoup moins. Ça va dépendre aussi de l'implication qu'a l'enfant euh... dans ce soin et de ce que ça implique sur lui » (L.65-67) « c'est un soin en soit qui n'est pas douloureux mais qui est très très impressionnant donc pour ces enfants-là la distraction est vraiment primordiale et en fait c'est ce qui leur permet que le soin se passe de la façon la moins traumatique possible » (L.73-76) « on avait ouvert pour certains enfant plusieurs kits pour que eux aussi aient les instruments dans les mains. Bon, ils ne touchaient pas au soin mais n'empêche que voilà c'est aussi un moyen de distraction et aussi un moyen d'implication dans le soin » (L.79-31) « il y avait des enfants qui étaient vraiment apeurés par le soin, qui en avait vraiment super peur et donc	« déjà que l'enfant se sente en sécurité » (L.169) « moi, je mets un petit peu de bémol sur ça. Normalement, le téléphone, ce n'est pas à 3 ans, mais la question qui se pose, c'est qu'est ce qu'on pourrait faire chez un enfant de trois ans qui est dans une chambre d'hôpital pendant un mois ou deux et qui ne peut pas sortir, qui... qui est isolé. » (L.181-184).

Thème : La distraction					
Sous-thèmes	IDE 1 : Marie	IDE 2 : Marion	IDE 3 : Margaux	IDE 4 : Raphaëlle	IDE 5 : Célia
Systematique ou non		<p>« Alors on fait un peu automatiquement je dirais que oui... » (L.212)</p> <p>« je pense qu'on l'utilise systématiquement parce que quand on rentre en contact avec l'enfant pendant le soin, que ce soit l'AP ou nous, on est assez à l'aise pour ça, tu discute avec le gamin, t'essaie de discuter d'autre chose (...) tu préviens mais quand même t'essaie de discuter d'autre chose pour qu'il pense à autre chose quoi » (L.215-219)</p>	<p>« c'est pas systématique, ça dépend vraiment de comment je ressens l'enfant et les parents au moment où je rentre dans la salle pour faire le soin. » (L.100-101)</p> <p>« oui en général c'est vrai qu'en soit au final l'élément de distraction il y est toujours un peu parce que bah... Au final même quand c'est pas nous les soignants qui le mettons en place, les parents l'ont soit déjà un peu créé la chose » (L.105-107)</p> <p>« c'est vrai que l'élément de distraction a quand même été mis en place mais disons plus naturel mais au final l'élément de distraction est quand même toujours là. » (L.109-111)</p>	<p>« c'est vrai que dès que l'enfant pouvait être mit dans un système de distraction quitte à être à plusieurs et avoir quelqu'un qui fait le clown derrière. Voilà, si c'est possible et dans de bonnes conditions pour le faire, en général la distraction est utilisée assez vite quoi » (L.103-106)</p>	

