

CAVARD Pauline

Promotion 2021-2024

TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Les parents, au cœur de la triade en pédiatrie

Unité d'enseignement : 5.6 S6 « Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles »

Date de rendu : 21 mai 2024

Directeur de mémoire : Blandine TUFFET

Note aux lecteurs :

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

REMERCIEMENT

A la suite de la réalisation de ce travail de fin d'étude, et la fin de ces belles années de formation, je tiens sincèrement à remercier ces personnes qui ont su m'épauler et me soutenir.

Tout d'abord, Madame TUFFET, ma directrice de mémoire, qui a su m'accompagner comme il se doit lors de la réalisation de ce travail. Elle a su me guider tout au long de ce travail et me rassurer dans les moments difficiles. Ce mémoire a été un réel moment de partage entre elle et moi, encore merci.

Un grand merci à ma formatrice référente, Madame CANEVAROLO, qui aura su m'accompagner durant ces 3 années de formation. Elle m'a permis de m'épanouir pleinement et a réussi à me donner un peu plus confiance en moi. Disponible et à l'écoute elle a su rendre ses 3ans fabuleux et a su me soutenir dans les moments difficiles.

Merci également à tous les autres cadres formateurs, qui ont été à l'écoute et bienveillants afin de nous porter vers le chemin de la réussite.

Ensuite, je remercie mes copines et notamment Marie, qui a toujours été là pour me soutenir et m'écouter. Ensemble, nous n'avons rien lâcher et nous avons su nous épauler mutuellement pour réussir.

Mon chéri, qui me supporte depuis maintenant plus de 2ans, Hugo, rencontré au sein même de cette IFSI. Je le remercie d'avoir été là pour moi au quotidien, d'avoir gérer mon stress mais d'avoir toujours eu les bons mots pour me reconforter. Tous les jours, tous les soirs, tu as su me motiver et tu as su faire ressortir le meilleur de moi-même.

Enfin, je tiens à exprimer mes plus sincères remerciements à ma famille qui a su me soutenir durant ces belles années de formation. Merci d'avoir supporté mon stress et mes angoisses mais aussi merci de m'avoir soutenue et épaulée. Je remercie également mes beaux-parents et plus particulièrement ma belle-mère, infirmière puéricultrice avec qui j'ai eu la chance de partager de jolis moments.

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
1. SITUATIONS D'APPEL ET QUESTIONNEMENTS.....	2
2. QUESTION DE DEPART	6
3. CADRE DE REFERENCE	7
3.1 LES ENFANTS DE 3 A 6ANS.....	7
3.1.1 Développement cognitif et intellectuel.....	7
3.1.2 Développement affectif et social	9
3.1.3 Le lien d'attachement	11
3.2 LA PLACE DES PARENTS	13
3.2.1 Historique et législatif	13
3.2.2 Les besoins et le rôle des parents	15
3.2.3 Le rôle des soignants : une prise en charge double	17
4. ENQUETE EXPLORATOIRE	19
4.1 METHODOLOGIE.....	19
4.1.1 Présentation de l'outil	19
4.1.2 Population choisie	19
4.1.3 Lieux d'investigation	20
4.1.4 Guide d'entretien.....	20
4.2 ANALYSE	20
4.2.1 Présentation échantillonnage.....	21
4.2.2 Analyse à plat.....	21
4.2.3 Analyse croisée	28
5. PROBLEMATIQUE.....	34
6. QUESTION DE RECHERCHE.....	36
7. LIMITES ET CRITIQUE DE CE TRAVAIL DE RECHERCHE	37
CONCLUSION.....	38
BIBLIOGRAPHIE.....	39
ANNEXES	41

Introduction

Dans la plupart de mes stages, j'ai été confronté à une relation soignant-soigné qui entraîne une dualité entre 2 acteurs : le patient et le soignant. Cependant, dans le cas d'une prise en charge d'un enfant, la relation de soin est dite triangulaire, également appelée triade. Enfants, parents, soignants, sont les 3 acteurs et sont en relation les uns avec les autres.

À la suite de l'obtention de mon diplôme infirmier, je prévois de passer le concours pour devenir puéricultrice. Cette formation supplémentaire me permettra de comprendre les soins faits aux enfants et d'approfondir les connaissances sur le développement de l'enfant. La puériculture est un sujet non abordé durant les 3 années de formation infirmière. Il m'a paru donc intéressant et pertinent d'axer mon travail sur la pédiatrie. En effet, ce travail est en lien avec les acteurs qui entourent l'enfant durant sa venue à l'hôpital.

Au regard des 2 situations d'appel, des questionnements en sont ressorties, finalement, mon travail de recherche tourne autour de la place des parents lors des soins. En effet, lors de mes situations vécues, j'ai eu du mal à me positionner dans la relation entre l'enfant et les parents. Il est vrai que chaque parent occupe une place différente et plus ou moins importante dans le soin. J'ai donc choisi ce thème pour me permettre d'approfondir mes connaissances. Cela me permettra d'adapter ma posture professionnelle pour rendre la prise en charge optimale.

Afin d'élaborer ce travail, j'ai commencé par décrire mes 2 situations vécues en stage. Avant de concevoir ma question de départ, j'ai soulevé les divers questionnements qui pouvaient ressortir de mes situations. Une fois cette question posée, j'ai pu effectuer des recherches afin de constituer mon cadre de référence. Pour éclairer mes propos, je suis allée interroger les professionnels de santé sur le terrain qui vont venir bâtir mon enquête exploratoire. Après avoir réalisé mes entretiens, je vais pouvoir confronter la théorie avec la pratique. Cette analyse me permettra de construire ma problématique et par la suite ma question de recherche.

1. Situations d'appel et questionnements

Cette situation se déroule aux urgences pédiatriques lors de la dernière semaine d'un stage de deuxième année. L'IAO (Infirmière d'Accueil et d'Orientation) accueille une enfant de 4 ans, que l'on appellera Anna. L'enfant est accompagnée de son papa qui explique qu'elle présente une gêne respiratoire avec une rhinite depuis quelques jours. L'IAO classe son état de santé au stade 4 correspondant à un état que l'on peut qualifier de « *stable* » ne nécessitant pas une urgence absolue contrairement au stade 1.

Après un peu d'attente, je vais chercher Anna pour l'emmener dans un box de consultation. Dès l'arrivée dans la chambre, je ferme la porte et je me présente : « *bonjour, je m'appelle Pauline, je suis stagiaire infirmière* » A ce moment-là, je pratique l'interrogatoire auprès du papa afin d'avoir des informations supplémentaires concernant l'état de santé de sa fille. En recueillant les informations, Anna se déshabille et monte sur la balance afin que je la pèse. Elle se réinstalle sur le lit d'examen et je lui mets un saturomètre au niveau du pouce afin d'évaluer sa saturation. A la suite de la visite du médecin, je regarde les observations faites sur le Terminal Urgence (TU) et je vois qu'une série de 3 aérosols est prescrite. En effet, le médecin souhaite voir à travers cette série d'aérosols si son état respiratoire s'améliore grâce aux corticoïdes. J'explique donc au papa la prescription. Celui-ci ne montre pas d'inquiétude sur son visage et caline sa fille qui est dans ses bras. Je me suis alors demandée l'impact que peuvent avoir les émotions du parent dans la prise en charge de leur enfant. En effet, les émotions transmises ici étaient positives et ont apporté de la sérénité, cela a-t-il joué dans la prise en charge ?

Il lui tient la main et lui dit « *on va faire comme ta grande sœur* ». Je rebondis à ce moment-là sur les mots du papa : « *vous connaissez les aérosols, mais Anna n'en a jamais eu ?* ». Il répond : « *Oui, ma grande en a déjà eu besoin quand elle avait le nez pris, comme c'est un peu le cas pour Anna* ». L'expérience similaire vécue antérieurement avec sa fille aînée lui permet-il de mieux gérer la situation ?

Je m'adresse ensuite à Anna qui n'a pas l'air inquiète, elle me sourit quand je lui explique ce qu'on va faire. Son papa l'installe sur le lit d'examen pendant que moi de mon côté je prépare l'aérosol. Je remets à Anna le saturomètre afin de vérifier sa saturation tout au long du soin. A ce moment-là, le comportement d'Anna change, ses yeux deviennent rouges avec quelques larmes. Son papa lui dit « *ce n'est rien, cela ne fait pas mal* » et ajoute « *ce n'est pas un vaccin ni un lavage de nez* ». Après ces mots, Anna se met à pleurer. Je la rassure également en lui disant : « *regarde c'est rouge, ça clignote c'est pour voir si tu es en bonne santé* ».

Ici, j'ai voulu faire passer le soin en un moment amusant, mais est-ce une bonne solution ? Quels mots choisir pour instaurer une relation de confiance avec l'enfant ? De plus lors de la première prise de saturation, Anna n'a pas pleuré. Son changement d'attitude peut-elle être liée à l'explication du soin ?

Après cela, elle s'est rendue compte qu'effectivement ça ne faisait pas mal et s'est donc arrêtée de pleurer. Ensuite, quand tout est prêt, je commence par approcher doucement l'aérosol devant le nez d'Anna, mais elle s'agite, se débat et pleure, car ne veut pas de ce masque sur le nez. Je la rassure à nouveau : « *regarde papa est là, il te tient la main, tout va bien se passer* ». Je réessaye de mettre le masque devant le visage et cette fois, elle l'accepte. Je lui dis à présent que je vais brancher l'aérosol, que ça va faire du bruit et qu'il va y avoir un peu de fumée. Son papa tient le masque et je mets en route l'aérosol. Anna ne supporte pas le bruit et se débat à nouveau en voulant enlever le masque et se met à pleurer. A ce moment-là, je me suis sentie désemparée et démunie. En effet, je ne savais pas comment m'y prendre ni quoi lui dire pour l'apaiser. J'ai eu peur de faire des erreurs dans la façon de communiquer et que cela nuise au soin. L'expérience permet-elle d'être plus à l'aise ou est-ce la formation spécifique en puériculture ? Je me suis également demandée si mes émotions ne sont pas venues entraver et déstabiliser la prise en charge du soin. Anna a-t-elle senti que je n'étais pas sereine ?

J'arrête l'aérosol et lui dis que si elle le souhaite, elle peut garder sa tétine. Je demande également au papa si elle a un doudou ou quelque chose qui pourrait la rassurer. Il me répond que non, qu'elle n'a que sa tétine. Une fois calmée, je dis au papa que je vais rallumer l'aérosol pour voir si ça va mieux. Surprise une deuxième fois par le bruit, elle se met instinctivement à pleurer, mais se calme avec les mots rassurants de son papa. Je me rends compte que le comportement du père me rassure également et me permet d'être plus à l'aise dans le soin et d'adapter ma communication auprès d'Anna.

Je sors ensuite de la salle et reviens 10 minutes après pour arrêter l'aérosol. Je demande au papa si tout s'est bien passé et il me dit que sa fille s'est rapidement calmée et que ça s'est finalement bien passé. Néanmoins, en me voyant, Anna a de nouveau les larmes aux yeux. Elle m'a reconnue et je la sens inquiète et peu rassurée. Son papa m'explique alors que la blouse blanche lui rappelle de mauvais souvenirs chez le pédiatre pour les vaccins ou des lavements de nez. Je comprends mieux les propos précédents du père d'Anna et m'interroge sur l'impact des expériences vécues et comment les prendre en compte. Peut-on changer cette vision négative de la blouse blanche qui nuit à une prise en charge optimale de l'enfant ?

Quel souvenir va-t-elle garder de son séjour à l'hôpital ? Je prends conscience de l'importance de l'accompagnement des soignants dans la mémorisation du soin.

Je prépare le second aérosol tout en continuant de lui dire que je ne suis pas là pour lui faire du mal, bien au contraire, je suis là pour la soulager. Après avoir préparé l'aérosol, je m'assoie à côté d'elle, lui prend la main et lui explique : « *On va faire la même chose que tout à l'heure, on va remettre le masque sur le petit nez et on va respirer dedans pendant 10 minutes et après, je reviendrai te voir pour voir comment tu vas* ». Elle a l'air plus rassurée que la première fois. Je finis par lui dire : « *papa est toujours là et tu peux garder ta tétine* ». Ici, j'ai tenté de communiquer en plus par le toucher. Quelle place donne -t-on à la communication non verbale en pédiatrie ?

J'explique au papa que je reviendrai d'ici 10 minutes pour le troisième et dernier aérosol. Je laisse le papa positionner le masque sur le visage. En partant, je la trouve un peu plus apaisée et elle ne s'est pas mise à pleurer. Quel rôle peut-on donner aux parents lors de la réalisation des soins ?

À la fin de l'aérosol, je me rassois à côté d'elle pour lui demander si ça s'est bien passé. Elle me regarde avec ses gros yeux puis finit par me dire « *oui* ». Ce sont les premiers mots que j'entends d'Anna qui jusque-là ne faisait que hocher la tête. Tout en lui prenant la main, je lui réponds « *je suis contente que ça se soit bien passé choupette, si tu es d'accord on fait le dernier comme ça après je te laisse tranquille* ». Elle hoche la tête et je prépare donc le dernier aérosol et lui répète la même chose que précédemment. Sans pleurs, je laisse au papa placer l'aérosol. Je repars de la salle et revient 10 minutes plus tard lorsque l'aérosol est terminé. Je l'arrête et me rassois à côté d'elle pour lui dire que c'est fini, que j'ai fini de l'embêter et que le pédiatre va pouvoir venir la voir. Le papa me remercie pour la patience que j'ai pu montrer, il me dit que j'ai pris le temps de bien m'en occuper, que j'ai essayé de faire au mieux pour que le soin se passe dans le calme. Il enchaîne par me dire que ça ne doit pas être facile, mais que j'ai eu un très bon contact avec sa fille et Anna me sourit. Je lui réponds que c'est normal sans savoir réellement que répondre. Je finis par sortir de la chambre avec le sourire aux lèvres. Je pense que le papa d'Anna a senti que j'étais stressée et soucieuse que le soin se déroule bien et a voulu me rassurer. J'ai effectivement pris le temps de m'asseoir et parler à Anna ce qui a permis de préparer l'enfant. Ceci m'amène à m'interroger sur la réalisation des soins en urgence chez les enfants quand cette temporalité n'est pas possible. De plus en quoi la préparation du soin favorise-t-il son déroulement ?

J'ai vécu une autre situation lors de ce stage durant ma première nuit de garde. À 2h du matin, je m'occupe d'un enfant que l'on nommera Nina, âgée de 6 ans. Elle est accompagnée de sa mère et le médecin prescrit une CRP (Protéine C Réactive) capillaire. Je prépare donc le matériel nécessaire à la réalisation de ce soin puis je rentre dans le box où se trouve Nina et je me présente. Sa maman est assise sur le fauteuil et me dit à peine bonjour. Sur le coup, je me suis dit qu'il était tard et qu'elle devait être fatiguée. Nina est sur le lit et a le sourire aux lèvres. Je me rapproche donc pour lui expliquer le soin et demande à sa maman si elle veut venir auprès de sa fille. Elle me répond alors : « *non, je suis bien ici, ma fille n'a pas besoin de moi, elle est assez grande* ». Je suis surprise par cette réponse et même un peu choquée. Ici, contrairement à la situation précédente, la place et le rôle de l'accompagnant est différent. Cette attitude peut-elle déstabiliser l'enfant et avoir un impact sur le soin ?