Thème : La distraction					
Sous-thèmes	IDE 1 : Marie	IDE 2 : Marion	IDE 3 : Margaux	IDE 4 : Raphaëlle	IDE 5 : Célia
Limites		<p>« Du coup on met en place des choses pour lutter contre la douleur, parce que tu peux mettre en place toutes les distractions que tu veux, si l'enfant il est trop douloureux ou voilà... Il.. forcément, il va se débattre et.. la douleur elle prend le dessus dans le cerveau, tu peux faire ce que tu veux » (195-198)</p> <p>« Sur les soins très très douloureux comme une PL par exemple, on a là... c'est compliqué.. même si on essaie de tout mettre en place pour prémédier c'est.. alors quand ça se passe bien ça va mais ... voilà une PL c'est quand même l'acte invasif qui... ben... je trouve douloureux, en tout cas on arrive pas assez bien à maîtriser au niveau douleur et au niveau distraction » (L.232-236)</p>	<p>« Oui... il m'est arrivé d'essayer de mettre en place des éléments de distraction et qu'au final cela ne marche parce que bah l'enfant est trop stressé ou angoissé et qu'il refuse les soins » (L.113-115)</p> <p>« là ça devient un peu plus compliqué à gérer et prendre en charge parce que oui, ces distractions ont des limites parce qu'elles ne fonctionnent pas forcément tout le temps et c'est là qu'il faut user de plus en plus de techniques telles qu'elles soient et avec un maximum de monde possible » (L.120-123)</p>	<p>« Être à quatre sur un enfant pour obtenir une prise de sang fin.... Je sais que des fois on a pas le choix malheureusement... mais c'est quand même un soin réalisé dans de moins bonnes conditions que l'enfant qui va te chanter la chanson, qui va faire regarder sa peluche » (L.84-87)</p> <p>« on avait d'autres qui étaient super intéressés par ce que tu faisais et puis en fait eux n'avaient absolument pas besoin de distraction parce qu'ils voulaient voir ce que tu faisais, ils participaient même. » (L.76-78)</p> <p>« Ouais.. c'était quelque chose que je proposais bon après quand on sait que l'enfant est complètement réfractaire à tout ça et plus vite tu as fait le soin et plus vite il est fait et mieux c'est. Des fois un enfant qui est super énervé sur un soin fin... qui est vraiment dans un refus complet ou quoi, aller rajouter de la distraction par-dessus ça va l'énerver encore plus. » (L.95-99)</p>	<p>« c'est la situation d'urgence » (L.228)</p>

Thème : La distraction					
Sous-thèmes	IDE 1 : Marie	IDE 2 : Marion	IDE 3 : Margaux	IDE 4 : Raphaëlle	IDE 5 : Célia
				<p>« Il y a le parent aussi. Il y a le parent qui est très aidant mais il y a le parent qui l'est beaucoup moins (...) Mais c'est vrai que quand le parent dit « en fait non, là il n'y aura pas de musique, il n'y aura pas d'écran, il n'y aura pas de machin, il n'y aura pas de truc », t'es là bon bah .. tu peux pas aller contre leur avis donc bon bah...ok... » (L.113-119)</p> <p>« l'urgence aussi dans laquelle tu dois le faire... Peut-être que oui... si l'enfant il a 40 de fièvre et qu'il faut que tu fasses un bilan assez rapidement, tu essaie une distraction, deux... ça marche pas ben... voilà... Là t'essaie de trouver d'autres trucs » (L.123-126)</p>	

Thème : Relation et qualité des soins					
Sous-thèmes	IDE 1 : Marie	IDE 2 : Marion	IDE 3 : Margaux	IDE 4 : Raphaëlle	IDE 5 : Célia
Éléments de personnalisation des soins	<p>« verbal et non verbal. J'essaie de me mettre à la hauteur de l'enfant, de lui expliquer ce que j'e vais faire, de parler avec une intonation peut être différente que moi voix habituelle adulte, utiliser des mots simples en fonction de l'âge » (L.44-47)</p>		<p>« en essayant de trouver un élément qui va le distraire par rapport à ce que je suis entrain de faire, par exemple avec un dessin animé qui va lui plaire, une chanson qu'il écoute, des choses qu'il peut faire à l'école, du sport ou une activité pour... enfin en fait en lui demandant ce qui lui plait pour essayer de le distraire et du coup en essayant de créer une discussion. Après bien sur j'adapte celle-ci en fonction de son âge » (L.33-38)</p>	<p>« quand t'es dans une prise en charge de quelque chose de plus chronique déjà l'enfant tu vas apprendre à le connaitre, et puis à travers les parents déjà tu vas apprendre à savoir qu'est-ce que lui il aime et puis pendant les soin » (L.46-48)</p>	<p>« Moi, l'enfant, je le prends dans sa globalité, donc je parle avec lui, je demande ses centres d'intérêts. Par exemple, pour les tout-petits euh... pour les petits de trois ans jusqu'à cinq ans, six ans, je leur demande par exemple ce qu'ils aiment bien écouter comme musique. » (L.61-64)</p> <p>« avec le MEOPA, pour atténuer la douleur, pour préparer surtout en fait, à cet événement. Il y en a qui veulent, il y en a qui ne veulent pas, mais du coup, on essaye de (...) On essaye de faire en sorte... Après, quand ils sont plus grands, on propose des patchs EMLA » (L.71-76)</p>