La CRP capillaire se réalise par une piqûre sur le bout du doigt comme pour une glycémie capillaire puis le sang est mis sur un bâton et l'analyse se fait au laboratoire. Avant de piquer Nina, je lui dis « *je vais faire un petit pic au bout du doigt, ce n'est pas très agréable, mais ça va aller vite* ». Au moment du geste, Nina se met instinctivement à pleurer et je lui dis « *j'ai fini, regarde avec la petite goutte on va remplir le petit bâton* ». Après ces mots, elle se calme, mais n'est toujours pas très rassurée. Pour remplir le bâton, je dois lui presser le doigt pour avoir plusieurs gouttes de sang, mais Nina n'apprécie pas le geste et se remet à pleurer. Je lui dis alors « *regarde ton doigt, il fait de la magie, il me donne ton sang, tu es une super magicienne très courageuse* ». Nina se calme et est captivée par le fait que son sang aille dans le fameux bâton. Lors de ce soin, je me suis tout de même sentie seule avec Nina. Malgré ça, j'ai réalisé mon soin et lorsqu'elle s'est mise à pleurer, j'ai réussi à faire passer le soin qui était douloureux en un tour de magie. Durant ce soin, j'ai eu l'impression de prendre la place de la mère. Je me suis alors demandée quelle était la place du soignant en présence d'un parent.

Une fois le soin terminé, je lui dis qu'elle a été très courageuse et que j'ai fini de l'embêter. Pendant tout le soin, sa maman n'est pas venue auprès d'elle, elle est restée sur le fauteuil avec son téléphone. Quand je sors, je dis au revoir à Nina qui ne pleure plus et me sourit et je dis à la maman que les résultats de cet examen sont rapides et que l'on reviendra une fois que nous les aurons.

2. Question de départ

Après avoir vécu ces 2 situations, je me suis interrogée sur la relation de soin en pédiatrie et la place de chacun. En effet, les enfants sont généralement accompagnés d'un de leur parent pour les soutenir et les accompagner, car ce sont une source de sécurité pour eux. Mais leur présence est-elle toujours bénéfique au soin ? Ce sont eux aussi qui connaissent l'enfant et qui nous décrivent la situation, c'est une aide précieuse pour les soignants. Créer du lien avec les parents peut permettre de créer un lien avec les enfants : c'est ainsi que l'on parle de la triade. Néanmoins, comment construire cette relation triangulaire et trouver l'équilibre dans la place de chacun ? Au regard de mon projet professionnel, j'axerai les recherches de ce travail sur les soins généraux.

C'est pourquoi, ma question de départ est :

Quelle place donner aux parents lors des soins auprès des enfants de 3 à 6 ans en soins généraux ?

3. Cadre de référence

3.1 Les enfants de 3 à 6 ans

Un enfant est en développement continu et ses besoins varient en fonction de l'âge. Pour pouvoir répondre au mieux à ma question de départ, j'ai décidé de centrer mes recherches sur le développement cognitif, intellectuel, affectif et social des enfants de 3 à 6 ans, en parlant évidemment du lien d'attachement, afin de comprendre les besoins et les attentes de ces enfants.

Le développement de l'enfant est rythmé par des stades et leur connaissance par les soignants est essentielle. En effet, cela permettra de comprendre son comportement et ses réactions en fonction de la situation.

3.1.1 Développement cognitif et intellectuel

Jean Piaget, psychologue connu principalement pour ses travaux sur le développement de l'enfant, nous explique que le développement de l'intelligence commence dès la naissance sous la forme de mécanismes fonctionnels. Le développement de l'intelligence est pour lui associé au développement de structures cognitives. En effet, ce développement est dicté par des étapes que Piaget appelle des stades. Ces stades se succèdent chez chaque enfant dans un ordre précis et identique mais l'âge d'apparition est un facteur qui peut varier. Il précise que pour passer au stade suivant, il faut que le précédent ait eu lieu.

D'après la théorie de Piaget, le développement de l'enfant se fait grâce aux interactions avec l'environnement.

En effet, « *tout comportement ou toute pensée de l'organisme vise à parfaire son adaptation à l'environnement qui lui est propre. Ces instruments d'ajustement ou « schèmes », peuvent être d'ordre biologique ou mental, ou les deux à la fois* » (Thomas, R. & Michel, C., 1994, para 20). Le schème est donc un acte moteur ou mental élémentaire qui se développe pour se diriger vers la construction de représentations mentales. « *C'est un comportement observable et une organisation mentale qui interviennent dans l'acquisition ou l'organisation de la connaissance.* »

Pour Piaget, le développement de l'enfant est une succession de schèmes qui se modifie dans le temps par l'action de deux grands mécanismes : l'assimilation et l'accommodation.

Ces deux notions sont fondatrices dans le processus de l'intelligence de l'enfant. Ainsi, cela permet d'assimiler des éléments de la réalité extérieure et de s'adapter à de nouveaux objets. Grâce à cette oscillation, un troisième processus rentre en jeu que Jean Piaget nommera : l'équilibration. En clair, *« un événement nouveau n'est jamais tout à fait analogue à ceux qui, antérieurement, ont contribué à la formation de schèmes. Toutefois, les principes d'assimilation et d'accommodation, deux des processus innés appelés par Piaget invariants fonctionnels neutralisent ce problème ; ainsi, le premier remodèle l'apport environnemental pour qu'il cadre avec les schèmes existants, tandis que le second complète les schèmes ou les modifie pour les ajuster aux données environnementales qui ne peuvent être ignorées ou déformées. Dès que l'adaptation au monde est ainsi réalisée, un mécanisme interne opère une réorganisation de l'être biologique de l'enfant, afin de mettre au point une structure des schèmes qui garantisse à celui-ci une personnalité équilibrée. »* (Thomas, R., & Michel, C., 1994, para. 29). Ainsi, grâce à tous ces processus, des changements se produisent chez l'enfant allant jusqu'à une transformation globale passant par les étapes du développement que Piaget appellera *« stades du développement cognitif »*.

Piaget distingue donc quatre stades différents. Ici, pour répondre à ma problématique, je développerai seulement les deux premiers stades.

Le premier stade de développement est le stade sensorio-moteur qui se construit de la naissance aux deux ans de l'enfant. Ce stade correspond au développement et à la coordination des capacités sensorielles et motrices du bébé. A cette période, l'intelligence de l'enfant est essentiellement pratique et liée à l'action. En effet, l'enfant va toucher les objets, les mettre à la bouche, il comprend petit à petit le fonctionnement de son corps et va faire la différence entre son corps et les objets. A la fin de ce stade, l'enfant commence à avoir des représentations mentales, c'est à dire une idée des objets ; il peut se souvenir d'objets ou de comportements et arriver à les reproduire. Néanmoins, à cet âge-là, l'enfant va avoir du mal à se représenter un objet qui ne voit plus car pour lui il n'existe plus.

Le deuxième stade est le stade pré-opératoire et va de deux à sept ans, celui-ci représente les acquisitions de la fonction symbolique et la maîtrise du langage. C'est à ce stade que l'enfant intériorise l'action c'est à dire qu'il peut se représenter certains gestes sans avoir à les faire.

A ce stade, l'enfant est encore décrit comme « égocentrique ». En effet, il a du mal à comprendre que d'autres puissent avoir des pensées différentes des siennes ou ne savent pas les mêmes choses. Cela explique pourquoi il a du mal à garder un secret ou à mentir. De plus, durant cette période, l'enfant enrichit son vocabulaire car il présente la capacité d'écouter et va ainsi pouvoir imiter.

3.1.2 Développement affectif et social

Le développement de l'enfant n'est pas uniquement cognitif et intellectuel, c'est pour cela que nous allons à présent s'intéresser à l'approche freudienne avec le développement affectif et social.

En effet, pour bien grandir, un enfant a besoin de relation affective et cela se fait notamment avec la mère afin de satisfaire ses besoins.

Sigmund Freud est ainsi le fondateur de la psychanalyse, il étudie la sexualité infantile en particulier les stades génitaux ou psychosexuels avec le complexe d'Œdipe. Ces stades sont au nombre de cinq et se produisent durant l'enfance ayant un impact sur le développement de la personnalité. Chaque stade est donc caractérisé par des conflits psychologiques, des désirs ou des préoccupations spécifiques liés au développement de zones érogènes. C'est ainsi que la fonction sexuelle passe par un certain nombre d'étapes avant d'arriver à l'état caractérisant l'âge adulte.

Plus expressément, « *En d'autres termes, Freud a émis l'hypothèse que les expériences les plus marquantes au cours de l'enfance et de l'adolescence sont associées à l'expansion de la libido, en relation avec une série de parties du corps particulièrement sensibles, sur lesquelles l'attention des enfants se fixe à différents moments de son développement. Ces zones érogènes sont dans l'ordre chronologique, la bouche, l'anus et les organes génitaux. [...] En fait, Freud a proposé que les relations personnelles et sociales que l'enfant développe, et sa manière de se considérer lui-même et de considérer les autres, sont fondées sur les expériences qu'il fait à chacun des stades psychosexuels.* » (Thomas, R., & Michel, C., 1994, para. 38).

Au vu de ma question de départ, je m'intéresserai seulement aux trois premiers stades.

Le premier stade est le stade oral et se déroule de la naissance à l'âge d'un an. A ce stade, le plaisir sexuel passe par la cavité buccale avec une obsession par l'allaitement ou de la tétée. Comme dit précédemment, l'enfant a besoin de se sentir proche de sa mère ainsi l'objet pulsionnel est représenté par le sein ou son substitut (le biberon). Très rapidement, la fonction alimentaire joue le rôle de médiateur dans la relation mère-enfant. Durant cette période, l'enfant ne va pas seulement utiliser cette zone orale pour se nourrir mais également pour découvrir les objets qui l'entourent en les mettant à la bouche.

Durant les deux prochaines années, l'enfant sera dans le stade anal. Comme son nom l'indique, l'anus de l'enfant sera source de plaisir et de conflit. Son attention sera portée sur le contrôle des sphincters. A ce stade, les enfants sont souvent obsédés par l'excrétion et la retenue des fèces. C'est également durant cette période que des conflits interviennent notamment autour des habitudes de propreté et de formation à la propreté. Ce stade libidinal correspond également à l'acquisition de la marche et au « négativisme » (âge du « non »). Ainsi, l'enfant ne se sent plus dépendant de ses parents et accède à une prise d'autonomie qui se repère facilement avec une opposition.

Le troisième stade correspond au stade phallique qui commence à l'âge de trois ans et se termine vers l'âge de six ans et représente la curiosité sexuelle infantile. Celui-ci se concentre sur les organes génitaux de l'enfant. Les garçons comme les filles commencent à découvrir les différences des sexes et l'existence de leurs propres organes génitaux. Le garçon va être confronté à des angoisses spécifiques dites de castration qui va avoir peur de perdre son pénis. C'est ainsi que de nombreux conflits surgissent : le complexe d'Œdipe et le complexe d'Electre. Dans le complexe d'Œdipe, le garçon considère sa mère comme un objet désiré mais reconnaît en même temps qu'il ne peut pas l'avoir pour lui seul étant que son père est un rival dangereux. La fille vit la situation opposée, c'est à dire qu'elle désire son père mais reconnaît la présence de sa mère.

« Pendant cette période, l'enfant éprouve des sentiments contradictoires, recherchant le parent du sexe opposé comme avant, mais en même temps craignant et aimant à la fois le parent du même sexe. » (Thomas, R., & Michel, C., 1994, para. 55).

3.1.3 Le lien d'attachement

Un enfant grandit et se développe en passant par différents stades comme nous venons de l'étudier mais l'enfant ne peut le faire sans l'aide de ses parents qui sont des figures d'attachement pour lui. En effet, pour se développer "normalement" et devenir autonome, l'enfant a besoin de recevoir de l'aide de la part d'un adulte et en l'occurrence ses parents.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'enfant rentre en interaction avec son environnement et notamment avec ses parents dès sa naissance. C'est à ce moment-là, qu'un lien d'attachement va se créer. Cette création du lien d'attachement doit se faire d'abord du côté des parents puis par l'enfant.

Pour Bowlby, l'enfant s'attache seulement à une figure et ce de manière innée, cette figure d'attachement sera alors privilégiée par l'enfant. Ainsi, la mère est considérée comme la première figure d'attachement, appelée "principale". En effet, la grossesse l'a préparé à cette rencontre ainsi elle sera plus apte à répondre à ses besoins en lui assurant les soins nécessaires tant qualitatif et quantitatif.

Le père, également très présent lors de la grossesse et après la naissance, constitue-lui aussi une figure d'attachement, qui est dite subsidiaire selon Bowlby. Après la naissance et tout au long de son développement, les parents prennent soin de lui, le protègent et le mettent en sécurité. Dans la théorie de l'attachement, les personnes qui prennent soin de l'enfant sont nommées "caregiver". Selon Bowlby *"il s'agit d'une personne prenant soin physiquement et émotionnellement de l'enfant, ayant une présence importante et régulière dans sa vie et l'investissant émotionnellement."* (Dugravier. R & Barbez-Mintz.AS). Les parents ne sont pas les seules figures d'attachement. A partir du moment où une personne entre en relation avec l'enfant et que cette personne est en capacité de répondre à ses besoins face à une situation de stress, elle est donc susceptible de devenir une figure d'attachement. De plus, selon les réponses apportées à ces situations, l'enfant se sentira plus ou moins en sécurité d'autant plus que ces relations évoluent avec l'âge et en fonction de son développement qu'il soit moteur ou cognitif.

"Tout signal d'alarme incite l'enfant à retourner vers sa figure d'attachement qui constitue alors un havre de sécurité." (Dugravier. R & Barbez-Mintz.AS). En d'autres termes, la figure d'attachement principale est une réelle source de sécurité pour l'enfant face aux dangers de l'environnement.

Face à n'importe quel facteur de danger engendrant stress ou douleur, l'enfant doit pouvoir se rapprocher de sa figure d'attachement afin de lui apporter du réconfort et ainsi de retrouver un sentiment de sécurité. C'est alors que se pose la peur de l'étranger et l'angoisse de séparation. En effet, un enfant qui se retrouve face à un inconnu suspend ses activités en cours pour s'écarter du sujet et rejoindre sa figure d'attachement.

Grâce aux capacités motrices qu'il a acquises lors de son développement, il joue un rôle actif dans la gestion de la distance avec sa figure d'attachement. *“L'enfant suit, de manière tout aussi spécifique, sa figure d'attachement principale quand celle-ci s'éloigne de lui.”* (Dugravier. R & Barbez-Mintz.AS)

Pour Frans Veldman, l'installation du lien d'attachement débute avant la naissance de l'enfant et se poursuit après l'accouchement. Frans Veldman a développé l'haptonomie, la « science de l'Affectivité ». Cette technique affective va permettre aux parents de rentrer en relation avec le fœtus dès le 4ème mois de grossesse. Ceci permet de créer un lien et d'échanger avec l'enfant dès son plus jeune âge. Des caresses et des mains posées sur le ventre sont des gestes affectifs qui consolident la communication avec l'enfant. A travers ces échanges, les parents commencent à s'imaginer leur enfant. Dès la naissance, ils découvrent alors réellement leur enfant. Une nouvelle approche est alors démarrée et les échanges se créent par le regard et les pleurs. Un des premiers moyens de communication chez l'enfant pour entrer en relation avec ses parents sont les pleurs et ceux durant plusieurs mois.

Cette partie m'emmène donc à m'intéresser à la place de ces figures d'attachement lors d'un soin à l'hôpital.

3.2 La place des parents

Après avoir étudié en détail le développement de l'enfant, je vais m'intéresser à la place des proches et plus particulièrement des parents dans la prise en charge.

En effet, le travail en collaboration avec les parents lors d'un soin est essentiel. C'est pourquoi on parle de relation en triade c'est-à-dire enfants/parents/soignants et cette notion est essentielle en pédiatrie. Chaque acteur a ainsi une place précise et un rôle qu'il doit respecter pour une prise en charge optimale de l'enfant.

3.2.1 Historique et législatif

Avant de décrire le rôle des parents et celui du soignant, je vais m'intéresser à l'historique et cadre législatif concernant l'hospitalisation d'un enfant malade.

Ce n'est qu'au XIX^{ème} siècle que la pédiatrie hospitalière se développe alors que le terme « pédiatrie » apparaît pour la première fois au XVII^{ème} siècle. Les hôpitaux d'enfants n'étaient pas dédiés aux soins des enfants mais étaient plutôt consacrés aux orphelins et aux enfants abandonnés. Ce n'est qu'en 1802 lors de la création et ouverture de l'Hôpital des enfants malades à Paris que des soins aux enfants malades peuvent être promulgués.

René Spitz, psychiatre et psychanalyste observe pendant la guerre les enfants placés dans les différents orphelinats. Il constate que les enfants ayant été maternés par une autre personne que leur mère se développent normalement contrairement aux enfants qui n'ont pas reçu de soins de maternages, eux ne sont plus capables de se développer et se retirent du monde. Spitz parle d'hospitalisme quand des symptômes apparaissent lorsque l'enfant est séparé de façon précoce ou prolongée de sa mère : « *l'ensemble des troubles physiques dus à une carence affective par privation de la mère survenant chez les jeunes enfants placés en institution dans les six premiers mois de la vie* ». Si l'enfant est séparé de sa mère dans les six premiers mois, cela peut altérer son acquisition du langage ou des troubles psycho-moteurs peuvent apparaître comme la marche. Cette notion d'hospitalisme est étendue avec l'élaboration de la théorie de l'attachement de John Bowlby, vu précédemment qui montre le besoin d'attachement comme un besoin primaire chez l'enfant. Tous ces apports théoriques sur l'attachement et le retentissement psycho-affectif vont modifier le regard des professionnels sur les besoins de l'enfant et adapter leur prise en soin.

En 1952, James Robertson, travailleur en psychiatrie et psychanalyste présente un film : « *Un enfant de 2 ans va à l'hôpital* ». C'est à travers ce film, que nous voyons les conséquences d'une séparation avec sa mère pour l'enfant lors d'un séjour à l'hôpital. Finalement, cette séparation crée un déséquilibre psycho-affectif chez l'enfant. Six ans plus tard, en 1958, il publie « *Jeunes enfants à l'hôpital* » et c'est à partir de ce moment-là qu'il est conseillé d'hospitaliser un enfant de moins de 4 ans avec sa mère.

Les épisodes de Mai 1968 entraînent les parents à pallier au manque de personnel à l'hôpital et le peu de soignants qui restent à l'hôpital apprennent à travailler en collaboration avec les parents. Ainsi après un séjour à l'hôpital, les parents deviennent acteur dans la prise en charge de leur enfant et ont une meilleure connaissance du développement de leur enfant. Néanmoins, il faut attendre 1973 pour voir apparaître les premières chambres mère-enfant.

Aucun texte ne régleme cette pratique, il faudra attendre 1983 pour suivre l'évolution des conditions d'hospitalisation de l'enfant. En effet, le ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale a publié en août 1983 la première circulaire intitulée « *L'hospitalisation des enfants* ». La diffusion de ce document dans les hôpitaux révolutionne la conception et l'organisation de l'hospitalisation d'un enfant. En effet, ce document illustre la prise en charge d'un enfant en décrivant toutes les étapes de l'hospitalisation.

Ce premier texte va être renforcé par la rédaction en 1988 de la Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé. Elle a été rédigée par 12 associations européennes à Leiden. Celle-ci insiste sur la présence des parents :

- Article 2 : « *Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état* ».
- Article 3 : « *On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant* ».

En 1998, une nouvelle circulaire interministérielle rappelle que : *« la mère, le père ou toute autre personne qui s'occupe habituellement de l'enfant doit pouvoir accéder au service de pédiatrie quelle que soit l'heure et rester auprès de son enfant aussi longtemps que ce dernier le souhaite, y compris la nuit »*.

3.2.2 Les besoins et le rôle des parents

Maintenant que vous avons vu que les parents ont une place centrale à l'hôpital, nous allons étudier leurs besoins et leur rôle dans le soin. Les textes officiels vus précédemment encouragent vivement la présence des parents lors d'un soin mais ils ne savent pas réellement où et comment se positionner.

Avant d'attribuer un rôle aux parents, il faut comprendre leurs besoins. En effet, chaque famille a une histoire qu'il faut prendre en compte. Souvent, les parents arrivent avec de la culpabilité puisqu'ils se sentent responsables et considèrent que c'est leur faute si l'enfant est malade. C'est pour cela qu'il faut rassurer les parents pour que par la suite ils puissent collaborer avec l'équipe soignante pour le bien-être de l'enfant. Si dans la plupart des cas les parents arrivent à collaborer avec l'équipe soignante, ils peuvent néanmoins présenter différentes émotions : anxiété, culpabilité, agressivité, violence, déni, l'absence avec comportement de fuite,... Ces réactions sont généralement temporaires.

Lorsque l'on prend en charge un enfant, il est nécessaire également de prendre en compte les besoins des parents qui sont nombreux. En effet, selon Wanquet Thibault Pascale, *« les parents ont à la fois besoin d'être reconnus et pris en charge. Ils ont besoin d'être considérés en adultes responsables de leur enfant »*. Le premier besoin est le besoin de l'information. Effectivement, l'information délivrée s'adresse aux parents et doit être libre et éclairée, elle prend en compte tout ce qui concerne l'enfant en allant de l'état de santé en passant par le fonctionnement du service jusqu'à l'identification du personnel. Ce besoin est essentiel puisqu'il permet l'établissement d'une relation de confiance. Ensuite, nous retrouvons le besoin de présence auprès de leur enfant. Évidemment, sans avoir à demander une autorisation, les parents doivent pouvoir rester auprès de leur enfant aussi longtemps que nécessaire et à n'importe quel moment. Un autre besoin qui est essentiel et légitime de respecter puisque les parents réalisent quotidiennement des soins de maternage à leur enfant, il s'agit du besoin de réaliser les soins.

Les parents ont le droit de poursuivre ce rôle durant l'hospitalisation qui va ainsi permettre de rassurer également l'enfant. Puis, le besoin de relation, d'accompagnement et d'être rassurés : ce besoin permet aux parents de parler de leur anxiété, de leur difficultés mais également de transmettre des informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant : ses habitudes, ses besoins,...

Enfin, une fois les besoins du parent compris, il est important de leur attribuer un rôle durant le soin.

D'après l'association Sparadrap, le premier rôle que l'on peut attribuer au parent est de rassurer l'enfant. En effet, le parent est la personne qui connaît parfaitement son enfant et qui peut avoir les bons mots pour le rassurer, c'est donc la meilleure personne. Pour rassurer l'enfant, il est important d'employer les bons mots, mais que dire et comment ? Il est nécessaire de ne pas nier la douleur que pourrait induire ce soin, de ne pas le gronder s'il pleure ou s'agite.

Pour le rassurer, le moyen le plus efficace est de détourner l'attention de l'enfant vers quelque chose qui est agréable en lien avec ses centres d'intérêts. Ce détournement de l'attention est donc la distraction et il est primordial de faire participer les parents notamment ceux qui sont inquiets puisqu'en effet, cela les fera « oublier » et les rendra compétemment actif dans le soin.

Si la rassurance et la distraction n'ont pas été efficaces, nous allons alors demander aux parents le maintien de l'enfant pour la réalisation du soin. Ce maintien doit être réalisé avec souplesse sans geste brusque pour ne pas perturber l'enfant et rendre le soin angoissant. Enfin, selon les besoins, le parent peut même aider à tenir le masque d'aérosol ou du MEOPA cela est moins traumatique pour l'enfant si c'est un de ses parents qui le tient.

Pour finir, il est essentiel pour le parent d'être bien installé d'autant plus lorsque le soin est annoncé comme long. Idéalement, le parent doit être assis à coter de l'enfant sur une chaise à hauteur de l'enfant pour être encore plus proche de l'enfant.

3.2.3 Le rôle des soignants : une prise en charge double

Après avoir vu le rôle des parents lors d'un soin, nous allons maintenant étudier celui du soignant qui est inévitable pour une prise en charge optimale. Mais en pédiatrie, la relation est triangulaire, c'est-à-dire enfant/soignant/parents. Le soignant se retrouve au cœur de la relation et doit entrer en relation avec le soigné (l'enfant) et en collaboration avec les proches (les parents). J'initierai cette partie par la relation avec l'enfant et le rôle du soignant dans cette prise en charge puis je développerai également le rôle du soignant auprès des parents.

Tout d'abord, d'après Manoukian, pour rentrer en relation avec l'enfant il existe différents moyens comme par exemple, la parole, les gestes, les mimiques, les attitudes et les façons dont le corps se positionnent. Évidemment, ces moyens seront adaptés en fonction de l'âge de l'enfant, et ainsi ce dont il est en capacité de comprendre et d'exprimer. La parole est le moyen le plus important pour communiquer avec un enfant. En effet, quel que soit l'âge de l'enfant, le soignant doit pouvoir expliquer le soin qu'il va promulguer à l'enfant. Cette parole doit être accompagnée d'autres moyens afin de distraire l'enfant, les soignants doivent faire preuve de créativité pour que le soin se réalise dans les meilleures conditions possibles. Tous ces moyens mis en place par les soignants diminuent l'anxiété et rendent le soin moins douloureux et traumatique pour l'enfant. D'après l'association Sparadrap, les moyens à disposition sont généralement les suivants : de la crème anesthésiante avant chaque prélèvement sanguin, un masque avec un gaz hilarant (le MEOPA), des vidéos, de la musique, des livres ludiques, des dessins au plafond, ... Pour Manoukian, en plus de tous ces moyens, une communication non verbale peut être instaurée avec l'enfant, notamment avec les plus petits. Cette communication non verbale se fait notamment avec l'expression du visage. En effet, le visage a une place centrale dans la communication, c'est grâce à notre visage que nos émotions sont transmises (la joie, la surprise, la peur, ...). C'est pour cela que la communication verbale doit être congruente avec le message non verbal afin qu'une relation de confiance s'installe entre le soignant et l'enfant. De plus, le soignant joue un rôle à tous les moments du soin, avant le soin et pendant le soin comme nous venons de le voir mais également après le soin. Pour montrer à l'enfant que le soin est terminé, il utilise la parole mais également des gestes calmes afin de le rassurer.

Maintenant que nous avons vu le rôle du soignant auprès de l'enfant, nous allons voir celui auprès des parents. Ici, on ne parlera pas de relation soignant/soigné mais plutôt de relation de collaboration ou de partenariat.

En effet, le soignant tout comme les parents ont un objectif commun : la guérison et le bien-être de l'enfant. C'est pour cela qu'ils vont coopérer. Selon Wanquet Thibault Pascale, les parents vont apporter leurs connaissances qui aideront à la prise en charge de l'enfant et les soignants apporteront leurs savoirs théoriques pour le soigner. Néanmoins, les soignants peuvent rencontrer des difficultés à l'égard de certaines situations et cela se manifeste par la crainte d'être jugé et notamment chez les jeunes diplômés qui manque d'expérience. C'est pour cela qu'il est primordial de comprendre le développement de l'enfant et ses besoins en fonction de son âge pour comprendre l'intérêt de la place des proches. Parfois, le soignant peut jouer un rôle dans les soins maternant. Cette place est d'autant plus difficile à trouver mais peut être résolue si le soignant situe son rôle dans l'accompagnement du parent plutôt que dans une quête d'un rôle maternant. En effet, le soignant a un rôle d'accompagnant pour les parents, il est là pour répondre aux interrogations ou difficultés rencontrées lors de l'hospitalisation. Ce rôle d'accompagnant permettra de rassurer les parents et d'instaurer progressivement une relation de confiance. Une relation de confiance se crée grâce aux informations transmises qui sont claires et loyales permettant une bonne compréhension de la maladie. Les soignants doivent être en capacité de respecter certains choix des parents et de s'adapter en fonction. Une explication du soin et son déroulement est également primordiale toujours en utilisant un vocabulaire adapté afin que les parents comprennent. Pour finir, les soignants doivent intégrer dans la mesure du possible autant qu'ils le peuvent les parents dans la prise en charge pour que cette relation triangulaire soit efficace.

4. Enquête exploratoire

Pour réaliser mon enquête exploratoire, j'ai d'abord déterminé l'outil utilisé, la population choisie, les lieux d'investigation et je finirai par élaborer un guide d'entretien.

4.1 Méthodologie

4.1.1 Présentation de l'outil

Afin de réaliser mon enquête exploratoire, j'utiliserai comme technique l'entretien semi-directif individuel. Il est défini par Geneviève Imbert : *“Une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur”*.

Je privilégie ce type d'entretien puisqu'il va permettre aux professionnels interrogés de pouvoir apporter des réponses longues grâce aux questions ouvertes posées. De plus, ce type d'entretien me permettra d'avoir des réponses personnelles et ainsi chaque entretien sera singulier. Je veillerai à préserver l'anonymat des personnes interrogées. Chaque entretien durera environ une vingtaine de minutes, il sera réalisé dans un endroit calme afin d'éviter d'être dérangé et dans le but d'instaurer un climat de confiance. Ces entretiens seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone sous l'accord du professionnel. Cela est dans le but d'être analysé et ainsi permettre de me concentrer pleinement dans l'entretien. Un guide d'entretien sera ainsi élaboré pour le structurer.

4.1.2 Population choisie

Pour la réalisation de mes entretiens, j'ai interrogé 4 professionnels de santé. Ces professionnels sont des infirmières et des infirmières puéricultrices puisque ce sont mes pairs et que je serai amenée à acquérir les mêmes compétences qu'elles. Pour ma part, j'ai interrogé 1 infirmière qui travaille en pédiatrie et également 3 infirmières puéricultrices. Cela me permettra de mettre en évidence l'impact ou non de la spécialisation dans la prise en charge d'un enfant de 3 à 6 ans.

De plus j'ai eu la chance d'interroger 2 jeunes professionnelles qui sortent de l'école de puéricultrice et les 2 autres ont plus d'expérience en pédiatrie. Cela me permettra d'identifier les différences dans le positionnement vis-à-vis des parents dans la prise en charge selon le niveau d'expérience.

4.1.3 Lieux d'investigation

Afin de mener à bien mon enquête exploratoire, j'ai effectué mes entretiens dans 3 services de pédiatrie prenant en compte les enfants de 3 à 6ans où les soins sont réalisés en présence des parents. Pour se faire, je les ai réalisés aux Urgences Pédiatriques, aux Consultations Externes de Pédiatrie et dans un service d'hospitalisation de pédiatrie. Cela me permettra d'avoir des réponses diversifiées et ces services me paraissent adaptés puisque les enfants sont toujours accompagnés d'un des parents.

4.1.4 Guide d'entretien

Afin de structurer mes entretiens, j'ai élaboré un guide d'entretien (annexe I) qui m'a permis d'aborder les différents thèmes au regard de ma question de départ. Afin d'introduire l'entretien, je poserai des questions correspondant au talon sociologique. Celui-ci me permettra de mieux connaître et de mettre à l'aise le soignant. Ces indicateurs me permettront de réaliser une analyse croisée. A ce moment-là, je préciserai que l'anonymat sera préservé et que toutes les questions porteront sur les enfants de 3 à 6ans.

Ce guide d'entretien est constitué de 3 questions principales avec des relances réfléchies au préalable me permettant de recentrer la personne si elle s'éloigne trop du sujet si nécessaire ou de faire préciser certains propos. Ces questions de relance pourront être adaptées en fonction du déroulé de l'entretien et s'appuieront sur de la reformulation, sur de la demande d'explication ou sur la précision par des exemples ce qui permettra à la personne interrogée de pouvoir développer davantage ses propos.

4.2 Analyse

Après avoir mené mes 4 entretiens semi-directifs dans différents services de pédiatrie et auprès de différents professionnels de santé avec des expériences diverses, je vais analyser les propos de chaque soignant puis je ferai une analyse en croisant les données.