Thème : Relation et qualité des soins					
Sous-thèmes	IDE 1 : Marie	IDE 2 : Marion	IDE 3 : Margaux	IDE 4 : Raphaëlle	IDE 5 : Célia
Relation de confiance	<p>« Déjà avec les mots employés, le choix des mots, l'explication du soin » (L.60)</p> <p>« pour établir la relation de confiance c'est vraiment la communication et expliquer ce qu'on va faire à l'enfant » (L.66-67)</p> <p>« on essaye de créer un... d'attirer la sympathie de l'enfant, de... De créer un climat de confiance » (L.97-98)</p>	<p>« Non je ne passe pas forcément par le parent pour entrer en relation avec l'enfant (...) je me présente à l'enfant vraiment comme un soignant. » (L.91-94)</p> <p>« je rentre en relation avec l'enfant vraiment avec la posture de soignante après bah bien sûr, on est toujours dans la bienveillance donc euh... ça nous arrive de parler de nos propres expériences, de nos propres enfants pour établir un lien que ce soit avec les parents qu'avec l'enfant.. parfois c'est peut-être un peu plus facile effectivement de parler de choses personnelles hein... parce que bah forcément quand je parle de choses personnelles avec les parents bah ça fait écho donc euh... ils se sentent peut-être un peu plus en confiance, des fois ça aide » (L.96-102)</p> <p>« Donc après on a des parents qui sont très aidants oui, voilà... qui parlent facilement et qui arrivent à faire parler l'enfant sur des choses comme ça et puis il y en a qui restent plus en retrait. C'est vrai qu'à ce</p>	<p>« si les parents montrent qu'ils ont confiance en nous leur enfant sera plus apte à nous faire confiance et à nous laisser le soigner » (L.26-27)</p> <p>« en lui montrant que ce n'est pas des choses qui vont lui faire mal. Et puis surtout en lui expliquant les choses et en lui demandant son consentement à chaque fois pour savoir s'il est bien d'accord que je lui fasse les choses et que je lui explique » (L.40-42)</p> <p>« je pense que la relation de confiance passe dès le moment où l'on rentre dans le box en se présentant, en expliquant qui l'on est, qu'est ce qu'on va faire comme soin, pourquoi il est ici, euhh... en se mettant à sa hauteur aussi parce que bin... ça peut être vite impressionnant un adulte qui est au dessus de nous avec une blouse blanche » (L.45-48)</p> <p>« Soit par la discussion, soit par le rire ou du moins juste par le regard parce que des fois il y aura des enfants qui peuvent être ???(5min 19) et qui n'ont pas du tout</p>	<p>« commencer à connaître l'enfant... tu sais par quelques mots quelques trucs... ça permet déjà de pouvoir que l'enfant il ait un peu moins peur de toi »</p> <p>« voir avec lui pour les distractions qui peuvent lui plaire... intégrer le dou dou... intégrer la tétine si elle là aussi, intégrer peut-être les livres ou quoi... et puis quand on a la possibilité de pas faire le soin au réveil pile euh... voilà... peut-être dans ces moments-là on va avertir. » (L.129-133)</p> <p>« toujours intégrer l'enfant dans la prise en charge et c'est ça après qui permet la relation de confiance : lui faire comprendre que bah si on fait les soins c'est pas pour lui faire mal, c'est pour qu'il aille mieux... et je pense que c'est comme ça qu'on y arrive. Après bah ça c'est le monde idéal mais après on sait que ça se passe pas toujours comme ça » (L.151-154)</p>	<p>« se dire « ben oui, ce n'est pas évident, il est pas chez lui, il est dans un endroit qu'il ne connaît pas, avec des gens qu'il connaît pas » Donc, la relation de confiance dans ce milieu là, c'est « plus plus », clairement. C'est hyper important. Si tu ne peux pas installer une relation de confiance, si par exemple, je ne sais pas, il n'y a pas ce contact, il y a pas ce truc, tu appelles à ton autre collègue ou si elle n'est pas disponible, tu reportes le soin. On fait en fonction de l'enfant » (L.101-106)</p> <p>« j'arrive dans la chambre, je me présente » (L.111)</p> <p>« Pour créer la relation de confiance, je vais aller chercher ce qu'eux, ils aiment » (L.121-122)</p> <p>« j'ai remarqué que du moment que tu avais les parents qui étaient confiants avec toi, qu'ils étaient... qu'ils te laissaient faire » (L.125-127)</p> <p>« Pour la relation de confiance, il y a un frein</p>