4.2.1 Présentation échantillonnage

Critères	Entretien n°1 Rose	Entretien n°2 Tulipe	Entretien n°3 Lila	Entretien n°4 Violette
Âge	24ans	24ans	32ans	35ans
DE	2021	2021	2013	2010
Formation puéricultrice	2022	2022	2018	Pas faite
Parcours en pédiatrie	Néonatalogie/ pédiatrie pendant 3mois Actuellement aux urgences pédiatriques	Néonatalogie/ pédiatrie pendant 3mois Actuellement aux urgences pédiatriques	Pédiatrie depuis l'obtention du DE	De nuit dans les services de pédiatrie Depuis 2019 aux consultations externes de pédiatrie

4.2.2 Analyse à plat

- **1^{er} entretien : Rose**

Rose, âgée de 24ans, est infirmière puéricultrice depuis 2022. À la suite de l'obtention de son diplôme infirmier, Rose a enchainé avec la formation de puéricultrice. Depuis qu'elle est puéricultrice, Rose travaille aux urgences pédiatriques.

L'entretien de Rose est très scolaire, elle se réfère énormément à certaines théories, cela vient du fait que Rose sort de l'école de puéricultrice.

Lorsque je pose ma première question, concernant la prise en compte des besoins de l'enfant, Rose me répond en 2 parties. Dans la première partie, elle me rapporte qu'elle observe l'enfant de manière générale selon différents aspects : fonction hémodynamique, éveil/sommeil, tonicité et enfin les interactions. Une fois l'observation clinique effectuée, Rose procède à une anamnèse auprès des parents. En effet, elle me relate qu'elle questionne les parents ; pour se faire, elle va interroger sur toutes les sphères : alimentation, sommeil, comportement,... Elle me mentionne qu'il est important de se référer aux parents car ce sont eux qui connaissent le mieux leur enfant.

Elle continue par me dire qu'il faut adapter sa prise en charge. Rose me précise qu'il est donc primordial de gagner la confiance des parents. Rose m'explique donc que les parents sont dans un univers inconnu et stressant il faut donc comprendre les parents et savoir quel est leur rapport à la blouse blanche par rapport à leurs histoires et leur vécu. Les qualités relationnelles sont indispensables me dit Rose, elle me précise qu'il est important d'expliquer tout ce qui est fait et va être fait. Ensuite, Rose me dit qu'il ne faut pas hésiter à questionner le parent sur ses angoisses, il est important pour les parents de verbaliser leurs craintes.

Cette relation de confiance est importante pour l'enfant puisque sa personne de confiance c'est le parent. Rose me parle de la théorie de l'attachement, et l'a place au centre de la prise en charge. Elle ajoute que l'enfant a besoin de « l'aval » de son parent pour qu'une personne étrangère s'approche de lui.

Parfois, Rose est obligée de faire sortir le parent mais précise que c'est une solution de dernier recours, pour cela il est important de peser le bénéfice/risque.

Quand je questionne Rose sur la place des parents, elle revient à la théorie de l'attachement et m'explique que la place du parent est vraiment centrale, encore une fois, ce sont eux qui connaissent le mieux leur enfant. Elle me dit ensuite que l'enfant peut s'auto-réguler c'est-à-dire qu'il trouve la solution pour calmer ses angoisses mais certains enfants se co-régulent et pour cela ils se réfèrent à leur figure d'attachement : le parent.

Je demande par la suite à Rose, si elle accorde la même place à tous les parents. Elle me confie que la place est la même mais souligne qu'il faut toujours garder son œil de soignant. Elle me précise également qu'il ne faut pas hésiter à faire intervenir une personne supplémentaire lorsque les propos du parent ne sont pas en accord avec les observations cliniques. En effet, il est important de rester objectif, Rose spécifie qu'il ne faut pas s'arrêter sur des ressentis personnels.

J'en viens donc à poser la question concernant la prise en charge de l'enfant en urgence. Elle me répond naturellement que le déroulé de la prise en charge est le même mais qu'il est fait de manière plus rapide. Elle ajoute également qu'il est important de poser des mots, les enfants de 3 à 6 ans comprennent ce qu'on leur dit. Elle me précise que des moyens sont mis en place pour aider l'enfant à comprendre.

Pour finir, je lui demande de me raconter une situation qui l'a marquée lors de la prise en charge d'un enfant en présence des parents. Elle me raconte une situation d'une petite fille à qui on devait faire une prise de sang. Il s'est avéré que la petite fille adorait les crocodiles alors Rose a imprimé des dessins de crocodiles et a fait participer le parent au soin. Le soin s'est passé en chanson, en histoire et sans pleurs avec un parent coopérant.

- **2^{ème} entretien : Tulipe**

Tout comme Rose, Tulipe est âgée de 24ans, et elle infirmière puéricultrice depuis 2022. À la suite de l'obtention de son diplôme infirmier, Tulipe a elle aussi enchaîné avec la formation de puéricultrice. Depuis qu'elle est puéricultrice, Tulipe travaille aux urgences pédiatriques.

La première question est la même que pour Rose : comment prendre en compte les besoins d'un enfant de 3 à 6ans ? Elle me répond qu'il faut observer l'enfant et évaluer ses capacités. Elle décrit que les enfants de 3 à 6ans n'ont pas le même développement psychomoteur et c'est ainsi qu'il faut s'adapter à chaque enfant.

J'en viens ensuite à poser une de mes questions de relance sur l'intérêt de prendre en compte ses besoins. Elle me mentionne que c'est pour réaliser des soins de qualité, c'est-à-dire que cela va permettre par la suite d'élaborer une distraction pour le soin, adaptée aux besoins de l'enfant. Elle me précise qu'il faut également expliquer le soin aux parents.

Je rebondis en la questionnant sur l'intérêt de se référer aux parents. Elle me répond que les parents sont ceux qui connaissent le mieux l'enfant et que les parents vont aiguiller la prise en charge.

Je lui demande donc quelle est la place accordée aux parents. Elle me répond tout naturellement que c'est essentiel pour elle que les parents soient là. Cela va permettre à l'enfant d'être sécurisé et rassuré. Elle continue en me disant que les parents peuvent participer au soin et être acteur. Les parents vont également participer à la distraction en fonction de ce que l'enfant aime, pour ça, il est essentiel d'avoir les parents. En l'absence des parents, Tulipe me dit que la prise en charge est plus compliquée car parfois les parents ne souhaitent pas assister au soin ou sont trop angoissés.

Je demande ensuite à Tulipe comment elle gère l'enfant lorsque les parents sont absents. Elle me répond en me disant que les enfants sont des éponges émotionnelles. Alors, elle me dit que lorsqu'un parent est angoissé et que cette angoisse est transmise à l'enfant, il faut la casser.

Cette place accordée aux parents est toujours la même, leur place est près de leur enfant, ce sont seulement les actes qui changent en fonction du soin.

Je questionne Tulipe sur la prise en charge d'un enfant dans l'urgence. Elle me répond que c'est la même chose. Dans l'urgence ce qui est important pour Tulipe, c'est de rester le plus posé possible pour éviter de transmettre à l'enfant. Pour cela Tulipe, communique beaucoup que ce soit avec l'enfant mais aussi avec les parents. Elle précise qu'il faut conserver ce lien.

Je demande enfin à Tulipe qu'elle me rapporte une situation qui l'a marquée lors d'un soin auprès d'un enfant en présence des parents. Elle me relate une situation d'une petite fille de 5ans qui doit être hospitalisée qui nécessite bilan sanguin et pose de cathéter. Tulipe me raconte que le papa présent lui met la pression en lui disant de ne pas la louper. Tulipe n'a pas réussi du premier coup, mais a su expliquer au papa, le soin s'est finalement bien passé. Elle continue par dire que l'utilisation de la distraction, le fait de discuter et de rassurer et de s'adapter à l'enfant et aux parents, les parents se sentent rassurer et un lien de confiance a été créée.

Elle enchaine en me rapportant que les parents sont de plus en plus exigeants et dans la confrontation, parfois les parents peuvent être agressifs.

Je sens que cette situation l'affecte alors je la questionne sur ses propres émotions dans le soin. Les émotions peuvent impacter le soin et elle me dit que ce n'est pas toujours facile de gérer ses émotions, celles des parents mais aussi celles de l'enfant. Elle finit par me dire qu'avec l'expérience elle arrive à mettre certaines émotions de côté pour que le soin soit de meilleure qualité.

- **3^{ème} entretien : Lila**

Lila, âgée de 32ans, est infirmière puéricultrice depuis 2018. Elle a obtenu son diplôme infirmier en 2013 mais a toujours travaillé en pédiatrie.

Je demande à Lila comment elle prend en compte les besoins d'un enfant de 3 à 6ans lors d'un soin. Mon interlocutrice me dit que les besoins d'un enfant de 3ans sont différents d'un enfant de 6ans. Elle rajoute qu'il faut rassurer l'enfant et que cela passe par les parents puisque ce sont eux qui connaissent le mieux l'enfant. C'est un travail en binôme avec le parent qui va permettre d'adapter la prise en charge. Ensuite, Lila me dit que l'on peut s'adresser directement à l'enfant.

Je rebondis en la questionnant sur l'intérêt de prendre en compte ses besoins. Elle me répond que l'on ne prend pas seulement l'enfant, il faut également considérer les parents. Elle me précise que pour que le parent rassure l'enfant, il faut d'abord rassurer le parent, cela permettra d'avoir des soins de qualité. Lila me parle ensuite de l'attachement et qu'il est donc essentiel de travailler avec les parents.

Lorsque je lui pose la question concernant la place des parents, elle me répond que les enfants de 3 à 6ans sont en âge de comprendre ce qu'on leur dit et qu'il est plus facile de discuter avec eux mais qu'il faut adapter le langage en fonction de l'âge. Elle continue par me dire que les parents permettent de divertir l'enfant et le rassurer. Les parents aiguillent et cela permet d'adapter la distraction.

Parfois, les parents n'arrivent pas à rassurer leur enfant et leur présence est donc plus néfaste que positive. L'enfant est une éponge émotionnelle selon Lila, alors il est important pour Lila d'arriver à gérer ce stress pour que l'enfant ne le ressente pas. Lila précise qu'il est important face à un parent stressé de le recentrer sur son enfant.

Je la questionne ensuite sur sa capacité à recentrer les parents ou leur dire de sortir. Elle me répond que c'est avec la maturité. Elle me rapporte qu'avec l'expérience c'est plus facile à gérer, qu'on se laisse moins submerger par ses émotions.

Malgré son expérience, Lila rencontre des difficultés dans certaines situations. Par exemple, elle me mentionne que lorsqu'elle n'arrive pas à rassurer le parent et à travailler avec lui, c'est plus compliqué à gérer. Les parents parfois agressifs sont également des situations difficiles à gérer pour Lila.

L'institution veut que les parents n'assistent pas à certains soins. Pour tous les autres soins, Lila prend en compte les parents car selon elle s'est primordial dans les soins.

Je lui demande de me rapporter une situation qui l'a marquée lors d'un soin auprès d'un enfant en présence des parents. Elle me raconte une situation d'une petite fille de 4ans, hospitalisée à nouveau pour crise d'asthme. Lors des précédentes hospitalisations, la distraction utilisée était la chanson mais à ce moment-là, elle ne voulait pas. Lila a donc pris le relais pour tenter de trouver autre chose puisque la maman était paniquée. Une fois la distraction trouvée, la maman a pu prendre le relais.

Elle me rapporte ensuite une situation où le soin ne sait pas trop bien passer. Un petit garçon de 3ans, qui avait été perfusé plusieurs fois dans la journée, qu'il fallait reperfuser dans la nuit. La maman était un peu énervée, stressée et ne voulait pas qu'on pique son enfant. Ce sont là aussi des situations difficiles à gérer car il faut réussir à se mettre une barrière et ne pas prendre toutes les émotions pour ne pas perdre ses moyens. Lila précise également qu'elle a des enfants et qu'elle peut transférer plus facilement.

- **4^{ème} entretien : Violette**

Violette est âgée de 35ans, elle est diplômée infirmière depuis 2010. Elle n'a pas souhaité réaliser la formation de puéricultrice mais a toujours travaillé en pédiatrie. Elle a commencé de nuit dans les différents services de pédiatrie, puis depuis 2019 elle est aux consultations externes de pédiatrie.

Lorsque je demande à Violette comment elle prend en compte les besoins de l'enfant, elle me répond que les enfants de 3 à 6ans verbalisent donc elle peut s'adresser directement aux enfants. Pour prendre en compte les besoins de l'enfant, Violette s'adresse également aux parents puisqu'elle me dit qu'ils jouent une place primordiale dans les soins. Ce qui est important selon elle, c'est la communication. En effet, lorsque Violette explique le soin, elle ne va pas s'adresser de la même façon à l'enfant qu'aux parents. Violette va adapter son langage, elle précise que les parents contrairement aux enfants comprennent la finalité du soin.

Ce qui est compliqué, ce sont les parents réfractaires au soin car il est compliqué pour Violette de faire un soin à l'enfant lorsque le parent n'est pas d'accord.

J'enchaîne en demandant à Violette, l'intérêt dans le soin de s'adapter et de communiquer avec l'enfant. Elle me dit que c'est essentiel lors du premier soin parce que si la première prise en soin est traumatique, la suite le sera aussi.

Violette me confie l'importance de prendre le temps. Pour que le soin se passe dans les meilleures conditions, il faut gagner la confiance de l'enfant et de ses parents. Elle me dit que c'est du temps perdu la première fois mais que c'est du temps gagné pour les fois d'après. Ce sont l'installation et la mise en confiance qui sont longues mais c'est primordial.

Je lui demande ensuite si les parents sont toujours présents. Elle me répond qu'ils sont les bienvenus, ils ont envie de venir et participent au soin. Les parents trop impactés par leurs émotions ou trop stressés restent généralement dans la salle d'attente selon Violette. Elle finit par me dire que les enfants sont des éponges.

Les parents participent au soin alors je questionne Violette sur la manière dont ils le font. Elle me répond qu'ils sont au plus près de leur enfant et jouent un rôle dans la rassurance.

Enfin, je lui demande de me rapporter une situation qui l'a marquée lors d'un soin auprès d'un enfant en présence des parents. Violette me dit que la plupart des enfants sont des enfants chroniques alors une fois que la confiance est gagnée, la prise en soin est plus facile. Parfois, les soignants ont des appréhensions sur la prise en charge d'un enfant et se questionnent sur la manière dont le soin va se passer.

Violette arrive à faire la part des choses entre sa place de soignante et sa place de maman. Elle me confie néanmoins qu'émotionnellement ce n'est pas facile puisque les soins sont réalisés sur des enfants chroniques et parfois c'est plus difficile.

Je lui demande alors ce qui fait que le soin ne se passe pas bien. Violette me dit que c'est compliqué car il peut y avoir le stress du parent, du soignant et de l'enfant. Les gestes sont réussis mais pas dans les conditions optimales pour l'enfant. Violette rajoute également que les parents mentent à leur enfant pour que le soin soit fait mais selon Violette ce n'est pas la meilleure solution. Les enfants se sentent alors trahis par leurs parents.

4.2.3 Analyse croisée

Prise en charge de l'enfant

La prise en charge d'un enfant n'est pas si simple et est différente de celle d'un adulte. Cela nécessite de prendre en compte ses besoins en fonction de son développement.

Pour les 4 professionnelles interrogées, il est important de considérer chaque enfant tel qu'il est. En effet, selon l'âge et le niveau de développement, la prise en charge pourra être différente. Il est vrai que la prise en charge des enfants nécessite une grande capacité d'adaptation puisque chaque enfant est différent et cela est dû à leur stade de développement et leurs spécificités qui leur sont propres. Pour Tulipe « *entre 3 et 6ans il y a vraiment une différence ils n'ont pas le même développement psychomoteur* » (E2, 1.4). Elle me précise que par exemple, « *à 6ans il sera peut-être plus en capacité de communiquer* » (E2, 1.20-21). Cette capacité d'adaptation est importante pour Tulipe qui me dit « *s'adapter parce que chaque enfant est différent* » (E2, 1.99-100). Enfin, Lila m'avance que « *les besoins d'un enfant lors d'un soin sont très variables en fonction de l'âge* » (E3, 1.2). Pour Rose, entre 3 et 6ans, le cerveau est particulièrement réceptif aux histoires et aux éléments fantastiques. C'est pourquoi il est important de s'amuser et d'explorer ces univers imaginaires pour stimuler son développement « *il faut faire travailler leur cerveau pour en profiter de cette période-là qui est un peu féérique* » (E1, 1.213)

Pour déduire les besoins de l'enfant, Rose se base sur l'observation clinique de l'enfant. Elle est une jeune puéricultrice diplômée récemment et a tenu durant tout l'entretien un cadre très théorique. En effet, pour prendre en compte les besoins d'un enfant, elle va observer l'enfant autour de 4 points : « *fonctions hémodynamiques* » (E1, 1.5), « *plan des éveils/sommeil* » (E1, 1.7), « *plan de la tonicité* » (E1, 1.12), « *interactions* » (E1, 1.14). Tulipe évoque également l'importance de l'observation « *observer ton enfant, il faut essayer de voir ses capacité* ». (E2, 1.2-3).

De plus, pour prendre en charge un enfant, il est essentiel de communiquer avec l'enfant lui-même afin de pouvoir adapter la prise en soin. Pour toutes les professionnelles, les enfants de 3 à 6ans ont développé leur capacité de compréhension et de communication, alors les soignants s'adressent aux enfants avec un discours adapté. « *Entre 3 et 6ans, il est tout à fait en âge de comprendre* » (E1, 1.173), « *il faut expliquer et s'adapter aussi à son langage* » (E2, 1.14-15), « *ce sont des enfants qui comprennent ce qu'on leur dise, avec un langage bien évidemment* »

adapté à leur âge » (E3, 1.26-27), *« à partir de cet âge-là, ils verbalisent un petit peu donc on peut s'adresser à l'enfant »* (E4, 1.2-3). La communication est donc essentielle dans la relation et permet d'établir une relation de confiance ainsi que de poser des limites. Violette fait le parallèle avec les enfants où il y a une chronicité des soins. En effet, la mise en confiance prend un certain temps mais est essentielle pour la suite de la prise en charge. Le temps « perdu » la première fois, sera du temps « gagné » les fois d'après, *« si la première prise de soin elle est traumatique, tout son parcours de soin sera traumatique »* (E4, 1.26-27).

Tulipe travaille aux Urgences Pédiatriques, alors elle souligne l'importance de conserver le lien avec l'enfant et sa famille dans une situation d'urgence. Il est essentiel pour elle, d'expliquer au parent ce qui est fait et pourquoi *« la clé dans les urgences vitales c'est la communication »* (E2, 1.92-93).

Les enfants ne comprennent pas forcément la finalité des soins mais les enfants ressentent des émotions qu'il est important de prendre en compte. Lorsque les enfants sont hospitalisés, il se retrouve dans un lieu inconnu, avec des personnes inconnues et cela peut majorer le stress. Rose et Violette le mettent en lien avec le rapport à la blouse blanche, *« quel va être le rapport à la blouse blanche »* (E1, 1.38), *« avec les blouses blanches on n'est pas vraiment potes »* (E4, 1.73).

Certains enfants comme me l'explique Rose arrive à s'auto-réguler c'est-à-dire qu'il trouve un moyen eux-mêmes pour apaiser leur angoisse. Dans le cas d'une hospitalisation où l'enfant se sent en danger, *« ils ont besoin d'être co-régulés et qui c'est qui co-régule l'enfant ? c'est le parent »* (E1, 1.108-109). En effet, l'enfant lorsqu'il n'arrive pas à calmer ses angoisses, il se réfère à sa figure d'attachement qui est le parent. Rose me l'explique très bien et fait parfaitement écho à mon cadre de référence sur la théorie de l'attachement élaborée par Bowlby. En effet, *« c'est leur personne de confiance, c'est leur havre de sécurité »* (E1, 1.51). L'enfant se sent en insécurité alors il va se rapprocher de cette personne en qui *« ils ont toute la confiance »* (E1, 1.50). Tulipe et Lila confirment les propos de Rose, *« pour qu'un enfant soit sécure, qu'il soit rassuré, qu'il se sente en confiance, il a besoin d'avoir ses parents »* (E2, 1.30-31), *« la figure de rassurance c'est la figure d'attachement, c'est le parent »* (E3, 1.20-21). Néanmoins, Violette n'évoque pas la théorie de l'attachement, cela peut s'expliquer par le fait que c'est la seule à ne pas avoir suivi la formation de puéricultrice.

Les enfants sont décrits comme des éponges émotionnelles par 3 des professionnelles. Les parents tout comme les enfants ressentent des émotions mais certains enfants « *prennent l'angoisse de leur parent* » (E2, 1.57). Lila précise que les enfants vont « *entendre les paroles de ses parents* » (E3, 1.52) ce qui va majorer la peur puisque ce ne sont pas des paroles rassurantes pour l'enfant.

Prise en charge des parents

Comme nous avons pu le voir précédemment, la manière dont nous prenons soin des enfants a considérablement évolué au fil des années, principalement grâce à une meilleure compréhension de leur développement. Nous avons aussi accordé de l'importance aux besoins spécifiques des enfants, ce qui a conduit à une reconnaissance de la présence des parents.

De nos jours, les parents sont autorisés à rester auprès de leur enfant de jour comme de nuit. Leur présence est indispensable pour toutes les professionnelles interrogées, elle est « *centrale* » (E1, 1.91) et c'est « *une aide primordiale* » (E2, 1.25). Pour Lila, les parents font partis intégrants du soin et sont indissociables « *on prend en compte l'enfant et sa famille, on ne soigne pas qu'un seul enfant* » (E3, 1.14-15). Il s'agit d'un « *binôme avec le parent* » (E3, 1.7). Ils peuvent assister et participer à n'importe quel soin. Néanmoins, Lila précise que pour les ponctions lombaires, les parents ne sont pas conviés à rester, qu'ils soient rassurants ou non.

Tulipe m'informe que les 2 parents ne peuvent pas être présents en même temps, l'établissement impose la présence d'un seul parent uniquement au chevet de leur enfant. Elle a tout de même la possibilité de faire intervenir le deuxième parent si elle en ressent le besoin (E2, 1.31-35).

La présence des parents est énormément sollicitée et vivement recommandée par les soignants puisque ce sont eux qui connaissent le mieux leur enfant, ce sont « *la ligne directrice* » (E1, 1.93). En effet, pour prendre en compte les besoins d'un enfant et d'y répondre de manière adaptée, il faut recueillir les informations auprès des parents. Les parents sont en règle générale inquiets quant à l'état de santé de leur enfant et ils ont besoin d'être rassurés, « *il faut rassurer d'abord le parent qui va pouvoir rassurer l'enfant* » (E3, 1.17).

Pour Lila et Tulipe, prendre en compte l'enfant et sa famille permet de réaliser des soins de qualité. Pour avoir une qualité des soins, il est essentiel de créer une relation de confiance avec les parents.

En effet, encore une fois la communication est essentielle pour créer ce lien et le maintenir. Tulipe précise qu'il faut « *rassurer sans leur mentir* » (E2, 1.86) et utiliser des mots simples. Pour Rose, il est important d'accueillir l'enfant et sa famille « *avec des compétences relationnelles adaptées* » (E1, 1.39). Une explication du lieu, des personnes, du fonctionnement, de la prise en charge, de l'état de santé,... doit être donnée par les soignants afin de gagner la confiance des parents.

Les soignants doivent également écouter les propos des parents qui vont pouvoir orienter et aiguiller la prise en charge. En effet, comprendre les besoins de l'enfant va permettre de « *pouvoir adapter une distraction dans le soin* » (E2, 1.13). Ce travail de collaboration avec les parents va permettre d'avoir « *des soins dans le calme, des fois dans la rigolade* » (E3, 1.22-23). Une fois que le parent a accordé sa confiance au soignant, il est plus simple pour l'enfant d'accepter le soin. L'enfant comme nous l'avons vu précédemment a une confiance aveugle envers son parent alors « *il faut que le parent en quelque sorte lui donne son aval* » (E1, 1.59-60).

Néanmoins, les 4 professionnelles ont été confrontées à des situations où le parent est réfractaire au soin ou trop stressé ce qui entrave la prise en charge de l'enfant. Pour Lila, ce qui est compliqué c'est lorsque le parent est aussi stressé que l'enfant et qu'il n'arrive pas à le rassurer ; « *le parent était stressé, plus que l'enfant voire autant donc ça augmenté en fait le stress de l'enfant* » (E3, 1.41-42). Dans ces situations, les soignants accompagnent les parents et incitent les parents à verbaliser leurs angoisses.

Pour Tulipe, il est important d'expliquer et de prendre le temps nécessaire afin que « *les parents se sentent rassurés* » (E2, 1.114). Pour Lila, il faut également rassurer les parents mais pour elle il est important de « *recentrer sur son enfant* » (E3, 1.56). Dans tous les cas, les soignantes doivent prendre en charge les parents et tout faire pour les garder auprès de l'enfant car « *ils sont ressources* » (E4, 1.84).

Néanmoins, pour les 4 soignantes, la présence des parents peut être parfois anxiogène pour l'enfant alors parfois elles sont obligées de faire sortir les parents de la pièce. En effet, la présence des parents peut parfois « *entraver la prise en charge* » (E1, 1.44) et être « *trop freinant dans l'accompagnement* » (E1, 1.46). Le parent est inquiet quant à l'état de santé de son enfant et il est normal qu'il ressente du stress. Cependant, 3 des professionnelles m'ont rapportées des situations où le parent était agressif voire violent et ainsi l'enfant n'était plus sécurisé.

Les parents ont bien sur un rôle important auprès de leur enfant. En effet, les parents doivent pouvoir rassurer leur enfant, cela va lui permettre de sentir en sécurité durant tout le soin. Le parent va être en contact rapproché et permanent avec l'enfant, il va « *lui tenir la main, lui caresser les cheveux* » (E1, 1.111). Tulipe complète en disant que « *leur place est toujours la même, près de leur enfant* » (E2, 1.71). Pour rassurer un enfant, il faut connaître ses habitudes et ses centres d'intérêts et les soignants ne peuvent remplacer la place des parents, Lila insiste sur le fait qu'ils le font avec « *amour et tendresse* » (E3, 1.58). Enfin, Violette ajoute que les parents « *sont à la tête de leurs enfants* » (E4, 1.56). Les parents finalement accompagnent les enfants par des câlins, des paroles rassurantes, ...

Les soignants ne sont pas là pour prendre la place des parents bien au contraire, « *l'accompagnement et l'apaisement qu'apportes un parent n'est pas non plus remplaçable* » (E1, 1.113). Le parent ne doit pas non plus mentir à son enfant au risque qu'il se sente trahi par ses propres parents, cela a été justement souligné lors de l'entretien avec Violette.

Enfin, les parents participent de manière plus au moins active au soin. Pour rendre un soin moins douloureux, une distraction est souvent mise en place. Celle-ci est mise en place une fois que le soignant connaît l'enfant et ses besoins. Par exemple, Rose a imprimé des photos et pendant le soin, le parent chantait la chanson avec les photos et ça venait imager. Pour Violette, les parents « *sont partants pour toutes les petites astuces* » (E4, 1.8).

Les soignants

Le soignant accueille l'enfant ainsi que sa famille, ainsi la prise en charge est double. Travailler auprès des enfants peut parfois être dur sur le plan émotionnel puisqu'il faut réussir à gérer ses propres émotions mais aussi celle de l'enfant et de ses parents. Tulipe me confie qu'avec l'expérience elle arrive à « *mettre certaines émotions de côté sans les effacer totalement pour arriver à faire le soin dans les meilleures conditions* » (E2, 1.139-140). Lila qui a plus de 10ans d'expérience en pédiatrie rajoute « *ce n'est pas pour autant que je suis déstabilisée par certains parents* » (E3, 1.65-66). Violette est quant à elle souvent confrontée à des enfants chroniques alors elle n'hésite pas à spécifier à quel point ce service peut être dur émotionnellement.

Lila et Violette sont mamans et elles ne gèrent pas leurs émotions de la même manière. En effet, Violette « *arrive à faire la part des choses* » (E4, 1.81) entre sa place de maman et sa place de soignante. Lila a plus de mal, elle peut transférer plus facilement. Rose et Tulipe ne sont pas confrontées à cela puisque ce sont des jeunes diplômées sans enfant.

De plus, gérer les émotions des parents peut parfois être compliqué. Les parents qui pleurent sont difficiles à gérer pour Lila puisque « *on voit vraiment les émotions des parents* » (E3, 1.131). Pour Lila, il faut arriver à se mettre une « *barrière* » pour « *ne pas prendre toutes émotions parce que tu vas perdre tes moyens* » (E3, 1.132-133).

Dans la prise en charge de l'enfant, les soignants ont plusieurs rôles à jouer que ce soit auprès de l'enfant ou des parents. En effet, les parents sont une aide précieuse pour les soignants et il est pour les 4 professionnelles indispensables de les intégrer aux soins. Pour Rose, il est important d'aller chercher les informations auprès des parents, sur ce qui les interpelle afin de pouvoir prendre en compte les besoins de l'enfant. Le fait de recueillir ces informations va permettre de mettre en confiance les parents, ils seront de ce fait plus compliant aux soins. Pour rassurer le parent, Rose peut par exemple dépiauter un cathéter afin d'expliquer la finalité du soin. Une fois que le parent est rassuré, il va pouvoir rassurer son enfant mais l'infirmière a elle aussi un rôle à jouer dans la mise en confiance de l'enfant. Cela va permettre à l'enfant qu'il soit plus accrocheur. Tulipe peut par exemple, faire essayer le MEOPA au parent afin que l'enfant accepte plus facilement le soin. Comme nous venons de le voir, la place de la distraction est très importante et les soignants ont un rôle majeur. Lila « *s'adapte aux chansons que maman chante à la maison* » (E3, 1.31-32). Tulipe, elle, questionne l'enfant sur ce qu'il aime : « *vidéos, comptines, dessins animés, bulles,...* » (E2, 1.44-45). Mais parfois, les parents ne veulent pas participer aux soins alors les soignantes doivent substituer pour mettre en place des choses. Pour se faire, les soignantes peuvent faire intervenir un autre professionnel. Rose me dit qu'elle essaye de ne jamais se retrouver seule avec l'enfant pour des soins techniques, « *une qui fait le soin, qui est concentrée et l'autre qui divertit l'enfant* » (E1, 1.87-88). Pour Lila, lorsqu'une prise en charge est un peu compliquée, elle fait intervenir la pédiatre et va permettre de réguler la situation. Violette m'expose l'importance de prendre le temps, comme dit précédemment, Violette travaille avec des enfants chroniques qui nécessitent une prise en charge de longue durée. Elle m'explique que pour un parcours de soin réussi, c'est la première prise en soin qui est importante. Cela vaut évidemment pour tous les services qui prend en charge des enfants.

5. Problématique

Ce travail de recherche a pour objectif de répondre à ma question de départ qui est la suivante :

Quelle place donner aux parents lors des soins auprès des enfants de 3 à 6 ans en soins généraux ?

Pour répondre à cette question, j'ai réalisé des recherches afin de constituer mon cadre de référence. Par la suite, j'ai effectué mon enquête exploratoire sur le terrain auprès de 4 professionnelles, à l'aide d'entretiens semi-directifs. Une fois les résultats analysés, je vais pouvoir les mettre en tension avec mon cadre de référence. Cela me permettra d'étudier les similitudes et les différences entre la théorie et la pratique.