Thème : Relation et qualité des soins

Sous-thèmes	IDE 1 : Marie	IDE 2 : Marion	IDE 3 : Margaux	IDE 4 : Raphaëlle	IDE 5 : Célia
	<p>niveau là, c'est peut être un peu plus facile quand le parent est aidant, c'est un peu plus facile de rentrer en relation avec l'enfant.. » (L.114-118)</p> <p>« Je pense c'est vraiment important pour établir un lien de confiance de tout expliquer à l'enfant et de lui dire tout ce qui va se passer, que ce soit sa première venue ou la troisième, la quatrième, la cinquième.. » (L.140-141)</p> <p>« on perd assez vite un enfant qui est douloureux. Et je pense qu'il faut vraiment la coter avant, après la prise d'antalgiques pour pouvoir évaluer l'efficacité. Ça, ça participe aussi à la relation de confiance de prendre ne compte la douleur de l'enfant, de la soulager.. parce que du coup il se rend compte qu'on est là pour l'aider, pour lui faire du bien, voilà... on est pas euh... on est pas là pour lui faire du mal. » (L.149-153)</p>	<p>envie de parler avec nous parce qu'ils sont trop impressionnés par la situation et déjà juste en ayant des gestes doux et faut lui montrer que l'on entend et l'on comprend qu'un enfant peut avoir peur et que justement on essaye de lui donner confiance pour lui dire qu'on est pas là pour lui faire mal et qu'on ... et prendre le temps surtout de faire les soins même si c'est pas toujours possible » (L.52-58)</p>		<p>aussi pour la relation là ou je travaille avec la barrière de la langue. Il y a des enfants qui ne parlent pas français (...) Donc du coup, quand tu es soignant et que tu ne parles pas anglais.. ou tu as des bases, mais voilà...c'est très compliqué de pouvoir aller au contact de l'enfant et au contact des parents. Généralement, les parents se mettent en retrait face à ça et ils sont... comment dire... (...) c'est ça. Ils se sentent moins acteurs dans la prise en soin de leurs enfants, exactement » (L.133-145)</p>	