Pour commencer, les 4 soignantes interrogées individualisent chaque enfant. Pour se faire, elles s'adaptent à leur développement ce qui leur permet d'en déduire leurs besoins. La considération des besoins permet selon elles d'avoir des soins de qualité. Ceci s'appuie donc sur les différents stades de développement évoqués par Piaget et Freud. En effet, chaque enfant se développe à son rythme tout en passant par certains stades. Ainsi, les 4 professionnelles soulignent l'importance de s'adapter à l'enfant afin d'en déduire ses besoins. Nous pouvons faire le lien avec les propos de Manoukian qui explique les différents moyens de rentrer en relation avec l'enfant. La parole est la meilleure manière de communiquer avec un enfant et cela est soulignée par les 4 professionnelles interrogées. Une fois que les besoins de l'enfant ont été pris en compte, une distraction peut être mise en place. Chaque soignante a ses techniques de distraction qui permettra une adhésion de l'enfant au soin. Encore une fois, pour instaurer un moyen de distraction, il faut écouter l'enfant et s'adapter à son langage. Les parents sont là aussi pour aiguiller la prise en charge et il s'agit d'une aide précieuse pour les soignantes.

Les enfants, pour qu'ils se sentent rassurés ont besoin de leur parent qui sont considérés comme les figures d'attachement par Bowlby. Les parents sont ceux qui répondent de manière adaptée aux besoins de leur enfant car ce sont eux qui le connaissent le mieux. De nos jours, les parents sont présents au chevet de leur enfant et sont complètement intégrés dans la prise en soin.

Pour les soignantes, comme le souligne l'association Sparadrap, le premier rôle attribué aux parents est celui de rassurer l'enfant.

Violette souligne le fait d'avoir des propos rassurants sans pour autant mentir à l'enfant. Ensuite, les soignantes font pleinement participer les parents mêmes les plus stressés car ils font partie intégrante du soin. Rose le dit très bien « *être 10 soignants tu ne remplaceras jamais un parent* ». Pour gagner la confiance de l'enfant, il est essentiel de gagner celle des parents.

En effet, cela rejoint la théorie de l'attachement puisque l'enfant accorde toute sa confiance envers ses parents qui sont ses personnes ressources et qui constituent son havre de sécurité. Là aussi, pour que les parents accordent leur confiance aux soignantes, il est important de communiquer. Pour maintenir le lien, la communication est indispensable. Rose et Lila précise que l'enfant comme les parents se retrouvent pour la plupart dans un lieu inconnu avec des personnes étrangères, ce qui entraîne de l'anxiété pour les parents déjà inquiet quant à l'état de santé de leur enfant. Les soignantes ont alors là aussi un rôle à jouer afin de diminuer le stress des parents. En effet, les soignantes vont tout d'abord rassurer les parents avant de rassurer l'enfant. Ces propos sont en accord avec ceux de Wanquet Thibault Pascale qui développe les émotions ressenties par le parent et précise que celles-ci sont temporaires.

Toutefois, lors de mes entretiens, 3 soignantes m'avancent les difficultés rencontrées avec certains parents où le stress est prééminent. Ce stress prééminent entraîne alors parfois de la violence de la part des parents envers le personnel soignant. Tulipe m'explique que de plus en plus de parents sont dans la confrontation et certains sont très exigeants. Ainsi, les soignantes reçoivent beaucoup d'agressivité. Ces situations sont d'autant plus difficiles à gérer lorsque le stress ou cette violence a un impact sur l'enfant.

En effet, les 4 soignantes l'ont amené au cours des entretiens ; les enfants sont des éponges émotionnelles, ils absorbent les émotions ressenties par les parents ce qui peut entraver la prise en charge. Les émotions de l'enfant est un concept que je n'ai pas développé dans mon cadre de référence. Finalement, les soignantes doivent pouvoir gérer les émotions de l'enfant, celle des parents et enfin leurs propres émotions. Cette triple prise en charge peut être parfois difficile car les émotions sont propres à chacun mais il est important pour les soignantes de ne pas se laisser submerger.

Les 4 professionnelles interrogées sont jeunes alors il y a des notions qui apparaissent dans mon cadre de référence et qui ne sont pas reprises lors des entretiens. L'historique de la place des parents n'est pas évoqué par les soignantes car elles n'ont pas connu les services de pédiatrie sans la présence des parents.

6. Question de recherche

Au travers de ce travail de recherche, mes situations de départ m'ont amenée à me questionner sur la place des parents lors d'un soin. Toutes les soignantes interrogées rappellent l'importance des parents dans le parcours de soin ainsi que tous les bénéfices pour l'enfant. Pour autant, certaines situations sont difficiles à gérer notamment la gestion des émotions des parents lorsque celles-ci interfèrent dans la prise en charge pouvant impacter le soin et l'enfant.

Les recherches effectuées dans mon cadre de référence m'ont permis de comprendre que les parents jouent un rôle central et qu'il est indispensable de les inclure dans les soins. Toutefois, je n'ai pas axé mes recherches sur les émotions et particulièrement l'agressivité des parents en pédiatrie. Cette agressivité de la part des parents est parfois pesante pour les soignantes qui n'arrivent pas à gérer ces situations. Il est donc important pour les soignantes de comprendre comment les prendre en compte afin d'améliorer la prise en charge de l'enfant.

Ma question de départ ne traitait pas de l'agressivité des parents ni de la gestion de celle-ci par les soignants. L'analyse de mes entretiens m'a permis de révéler une nouvelle réflexion et de poser une question de recherche qui est la suivante :

En quoi la gestion des émotions des parents améliore -t-elle la prise en charge des enfants de 3 à 6ans ?

7. Limites et critique de ce travail de recherche

Tout d'abord, ce travail de recherche a été très enrichissant pour moi et ce fut un réel plaisir de l'écrire. Il m'a permis de découvrir la prise en charge de l'enfant ainsi que de son environnement et plus précisément ses parents. Néanmoins, ce travail bien qu'assez intense, ne permet pas d'approfondir toutes les notions en lien avec la prise en charge de l'enfant. Cela est d'autant plus difficile que durant ces 3 années de formation, nous n'avons aucune notion sur la pédiatrie.

Lors du commencement de ce travail, je ne savais pas réellement comment structurer mon cadre de référence, et je me suis beaucoup demandée si celui-ci était pertinent.

Ensuite, lors de la réalisation de mes entretiens, je n'ai guère rencontrée de difficultés si ce n'est pour le dernier entretien avec Violette. En effet, la cadre du service m'avait donné rendez-vous à 14h, et j'ai dû patienter un moment avant de pouvoir réaliser mon entretien. Lors de la retranscription de cet entretien, je me suis aperçue qu'il n'était guère enrichissant et qu'il ne m'apportait que peu d'informations ; j'ai donc eu du mal à l'analyser. Les 3 autres entretiens étant d'une très bonne qualité, j'ai été rassurée.

Le travail d'analyse demande du temps mais je l'ai trouvé très formateur car il permet de confronter les pratiques et parfois les représentations des soignantes. Cela permet d'avoir une vision assez globale malgré le fait d'avoir réalisé 4 entretiens.

En parallèle de ce travail, je prépare les concours d'entrée à la formation de puéricultrice et j'ai parfois délaissé ce travail pour me concentrer pleinement à la préparation de ces concours. Je me suis beaucoup investie dans ce travail et j'avais anticipé le fait que j'allais passer les concours, ce qui m'a facilitée la réalisation de ce mémoire de fin d'études.

Conclusion

Ce travail de recherche est l'aboutissement de ces 3 belles années de formation, qui m'a permis de découvrir ce merveilleux métier.

Le départ de mon mémoire a débuté par une situation vécue en stage et plus particulièrement aux Urgences Pédiatriques. Par la suite, un questionnement porté sur la place des parents lors de la prise en charge d'un enfant a été amorcé. Le but de ce travail était pour moi de comprendre le rôle que jouait les parents auprès de l'enfant et comment ils étaient considérés par les soignants.

Ce travail de recherche est en lien avec mon projet professionnel, qui est de devenir puéricultrice. En effet, cela me paraissait pertinent d'orienter mon travail sur la triade afin de découvrir le rôle de chaque acteur. Cette expérience m'a offert l'occasion d'approfondir ma compréhension du développement de l'enfant, des relations familiales et des défis rencontrés lors de l'hospitalisation par les différents acteurs impliqués. Ces connaissances me permettront d'adapter ma pratique professionnelle pour mieux soutenir la dynamique entre l'enfant, ses parents et les soignants, afin d'offrir une prise en charge optimale.

La rédaction de ce mémoire a été marquée par une série de découvertes passionnantes et d'acquisitions de connaissances, nourries à la fois par des recherches approfondies pour construire le cadre de référence, et par des interactions enrichissantes avec des professionnels sur le terrain.

La prise en charge de l'enfant est complexe car elle nécessite l'intégration des parents dans le parcours de soin. En effet, pour une prise en soin optimale, il est nécessaire d'appréhender les besoins de l'enfant mais aussi ceux des parents. J'ai alors appris qu'il était indispensable de prendre soin de l'enfant tout comme de ses parents afin que la prise en charge se passe dans les meilleures conditions.

Les auteurs et les soignants s'accordent à dire que la présence des parents est essentielle dans le parcours de soin de l'enfant. Dans la plupart des cas, ils permettent de rassurer l'enfant mais les parents sont parfois facteurs de stress pour l'enfant et peuvent parfois être violents avec le personnel soignant. Si je devais poursuivre ce travail, je l'axerais sur la prise en charge des émotions des parents afin d'harmoniser la triade et permettre des soins de qualité sans que la présence des parents soit un vecteur de stress pour l'enfant.

Bibliographie

Rouget, S., Mollier, M. & Scharff, K. (2018). *Accueillir les parents en service de pédiatrie*. *Enfances & Psy*, 79, 40-50. Disponible sur le site web : <https://doi.org/10.3917/ep.079.0040>

Développement cognitif de l'enfant : les stades chez J.Piaget, Bugosen, C., 2018. Disponible sur le site web : <https://psy-enfant.fr/stade-developpement-jean-piaget/>

Le jeu vidéo, l'assimilation et l'accommodation, Educavox, 2013. Disponible sur le site web : <https://www.educavox.fr/formation/analyse/le-jeu-video-l-assimilation-et-l-accommodation>

Stades du développement psychoaffectif de l'enfant, Duverger, P. Disponible sur le site web : <http://www.pedopsychiatrie-angers.fr/cours-fichiers/Stades%20du%20developpement%20psychoaffectif%20de%20l%20enfant.pdf>

Les 5 différents stades de l'enfance selon Freud, Coly S., 2018. Disponible sur le site web : <https://psychocoach.blog4ever.com/les-5-differents-stades-de-l-enfance-selon-freud>

Dugravier, R. & Barbey-Mintz, A. (2015). *Origines et concepts de la théorie de l'attachement*. *Enfances & Psy*, 66, 14-22. Disponible sur le site web : <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>

L'haptonomie, Veldman F. Disponible sur le site web : <https://haptonomie.org/frans-veldman/#:~:text=Il%20fonde%20en%201963%20%E2%80%9C,la%20fin%20des%20ann%C3%A9es%2070.>

L'haptonomie pour communiquer avec son bébé pendant la grossesse, Agathe, 2022. Disponible sur le site web : <https://mamanvogue.fr/maternite/grossesse/lhaptonomie-pour-communiquer-avec-son-bebe-pendant-la-grossesse/#:~:text=L'haptonomie%20est%20une%20discipline,contact%20affectivo%2Dpsycho%2Dtactile>

Quel rôle, quelle place pour les parents lors des soins de Françoise Galland, avril 2013. Disponible sur le site web : <https://www.sparadrapp.org/professionnels/la-presence-des-proches/quel-role-quelle-place-pour-les-parents-lors-des-soins>

Sparadrap, *7 conseils pour mieux communiquer à l'hôpital*, 2020. Disponible sur le site web : <https://www.sparadrap.org/professionnels/informer-lenfant-et-ses-proches/7-conseils-pour-mieux-communiquer-lhopital>

Théories du développement de l'enfant : études comparatives de R.Murray.T. & Michel, C., 1994.

L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage de Wanquet Thibault, P., Masson, 2015, 172p.

La relation soignant-soigné de Manoukian A., 2014, 201p.

Annexes

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN	I
ANNEXE II : AUTORISATION D'ENTRETIEN	II
ANNEXE III : ENTRETIEN N°1 AVEC ROSE	III
ANNEXE IV : ENTRETIEN N°2 AVEC TULIPE	X
ANNEXE V : ENTRETIEN N°3 AVEC LILA	XV
ANNEXE VI : ENTRETIEN N°4 AVEC VIOLETTE	XX
ANNEXE VIII : AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ETUDES	XXIV

Annexe I : Guide d'entretien

Date de l'entretien :

Nom, prénom et âge du professionnel :

Date du diplôme :

Formation puéricultrice :

Ancienneté dans le service :

Parcours en pédiatrie :

1. Comment prenez-vous en compte les besoins de l'enfant de 3 à 6ans lors d'un soin ?

Question de relance : Quel est selon vous l'intérêt de prendre en compte les besoins de l'enfant ?

2. Quelle place accordez-vous aux parents lors d'un soin ?

Question de relance : Cette place varie-t-elle en fonction de certaines situations ?

3. Pouvez-vous me rapporter une situation qui vous a marquée lors d'un soin auprès de l'enfant en présence des parents ?

Annexe II : Autorisation d'entretien

 **CENTRE
HOSPITALIER
AVIGNON**

**DIRECTION DES
SOINS**
Tél: 04 32 75 35 81

Affaire suivie par
[redacted]
Cadre Supérieur de Santé
04 32 75 35 81
(secrétariat)

Madame Pauline CAVARD
[redacted]
84200 CARPENTRAS

Avignon, le 11/01/2024

OBJET : TFE
N/Réf.VB/MP/24

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'études.

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 consultations de pédiatrie et du service Pédiatrie Grands au 04 32 75 36 74

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 CHARGE DE MISSIONS à la DCGS

[redacted]



ch-avignon.fr **CENTRE HOSPITALIER AVIGNON**
305, rue Raoul Follereau • 84902 Avignon Cedex 9 • Téléphone 04 32 75 33 33

Bonjour Mme Cavard,

Comme convenu lors de notre entretien téléphonique, dans le cadre de la réalisation des entretiens pour votre TFE, vous pourrez, à votre convenance, prendre contact avec les puéricultrices du CH de Carcassonne.

Les rencontres pourront s'organiser sur le CH, les services concernés sont la pédiatrie, la filière pédiatrique aux urgences et la néonatalogie, du pôle femme/enfant du CH de Carcassonne.

Merci de l'intérêt que vous avez manifesté à l'égard de nos professionnelles et de notre établissement.

Je vous souhaite une bonne journée et beaucoup de réussite dans vos examens.

Cordialement

Annexe III : Entretien n°1 avec Rose

1 **MOI** : Comment prenez-vous en compte les besoins de l'enfant de 3 à 6 ans lors d'un soin ?

2 **ROSE** : Pour prendre en compte les besoins d'un enfant de 3 et 6 ans mais aussi des autres
3 populations d'âge je fais plusieurs choses plus ou moins en même temps c'est-à-dire que je vais
4 observer l'enfant. Donc, je l'observe autour de 4 principaux points, je vais essayer d'aller
5 chercher comment je le trouve au niveau des fonctions hémodynamiques donc tout ce qui va
6 être coloration, respiration, état de conscience,... ensuite je vais essayer de voir comment je
7 trouve sur le plan des éveils/sommeil : est-ce que je vois qu'il alterne les phases de sommeil et
8 d'éveil de façon chronologique ou du moins normalement ou est-ce que il en saute une par
9 exemple est-ce que l'enfant est somnolent et d'un coup il écarquille les yeux il est dans un état
10 d'éveil extrême d'agitation où est-ce que bon il est endormi se réveille tranquillement puis il
11 s'agite un peu avant de s'autoréguler. Ensuite je vais l'observer aussi je vais aller chercher un
12 petit peu tout ce qui va être sur le plan de la tonicité est-ce que l'enfant est plutôt tonique ou
13 est-ce qu'il est plutôt amorphe voilà. Puis, le dernier point c'est au niveau des interactions est-
14 ce que l'enfant a une interaction verbale attendue pour son âge envers ses parents et envers moi ;
15 est-ce qu'il joue enfin est-ce que je vois qu'il discute comme un enfant de son âge devrait
16 discuter est-ce que est-ce qu'il regarde comme il devrait regarder voilà donc ça c'est une
17 observation que je fais mais qui est quand même assez rapide hein, quoi c'est vraiment
18 rapidement je l'observe moi je le vois et je me dis hop là il y a un souci donc je pense qu'il
19 pourrait y avoir. Alors j'observe les premiers éléments qui me font derrière déduire les besoins
20 de l'enfant. Ensuite, l'autre point sur lequel je me base énormément c'est l'anamnèse c'est-à-dire
21 sur ce que je vais recueillir comme information auprès des parents donc je vais aller chercher
22 sur toutes les sphères de l'enfant, comment il est sur le plan du sommeil, comment il est sur le
23 plan de l'alimentation, qu'est-ce qui vous inquiète, sur le plan du comportement, vous retrouvez
24 votre enfant ou il y a quelque chose qui change depuis ces derniers temps voilà. Qu'est-ce qui
25 vous interpelle vous en tant que parent parce qu'il ne faut jamais oublier que ceux qui
26 connaissent le mieux l'enfant c'est les parents et même si on a tendance dans certains services
27 comme les urgences, ça peut être des services ou la place du paramédical balaye un peu celui
28 du parent et ça c'est une grosse erreur. Le parent c'est lui qui va orienter beaucoup la prise en
29 charge, un parent stressé il faudra que tu adaptes ta prise en charge parce que si le parent est
30 stressé l'enfant ne sera pas coopérant voilà.