Thème : Relation et qualité des soins					
Sous-thèmes	IDE 1 : Marie	IDE 2 : Marion	IDE 3 : Margaux	IDE 4 : Raphaëlle	IDE 5 : Célia
Difficultés à la relation de confiance	<p>« Malheureusement des fois ça marche pas... fin... quand l'enfant est buté... ou est très opposé aux soins, la relation est compliqué à mettre en place et souvent le parent intervient à ce moment là pour dire « non ça suffit » ... Parce qu'on est pas là pour les gronder, on est là pour les orienter, aider, les soigner mais... euh... le rôle de parent reste aux parents. Euh... et dans ces moment-là c'est compliqué d'installer une relation de confiance parce que... euh.... Se mets en place une opposition.... » (L.67-74)</p>	<p>« il y en a ça les rassure, ça va ça passe, petit moustique pour eux c'est pas connoté voilà. Et pour d'autres dessusite, parce qu'ils ont eu des expériences particulières bah ça peut être très angoissant. Donc c'est toujours un moment délicat. Pour moi je trouve que c'est un moment délicat d'aborder ce qui va être fait. » (L.135-138)</p>	<p>« il m'est arrivé d'essayer de mettre en place des éléments de distraction et qu'au final cela ne marche parce que bah l'enfant est trop stressé ou angoissé et qu'il refuse les soins et c'est là où malheureusement ça devient beaucoup plus compliqué dans la prise en charge parce bah... ça nécessite plus de personnes et on arrive souvent à une prise en charge avec un enfant qui pleure et c'est là ou pour moi en tant que soignant c'est le plus dur parce que j'ai l'impression de ne pas avoir le consentement de l'enfant et c'est un peu plus compliqué parce que malgré tout on est obligé de lui faire des soins quand il s'agit des choses urgentes » (L.113-120)</p>	<p>« .. essayer d'intégrer un peu l'enfant dans cette prise en charge et surtout intégrer le parent. Parce que prendre le parent sous le fait accompli... ses parents ils commencent à stresser, ils ce que tu fais bah l'enfant il va le sentir tout de suite, peu importe l'âge qu'il a il le sentira... et voilà... Ça risque de ne pas aider aussi » (L.135-139)</p>	<p>« le problème qu'on a c'est que l'enfant de 5 ans s'il te dit « non en fait je veux pas faire la prise de sang » ben le problème c'est qu'en fait on a pas trop le choix en fait... Voilà.. Un enfant qui est brûlé il faut faire ses soins pour qu'il puisse guérir.. Même s'il te dit non ben... malheureusement il n'a pas trop le choix quoi... donc ben... ça c'est un peu pareil dans toutes les prises en charge donc c'est ça qui est compliqué... » (L.161-168)</p>

Thème : Relation et qualité des soins					
Sous-thèmes	IDE 1 : Marie	IDE 2 : Marion	IDE 3 : Margaux	IDE 4 : Raphaëlle	IDE 5 : Célia
Adhésion au soin	<p>« on a proposé le Kalinox aux parents parce que vraiment l'enfant quand j'allais le voir il était anti-tout, il avait pas envie de monter sur la balance, il avait rien envie de faire etc... Et au final je l'ai pas reconnu avec le Kalinox, il était bien, il bougeait pas alors que juste avant il était vraiment... euh... il avait pas envie, il voulait que maman... Du coup on peut dire qu'il a quand même adhéré » (L.80-84)</p> <p>« On propose pas le Kalinox à tout le monde et tout le monde ne réagit pas pareil non plus, il y en a qui au contraire, deviennent tout rouge et bougent dans tout les sens » (L.86-87)</p>	<p>« les enfants en bas âge ils parlent facilement avec des inconnus, ils sont pas.. tu vois en général ils sont pas sauvages.. c'est vrai qu'en général les 3/4/5 ans ils sont quand même voilà... ils sont quand même.. ils te connaissent pas mais ils te parlent comme s'ils te connaissaient depuis... voilà. Avec les plus grands des fois c'est un peu plus difficile il y a un peu plus de retenue. » (.119-123)</p>	<p>« je pense que c'est comme ça que les soins se passent bien aussi si on lui explique les choses » (L.17-18)</p>	<p>(À propos des diverses distractions) « c'est vrai que c'est aussi ça qui permet euh... à l'enfant d'adhérer au soin. C'est aussi ce qui lui plaît, ce qu'il aime en permettant aussi d'avancer ensemble quoi. » (L.55-57)</p> <p>« puis à partir du moment où l'enfant choisi aussi ou adhère plus au moyen de distraction, je pense que c'est ça aussi qui permet aussi que le soin se passe le mieux possible. » (L.82-84)</p>	