31 **MOI** : Qu'est-ce que tu fais du coup dans ces cas ?

32 **ROSE** : Sur un parent stressé, tu vas d'abord essayer de gagner la confiance la relation de
33 confiance avec les parents donc en premier lieu avant même de savoir si le parent est stressé ou
34 pas moi je pars du principe qu'il est dans un univers qu'il ne connaît pas, les urgences sont un
35 endroit stressant quand bien même ce serait en pédiatrie ils arrivent dans un univers aussi qu'ils
36 ne connaissent pas la plupart du temps assez impressionnant donc on ne connaît pas le vécu de
37 chacun en tant que propre enfant ou dans son histoire en tant qu'individu du coup quel va être
38 le rapport au blouse blanche on le connaît pas et du coup il faut toujours enfin dans la mesure
39 du possible essayer de l'accueillir avec des compétences relationnelles adaptées c'est à dire on
40 va se présenter en dit bien comment on s'appelle notre fonction on explique la prise en charge
41 à venir par exemple en pédiatrie je leur dis que toutes les 3h nous allons passer dans la chambre
42 je leur explique que si l'enfant va être scopé ou pas pour quelle raison voilà bah déjà c'est ce
43 que je fais en amont et après quand on voit que le stress est vraiment proéminent, il entrave un
44 peu la prise en charge et si l'entrave de beaucoup parce que ben on tombe dans de l'irrespect
45 dans de la violence verbale parfois tant pis il faut savoir demander aux parents de sortir et parce
46 que il est trop il est trop freinant dans la prise en charge et dans l'accompagnement qu'il a envers
47 son enfant mais ça arrive très peu de fois ça a dû m'arriver qu'une fois sur vraiment un parent
48 un qui était pas adapté mais qui était hors de lui quoi.

49 **MOI** : Donc ça influe sur l'enfant ?

50 **ROSE** : Oui ça influe beaucoup sur l'enfant. Les enfants en fait, ils ont toute la confiance envers
51 le parent parce que oui c'est leur personne de confiance c'est leur havre de sécurité si tu veux
52 un peu. Dans la théorie de l'attachement, l'enfant il a reçu les soins de son parent depuis sa
53 naissance donc l'enfant voilà le parent est sa ressource le parent est ce qu'on appelle dans la
54 théorie de l'attachement son havre de sécurité qui permet à l'enfant d'aller explorer le monde et
55 lorsqu'il rencontre un danger de s'en référer aux parents. Donc si on se réfère un peu à la théorie
56 de l'attachement que je viens de t'expliquer là quand l'enfant se retrouve dans une situation où
57 il est malade donc vulnérable encore plus vulnérable qu'un enfant lambda en bonne santé dans
58 un environnement qu'il ne connaît pas avec une personne étrangère qui va le toucher et qui va
59 lui parler et qui va avoir un contact rapproché avec lui il faut que le parent en quelque sorte lui
60 donne son aval, lui donne son autorisation de se laisser aller à la confiance de cette adulte et
61 donc voilà. Quand les enfants sentent que le parent c'est difficile d'accrocher la confiance de
62 l'enfant dans ces cas-là on parle aux parents on leur demande il faut oser parfois leur dire je
63 sens que vous êtes angoissé qu'est-ce qui vous fait peur voilà et le parent va verbaliser et après

64 adapter. Parfois moi ça m'arrive de dépiauter un cathéter par exemple de montrer aux parents
65 qu'est-ce que c'est un cathéter pour que derrière ils acceptent que le soin soit fait à leur enfant
66 voilà ce sont des petites choses mais auxquelles il faut être attentif parce que ça permet de
67 garder tout au long de la prise en charge la confiance des parents.

68 **MOI** : Donc là du coup par exemple tu prends l'exemple que tu fais sortir le parent est-ce que
69 du coup pour l'enfant ce n'est pas encore plus traumatique ?

70 **ROSE** : C'est pour ça que je te disais c'est vraiment une solution en dernier recours moi quand
71 ça m'est arrivé c'était un parent qui avait consommé des substances illicites et donc on avait
72 beau essayer avec le relationnel de le raisonner quoi que ce soit ce n'était pas possible et là il
73 était violent l'enfant était dans un tel état de santé qu'en fait quand tu pèses le bénéfice et le
74 risque, l'enfant fallait qu'il ait son soin le parent fallait qu'il sorte. Je ne pouvais pas perdre trop
75 de temps avec le parent à tenter de le raisonner alors que mes efforts étaient vains et que l'enfant
76 a côté n'était pas bien tu vois donc là dans ces cas-là c'est une décision difficile à prendre que
77 tu prends souvent en pluridisciplinaire. On a un médecin voilà j'ai référé au médecin les
78 difficultés que j'avais à aborder le parent il m'a dit écoute on le fait sortir et on va y aller
79 ensemble faire le soin une fois que le parent est dehors là dans cette situation par exemple
80 l'enfant il s'est détendu l'enfant il avait 4 ans et 10 mois et il est arrivé à s'apaiser on a mis la
81 télé alors après voilà il faut substituer pour mettre en place des choses.

82 **MOI** : Mais donc déjà tu ne t'es pas retrouvée seule ?

83 **ROSE** : J'essaie de jamais me retrouver seul avec un enfant. Quand je fais un soin par exemple
84 qui peut faire mal à l'enfant une pose de cathéter, si l'enfant le supporte on va mettre peut-être
85 mettre du MEOPA mais pour le MEOPA c'est bien qu'on soit 2 pour qu'une personne garde le
86 contact verbal avec l'enfant tout au long du soin pendant que toi tu fais la pose de cathéter par
87 exemple. Après en général ce qui est bien c'est une qui fait le soin qui est « concentrée » sur le
88 soin l'autre qui divertit l'enfant ou du moins qui l'accompagne dans le soin.

89 **MOI** : Quelle place accordes-tu aux parents lors d'un soin ?

90 **ROSE** : La place des parents pour moi elle est centrale c'est-à-dire que donc tu vas dire que je
91 me réfère beaucoup à la théorie de l'attachement mais quand tu travailles avec les enfants c'est
92 un peu la ligne directrice. La théorie de l'attachement c'est plein de petits principes pleins de
93 petits concepts qui éclaire ta prise en charge. La place du parent elle est primordiale parce que
94 le parent c'est celui qui connaît le mieux l'enfant, que ce soit le papa ou la maman parce qu'il
95 faut également prendre en compte les papas, il n'y a pas que la maman. C'est eux qui sont au

96 contact de l'enfant tous les jours donc si toi tu observes l'enfant et que tu le trouves bien coloré
 97 mais que par exemple habituellement cet enfant a les joues rouges et que là il ne les a pas, toi
 98 tu ne le sais pas, tu ne vas pas le voir. En tant que soignants tu vas pouvoir dire que c'est normal
 99 mais le parent il va te dire madame il est pâle au niveau des joues. Ou alors, je vais trouver un
 100 enfant tonique, qui joue mais le parent va dire, en temps normal, il vous aurait déjà retourner
 101 toute la pièce, il aurait tout jeté. Le parent il a la place centrale, c'est lui qui connaît le mieux
 102 l'enfant et c'est en lui que l'enfant a toute sa confiance. Donc l'enfant quand il est danger soit
 103 il arrive à s'autoréguler c'est à dire il va trouver la solution, il va demander à maman son
 104 doudou, avec une berceuse il peut se calmer, d'autres ont besoin qu'on les emmaillote pour
 105 qu'ils se sentent plus en sécurité. Ils vont donc trouver un moyen par eux-mêmes de s'auto-
 106 réguler pour apaiser leur angoisse ou leur stress. D'autres et beaucoup d'enfants sont dans cette
 107 configuration, ont besoin d'être co-régulés et qui c'est qui co-régule l'enfant ? c'est le parent.
 108 Ça veut dire que l'enfant n'a pas en lui les capacités à apaiser ses angoisses et il a besoin de se
 109 référer à sa figure d'attachement et c'est le parent. Le parent va lui tenir la main, lui caresser
 110 les cheveux et tout ça tu as beau être 10 soignants tu ne remplaceras jamais un parent. L'œil du
 111 parent, le parent expert de son enfant ne se remplace pas. L'accompagnement et l'apaisement
 112 qu'apportes un parent n'est pas non plus remplaçable. Ces situations se passent lorsque le parent
 113 est adapté et l'enfant se développe de manière « normale ». Ce sont des situations « normales ».
 114 **MOI** : Est-ce que ça arrive que même dans une situation « normale », tu n'accordes pas la
 115 même place au parent en fonction de l'enfant ?
 116 **ROSE** : Dans ma pratique, on a quand même beaucoup de parents normalement cortiqués mais
 117 il existe une partie non-négligeable qui soit est sous l'emprise de stupéfiants, ça arrive de plus
 118 en plus ; ou va avoir tendance à majorer les symptômes de leur enfant. C'est toi en tant que
 119 soignants de oui laisser la place aux parents qui ont un suivi par l'assistante sociale, PMI, parfois
 120 un enfant placé, il faut leur laisser la place tout en gardant un œil de soignant c'est-à-dire que
 121 tu vas avoir une relation symétrique avec le parent, tu vas lui parler, lui expliquer et attendre
 122 son accord pour le faire à son enfant, tu vas essayer de gagner sa confiance et tu vas apporter la
 123 même écoute active que tu apporterais à un parent cortiqué. Mais quand le discours te paraît un
 124 peu discordant ou l'observation du parent diverge de quand même pas mal de point, cette idée
 125 que tu te fais de l'enfant, tu dois la comparer à ton œil à toi. Toi qu'est-ce que tu ressens de
 126 l'enfant par rapport à ce que te dis le parent et tu essayes d'en faire un mélange pour ne pas
 127 passer à côté de quelque chose qui pourrait être grave mais ne pas majorer la situation dans

128 laquelle l'enfant se trouve. Il faut donc toujours prendre ce que te disent les parents mais quand
129 tu sens qu'il n'y a pas peut être une déficience tu donnes un peu plus de valeurs sur ton ressenti,
130 sur tes diagnostics infirmiers, tout ton ressenti.

131 **MOI** : Est-ce que tu coup quand ça diverge, ça t'arrive de faire intervenir une personne
132 supplémentaire ?

133 **ROSE** : En effet, toi tu as un ressenti et que ce n'est pas celui de la maman ou quand la maman
134 te dit quelque chose que toi tu ne l' observes vraiment pas chez l'enfant et que quand un doute
135 tu vois souvent on peut faire intervenir une seconde soignante donc on appelle une collègue
136 infirmière on appelle le médecin pour qu'il vienne lui avec un autre œil tu vois qui n'est pas
137 imprégné de tout de ce que nous on a déjà vécu voilà qui observe l'enfant, qui questionne la
138 mère, qui reprend en fait tous les éléments que toi tu as pu avoir. Par exemple, la maman me dit
139 qu'elle ne le trouve vraiment pas bien qu'il a fait une pause respiratoire dans la voiture, moi
140 écoute j'ai des constantes qui sont bonnes, l'enfant je le trouve bien coloré je n'ai pas de signe
141 de lutte il respire bien alors je dis, est-ce que tu peux aller le voir et me dire qu'est-ce que t'en
142 penses. Si c'est un médecin il va l'ausculter tu vois ou même une collègue aussi qui vienne
143 l'observer l'enfant elle aura un autre regard il faut toujours essayer de rester objectif quelles que
144 soient les situations, essayer de retranscrire le moins de subjectivité possible dans la prise en
145 charge c'est à dire ce que tu penses en tant que personne personnellement tu te le gardes t'essayes
146 de l'enfouir un peu de côté quoi tu vois pas totalement parce que ton ressenti parfois il est juste
147 d'accord mais tu ne peux pas t'arrêter à des ressentis personnels quand on est professionnel. Il
148 faut toujours qu'on ait des arguments derrière chaque chose que tu avances pour que tu aies des
149 arguments et du coup dans ces situations là où tu n'es pas du même avis que le parent, faire
150 intervenir un autre professionnel est une bonne chose. Ça permet de croiser les regards et de
151 trouver une issue à la prise en charge.

152 **MOI** : Donc ce sont des situations qui demandent du temps mais quand ce sont des urgences,
153 comment ça se passe ?

154 **ROSE** : En urgence on n'est jamais seul donc on a toujours un collègue à proximité, donc l'œil
155 peut venir à tout moment. Le temps puéricultrice/enfant/parent est toujours pris. Sur une
156 situation d'urgence vitale, tu vas avoir la puéricultrice qui va y aller en premier mais qui ne sera
157 jamais seule. La puéricultrice elle va faire son anamnèse et qu'elle va observer l'enfant, l'autre
158 collègue va faire l'inventaire des affaires, lui mettre le brassard à tension. Chacun à son rôle en
159 fait en situation d'urgence vitale, mais celle qui a le rôle d'aller recueillir les informations auprès

160 du parent et d'observer, de faire la première observation de l'enfant, il faut qu'elle transcrive ses
161 doutes aux autres professionnels. C'est elle qui le voit en premier, donc il faut qu'elle sache dire
162 cette infirmière-là, ou cette puéricultrice, l'évolution que va prendre l'enfant dans les minutes
163 ou les heures à venir.

164 **MOI** : Du coup... En fait, c'est la même prise en charge mais faite plus rapidement.

165 **ROSE** : Voilà, tu vois, tu ne vas peut-être pas... Tu vas déshabiller l'enfant plus rapidement,
166 comme ça tu vas surtout voir s'il a des signes de lutte, comment il est coloré. Voilà, tu vois, t'as
167 un temps de recoloration cutanée, tu vas appuyer 5 secondes, oui, mais ce sera 5 secondes,
168 rapido, mais tu ne vas peut-être pas... Tu vas peut-être moins accompagner par des mots ce que
169 tu fais par tes gestes. Mais, encore une fois, la différence entre la prise en charge d'un enfant et
170 la prise en charge d'un adulte, c'est qu'un enfant, si tu n'expliques pas ce que tu fais avant, au
171 moins au parent, et qui plus est à l'enfant, parce qu'entre 3 et 6 ans, il est tout à fait à l'âge de
172 comprendre les choses basiques, que tu les images un peu, tu vois, tu vas faire la piqure de
173 moustiques, tu essaies de faire un tour de magie, les compresses sont froides parce qu'il fait
174 froid, c'est l'hiver, tu le sens le froid sur ta peau, voilà, on accompagne, on image beaucoup les
175 choses. Mais ça, n'importe quelle situation en fait. N'importe quelle situation, tu accompagnes
176 toujours, il faut garder le soin relationnel. Parce que sinon, tu ne sortiras rien de ton enfant.