Thème : Relation et qualité des soins					
Sous-thèmes	IDE 1 : Marie	IDE 2 : Marion	IDE 3 : Margaux	IDE 4 : Raphaëlle	IDE 5 : Célia
Mémoire du soin	<p>« Après c'est surtout pour que l'enfant garde son âme d'enfant et continue à jouer et continuer d'avoir cette espèce de naïveté alors que c'est quelque chose d'assez sérieux qu'on fait. » (L.93-95)</p> <p>« Qu'il garde un bon souvenir, qu'il n'y ait pas de peur de la blouse blanche, de... euh... de création de ce climat de crainte envers le corps médical quel qu'il soit. » (L.91-93)</p>	<p>« C'est important de ne jamais le prendre en traite, voilà. Parce que ça, ça va faire euh... ça va conditionner l'expérience qu'il va vivre aujourd'hui et les futures. Donc c'est très important. » (L.143-145)</p>	<p>« il faut pas qu'ils soient traumatisés par les premiers soins qu'ils vont avoir que ça soit à l'hôpital ou dans une clinique ou même juste chez le médecin parce que justement si dès le départ ils ont été bien pris en charge et qu'ils n'ont pas été traumatisés par quel que soit le soin ça permet aussi une prise en charge derrière en tant qu'adulte plus simple avec des gens qui sont moins angoissés et stressés. » (L.18-22)</p> <p>« on utilise vachement tout ce qui est le KALINOX pour justement éviter de faire des soins trop traumatiques et éviter que l'enfant parte avec un très mauvais souvenir de l'hôpital. » (L.126-128)</p>	<p>« il y a pleins de façons aussi d'amener le soin différemment et il faut toujours avoir un consentement de l'enfant mais avant le consentement il y a aussi plus compliqué que de demander juste à l'adulte de la faire quoi. » (L.17-19)</p> <p>« En l'impliquant dans la prise en charge te pense que</p>	<p>« S'il a déjà été hospitalisé, il sait ce que c'est... Si... S'il en a eu peut être avant... C'est aussi selon les autres soignants aussi... Selon comment les autres soignants ont approché le soin, il y a tout qui rentre en jeu. » (L.158-161)</p> <p>« en maintenant l'enfant de force pour faire un soin, et bien, ça crée un traumatisme pour l'enfant » (L.174-175)</p>
Consentement	<p>« C'est les parents qui décident et du coup... c'est pas eux le maître de leurs actions. » L.25-26</p>	<p>« en pédiatrie c'est le consentement parental qui prime légalement j'ai envie de dire parce qu'un enfant on lui demande son avis, on lui demande son consentement mais c'est le parent qui est titulaire de l'autorité parentale et qui du coup doit donner son consentement au soin. » (L.76-79)</p>	<p>« moi de ce que j'ai pu vivre souvent de prendre ce temps, de créer une relation de confiance avec des éléments de distraction ça permet justement de créer une distraction et que l'enfant soit en confiance. Après le consentement j'essaie toujours de demander au maximum avec des mots justes et les enfants en général une fois</p>	<p>« Tu peux avoir le consentement de l'enfant à un instant T, mais par exemple, deux minutes après, trois minutes après, tu vas lui redemander si tu peux y aller, par exemple, pour un bilan sanguin, tu préviens l'enfant, tu lui dis voilà... Tu l'as prévenu au préalable comme quoi tu allais réaliser le bilan sanguin, tu vas dans la</p>	

Thème : Relation et qualité des soins

Sous-thèmes	IDE 1 : Marie	IDE 2 : Marion	IDE 3 : Margaux	IDE 4 : Raphaëlle	IDE 5 : Célia
	<p>« On a pas envie d'aller de force, personne n'a envie de faire un soin de force, c'est pas le but. Après on est la quand même pour soigner les enfants donc à un moment donné, oui je pense qu'il faut faire le maximum pour obtenir le consentement, du moins l'adhésion. Le consentement lui il a pas trop son mot à dire » (L.168-170)</p>	<p>qu'ils ont confiance et que justement les éléments de distraction ont été mis en place, l'enfant se laisse en général plus faire et permet justement un consentement à ce qu'on puisse faire les soins » (L.66-72)</p>	<p>le consentement on arrive plus facilement à l'obtenir » (L.160-161)</p> <p>« On est toujours dans ces limites là en pédiatrie, le consentement est toujours un peu plus compliqué mais de toute façon on ne fera jamais un soin dont les parents ne seront pas d'accord » (L.167-169)</p>	<p>chambre, tu lui réexpliques, tu lui expliques » (L.148-152)</p> <p>« tu peux avoir le consentement et d'un autre, tu ... tu ne peux plus avoir et c'est à toi à aller le rechercher. Ou si c'est trop pour l'enfant, on fait une pause, on reporte le soin ou on remet le soin plus tard, on passe le relais, tout simplement. Et voilà... on passe ce relais à l'équipe de l'après-midi ou du matin ou si on est de nuit, à notre collègue de nuit et on avise quoi » (L.161-165)</p>	<p>« Moi, après, je l'ai vu en service... parce que j'ai des collègues qui parfois n'utilisent pas la distraction de l'enfant et qui font de force. Quand après c'est à toi, et bien l'enfant, de suite à la peur. Est-ce que c'est la solution ? Oui, tu maintiens l'enfant, voilà il bouge plus, mais il est énervé, il a peur, il est triste... » (L.175-179)</p>

La distraction comme fil conducteur à la relation de soin en pédiatrie

Résumé : Ce travail de fin d'étude porte sur l'influence de la distraction sur la relation et la qualité des soins en pédiatrie. Lors d'une situation vécue en stage, j'ai pu constater qu'une distraction menée durant un soin a facilité le lien dans la relation soignant/soigné et ainsi crée un impact positif au sein de cette relation. Je me suis alors demandé ce que la distraction pouvait impacter dans la relation et la qualité des soins en pédiatrie. Pour tenter d'éclaircir ce questionnement, j'ai élaboré mon cadre de référence à partir des concepts suivants : la spécificité de la prise en charge de l'enfant, la distraction puis la relation et la qualité des soins.

J'ai réalisé mon enquête exploratoire par le biais d'entretiens semi-directifs auprès d'infirmières et de puéricultrices des services d'urgences et chirurgie pédiatriques. Mon analyse m'a alors permis de mettre en lien tous mes concepts entre eux et de rendre compte que la distraction était un réel atout. En effet, lorsque l'enfant y adhérait, elle peut s'avérer bénéfique sur le plan relationnel et qualitatif du soin. Cependant, la confrontation de mon cadre de référence et de mes entretiens m'a fait rendre compte que la distraction avait ses limites et que de nombreux paramètres étaient à prendre en compte. Depuis ce constat, un autre questionnement me vient alors : quelle place accorder au refus de soin en pédiatrie ?

Mots clés : distraction, pédiatrie, relation de soin, qualité de soin

Nombre de mots : 228

Distraction as a main thread in caregiving relationship in pediatrics

Abstract: This end of course assignment is about the influence of distraction on caregiving relationship and quality in pediatrics. During a work placement, I have notice how distraction during a nursing care helped to create the link of the relationship between the carer and the patient like so created a positive impact on this relationship. So I wondered how distraction could impact the caregiving relationship and quality in pediatrics. To intent to enlight this concern, I have made my reference framework from the following concepts: the specificity of taking care of a child, distraction and caregiving relationship and quality.

I have done my exploratory study by semi-structured interviews with nurses and nursery nurses from pediatrics emergencies and pediatric surgery care services. My analysis enabled me to link all of my concepts between each other and made me realize that distraction was a real advantage. Indeed, when child support distraction, it can be good on caregiving relationship and quality. However, the confrontation between my reference framework and my interviews made me realize that distraction has such limits and lots of factors are to take in consideration. From this result, another concern comes to me : what position should we give to denial of healthcare in pediatrics ?

Key-words : distraction, pediatrics, caregiving relationship, quality

Number of words : 206