177 **MOI** : Ok, donc du coup, l'intérêt de prendre en compte les besoins, ça va pour n'importe quelle
178 situation ?

179 **ROSE** : Tout le temps, les besoins, tu dois tout le temps les prendre en compte. Toi, tu as un
180 motif avec lequel ton enfant arrive sur les urgences, il arrive pour telle chose. Toi, tu le reçois
181 avec les transmissions de ta collègue, mais à quelle heure elle l'a vu ta collègue ? Je ne sais pas
182 trop finalement, elle te le dit, il y a une heure, il était comme ça. Mais toi, quand tu le prends
183 en charge, du moment que tu as l'enfant avec toi sous ta responsabilité, il faut toujours que tu
184 ailles chercher les besoins de l'enfant.

185 **MOI** : Ok, et donc du coup, tu m'en as déjà donné une, mais une situation qui t'a marquée
186 pendant le soin avec la présence des parents ? Donc toujours chez un enfant 3-6 ans.

187 **ROSE** : Ah oui, alors, je vais t'en raconter une d'il y a 2 semaines maintenant. Donc c'est une
188 petite qui s'appelait Louise, qui avait 5 ans, c'était une petite chipie qui venait pour suspicion
189 d'appendicite. Donc voilà, elle disait qu'elle avait mal au bidou, quand on lui demandait quand
190 c'était la dernière fois qu'elle avait fait caca, elle nous disait des fois hier, aujourd'hui, en fait
191 on ne savait pas et comme elle était à l'école le papa ne savait pas forcément nous répondre non

192 plus. Donc bon il s'est avéré que cette petite Louise il a fallu que à un moment donné je lui fasse
193 un bilan, une prise de sang pour essayer d'aller voir si effectivement la CRP était élevée, s'il y
194 avait une hyperleucocytose, pour essayer d'aller chercher si on avait des éléments en faveur de
195 l'appendicite ou pas sur la biologie. Et bien cette petite Louise elle avait une énergie monstre à
196 dépenser et elle adorait les crocodiles, c'est marrant, c'était vraiment quelque chose qu'elle
197 aimait. Du coup avant d'aller faire mon soin j'ai imprimé des dessins de crocodiles tu vois et
198 du coup on a chanté la chanson avec les crocodiles pendant qu'on faisait le soin voilà donc
199 c'était aller cro cro cro, on chantait ça elle était à fond et pendant que je la divertissais par la
200 chanson, enfin moi maintenant j'ai acquis cette capacité aussi à chanter par exemple pendant
201 que je fais le soin. Au début c'est pas simple de divertir toi-même quand toi-même tu te
202 concentres à un truc mais ça c'est comme ça que ça s'est passé et le père pendant ce temps il y
203 avait des crocodiles, j'avais imprimé trois photos, le crocodile qui faisait de la guitare celui qui
204 avait les doigts en l'air comme s'il dansait et le crocodile qui chantait et du coup le papa pendant
205 ce temps avec les photos bon il faisait bouger les photos quoi tu vois et ça faisait un peu comme
206 si ça venait imager la chanson qu'on chantait à ce moment-là avec ma collègue aide-soignante
207 et c'est un soin que la petite Louise a très bien vécu, où il n'y a pas eu de pleurs tu vois le garrot
208 c'était le chemin sur lequel passaient les crocodiles après tu pars vraiment dans des histoires
209 entières mais en fait c'est l'âge aussi où leur cerveau il a une demande quoi, il a une demande
210 d'histoires, de trucs fantastiques quoi donc il faut s'amuser, il faut aller dans leur jeu, il faut faire
211 travailler leur cerveau pour en profiter de cette période-là qui est un peu féérique et si on peut
212 lier l'utile à l'agréable. Ça c'est une situation où vraiment même toi en tant que soignante tu sors
213 et t'es contente. Oui parce que ça se passe bien, il n'y a pas eu de pleurs, il n'y a pas eu d'anxiété,
214 les parents qui ont été coopérants, qui ont joué le jeu, qui ont été contents de la prise en charge
215 parce qu'ils ont vu que leur fille acceptait le soin, était à fond. Le but c'est ça, c'est de ne pas
216 créer de mauvais souvenirs à l'enfant.

217 **MOI** : Ok ! Ça marche, merci !

Annexe IV : Entretien n°2 avec Tulipe

1 **MOI** : Comment prends-tu en compte les besoins d'un enfant de 3 à 6 ans lors d'un soin ?

2 **TULIPE** : Pour prendre en compte les besoins d'un enfant donc je pense qu'il faut l'observer
3 ton enfant il faut essayer de voir ses capacités parce que 3/6 ans c'est quand même assez large
4 parce qu'entre 3 ans et 6 ans il y a vraiment une différence ils n'ont pas le même développement
5 psychomoteur et même s'ils ont le même développement il faut toujours essayer de s'adapter
6 c'est quelque chose qui n'est vraiment pas évident parce que surtout ici aux urgences l'enfant on
7 ne connaît pas. En pédiatrie, on peut arriver à les connaître ce sont des enfants qui viennent plus
8 fréquemment. Aux urgences, on les connaît pas alors il faut observer.

9 **MOI** : Ok donc du coup quel est l'intérêt pour toi de prendre en compte ses besoins ?

10 **TULIPE** : L'intérêt pour moi c'est de faire des soins de qualité je dirais à l'enfant. Si tu ne
11 connais pas ton enfant en tout cas si tu n'essaies pas de connaître ton enfant et ses besoins, je
12 ne dis pas que tu vas faire un mauvais soin ou en tout cas tu ne gagneras pas cette qualité. Pour
13 moi, l'intérêt par derrière c'est de pouvoir après adapter une distraction dans le soin c'est à dire
14 quand tu fais un soin à un enfant tu ne fonces pas droit dans le mur. Il faut l'expliquer et s'adaptait
15 aussi à son langage mais c'est également expliquer aux parents et l'intérêt derrière ce sera de
16 faire un bon soin et que l'enfant soit le plus sécurisé je dirais possible et le plus rassuré pour lui
17 pour toi et pour les parents.

18 **MOI** : Quand on parle des besoins de l'enfant est-ce que du coup tu te réfères aussi aux parents
19 pour connaître ses besoins ?

20 **TULIPE** : Bien sûr. Ça dépend aussi de 3 à 6 ans encore une fois à 6 ans il sera peut-être plus
21 en capacité de communiquer avec toi mais oui bien sûr c'est bien ensuite de communiquer aussi
22 avec les parents et de prendre en compte les parents maintenant parce qu'ils connaissent même
23 mieux leur enfant que toi. Parfois, même mieux que l'enfant lui-même. Ils vont savoir que si tu
24 fais ça, il va réagir comme ça ou comme ça. Effectivement, ça va t'aiguiller et les parents sont
25 de toute façon une aide primordiale.

26 **MOI** : Donc du coup dans le soin quelle place accordes-tu aux parents ?

27 **TULIPE** : Pour moi c'est essentiel que les parents soient là pendant les soins. Ce sont des atouts
28 c'est des plus mais c'est aussi la base. S'il n'y a pas les parents en soin, moi je trouve que c'est
29 très compliqué. On l'apprend à l'école de puéricultrice parce que c'est vrai qu'à l'école
30 d'infirmière on n'en parle pas trop mais pour qu'un enfant soit sécurisé, qu'il soit rassuré, qu'il
31 se sente en confiance, il a besoin d'avoir ses parents. Ici, on nous impose qu'il y est qu'un parent

32 sauf si on juge qu'il y a besoin du deuxième parent. A l'école, on nous apprend qu'il a besoin
33 de ses 2 parents donc on s'adapte, on essaye de l'appliquer. Moi si je vois que à un moment
34 donné l'enfant n'est pas sécure avec un seul parent et pour stabiliser un petit peu cette triade, il
35 y a besoin du deuxième parent, je le fais intervenir.

36 **MOI** : Pour en revenir réellement à la place des parents, comment ça s'articule dans le soin ?

37 **TULIPE** : Pour le soin, il y a besoin des parents pour encore une fois rassurer mais aussi les
38 faire participer. Attention, pas sur le plan médical ou sur les actes mais par exemple lorsque
39 j'utilise le MEOPA et donc ce sont les parents qui tiennent le masque. L'enfant est rassuré que
40 ce soit un de ses parents puisque ce sont une personne qu'il connaisse à qui il fait confiance.
41 Plutôt que toi, personne inconnue d'autant plus qu'il ne connaisse pas le masque. Je peux même
42 faire essayer aux parents avant pour leur montrer ce que c'est. Les enfants, une fois qu'ils ont
43 vu sur leurs parents, ils se disent ok ça va, ça va bien se passer. Après ils participent aussi alors
44 ça dépend le moyen de distraction que j'utilise, en fonction de ce qu'il aime : vidéos, comptines,
45 dessins animés, bulles,... Donc les parents vont vraiment participer à cette distraction. Si le
46 parent ne participe pas à ça, c'est plus compliqué, c'est à nous d'essayer de mettre en place plus
47 des choses mais il y a des parents parfois qui ont un peu peur. Je te prends l'exemple d'une
48 suture, ça m'est déjà arrivé, que les parents ne souhaitent pas assister et préfère sortir. Si je vois
49 un parent angoissé, encore plus que l'enfant, ça m'est déjà arrivé, de dire aux parents de sortir
50 pour qu'il se sente mieux. En fait, il faut toujours s'adapter, tu dois t'adapter tout le temps. Si
51 on ne s'adapte pas c'est compliqué. Il faut s'adapter à l'enfant mais aussi aux parents.

52 **MOI** : Donc là tu parles d'un parent angoissé qu'il est préférable de faire sortir mais pour
53 l'enfant comment ça se passe ?

54 **TULIPE** : Ça dépend. Alors parfois, tu vas avoir un enfant où tu vas lui parler de prise de sang
55 ou de piqûres de moustiques alors il a peur, il angoisse, il pleure, tu vois à son faciès que ça ne
56 lui plaît pas et souvent tu vois que le parent est encore plus angoissé que l'enfant. Alors en fait,
57 les enfants, ce sont des éponges émotionnelles donc ils prennent l'angoisse de leur parent et
58 quelquefois il faut casser ça. Alors pour casser cette angoisse, il faut aussi casser les angoisses
59 des parents, limite en premier pour après que tu puisses casser l'angoisse de l'enfant et que son
60 parent casse aussi l'angoisse de son enfant. Si l'enfant il sent que son parent est moins angoissé
61 bah lui aussi il le sera beaucoup moins. Il m'est déjà arriver de voir un parent pleuré, angoissé
62 et voir l'enfant regardait son parent en se disant « tu me fais encore plus peur ». Les enfants
63 surtout à ces âges-là, ne peuvent pas vraiment verbaliser ce genre de chose, ils ne peuvent pas

64 dire « ma maman me fait peur et m'angoisse encore plus ». Mais, parfois aussi, même les
65 parents stressés préfèrent rester et là c'est un travail, c'est encore plus compliqué. Il faut arriver
66 à bien expliquer, à dissocier du soin. Ça n'empêche pas que le soin se passe bien.

67 **MOI** : Est-ce que cette place accordée aux parents peut changer en fonction de certains soins ?

68 **TULIPE** : On fait beaucoup de prises de sang mais je sais parfois quand je vais faire une
69 aspiration par exemple, ils vont m'aider aussi à placer bien leur enfant. Quelquefois, ils ne
70 jouent pas un rôle à 100% de dissociation du soin. Ils m'aident sans forcément m'aider à piquer
71 par exemple. Leur place est toujours la même, près de leur enfant mais leurs actes changent en
72 fonction des soins. Pour moi, c'est indéniable, il faut que les parents soient auprès de leur enfant.

73 **MOI** : Dans les situations d'urgence, est-ce que la prise en charge est la même ?

74 **TULIPE** : C'est difficile quand tu es jeune diplômée ou que tu arrives dans ce service. C'est
75 un service spécifique, plus tu vas acquérir de l'expérience, plus tu arriveras à faire toujours ce
76 que tu fais quand ça se passe normalement, mais aussi dans les situations d'urgence. Moi, je ne
77 sais pas si je n'y arrivais pas au début mais en tout en cas aujourd'hui, j'y prête plus attention
78 et c'est devenu quelque chose de naturel. Quand c'est dans l'urgence en fait c'est pareil.

79 **MOI** : Donc tu arrives à expliquer ce que tu fais tout en agissant en fait ?

80 **TULIPE** : Après ça dépend de l'urgence. Dans les box en fait on n'est pas censé gérer les
81 urgences vitales ou du moins qui pourrait engendrer le pronostic vital de l'enfant. Si jamais
82 l'enfant n'est pas stable dans un box, il faut vite le basculer dans un box de déchocage. Quand
83 ça m'arrive, j'essaye d'être le plus posé tranquille pour éviter de transmettre à l'enfant. Déjà tu
84 vas expliquer à l'enfant pourquoi tu le déplaces mais tu vas aussi expliquer aux parents. Bien
85 sûr que ça va les angoisser donc il faut que toi tu essayes d'être le plus posée possible et de les
86 rassurer sans leur mentir et leur dire que ça va bien se passer. Il faut surtout expliquer pourquoi
87 on fait ça. Si tu ne veux pas casser le lien dans l'urgence, il faut continuer à parler, à expliquer
88 avec des mots simples, leur dire qu'on va faire ci, qu'on va faire ça. Il faut juste maintenir le
89 lien, si tu fais comme s'ils étaient plus là, ils vont avoir peur et se poser beaucoup de questions :
90 pourquoi ils font ça.

91 **MOI** : En fait c'est le silence qui fait peur et qui inquiète les parents ?

92 **TULIPE** : Exactement. Il faut toujours garder le lien avec les parents. La clé dans les urgences
93 vitales c'est la communication, juste le fait d'expliquer sans rentrer dans les détails c'est super
94 important et après tu verras que le parent, bien évidemment qu'il sera angoissé mais moins que
95 si tu l'ignores.

96 **MOI** : Est-ce que tu pourrais me rapporter une situation qui t'as marquée lors d'un soin en
97 présence des parents ?

98 **TULIPE** : Réfléchit. En tout cas si je peux te donner les clés pour que tout se passe bien c'est
99 encore une fois de communiquer avec les parents et l'enfant, de s'adapter parce que chaque
100 enfant est différent mais le parent l'est aussi. Je pense à une petite qui vient souvent ici et où
101 les parents sont appelés parents experts. Ils sont appelés comme ça parce qu'ils connaissent la
102 pathologie, les traitements, parfois mieux que toi. Ça m'est déjà arrivé de prendre en charge
103 une petite de 5ans où le papa me met la pression. Cette petite il fallait la piquer et devait être
104 hospitaliser donc il fallait bilan sanguin et pose de cathéter. Le papa m'avait dit « par contre
105 vous ne l'a loupé pas ». Cette situation marque parce qu'il faut arriver à dire que je ne suis pas
106 un robot, je fais comme je peux et je vais faire avec ce que j'ai. Les enfants ce n'est pas évident
107 de les piquer surtout des enfants qui viennent régulièrement. Finalement, ça s'est bien passé,
108 j'ai réussi. Je ne l'ai pas eu du premier coup mais j'ai quand même réussi à expliquer au papa
109 que ce n'est pas évident, que notre métier n'est pas facile, que piquer ce n'est pas inné et que
110 ça arrive de se louper. J'ai expliqué aussi que sa fille avait peu de veines et que leurs qualités
111 n'étaient pas excellentes. Alors tu vois ça s'est bien passé parce que j'ai communiqué avec lui
112 et avec la petite, j'ai essayé de la mettre la plus à l'aise possible. Quand tu utilises la distraction,
113 que tu ne réalises pas seulement un geste technique pur et dur, que tu vas discuter, les rassurer,
114 tu mets pleins de choses en place, que tu t'adaptes à eux, les parents se sentent rassurés et tu as
115 réussi à créer du lien et gagner leur confiance. On peut même parler d'alliance thérapeutique
116 dans cette triade. Finalement, même s'ils t'ont mis une pression pour x raisons, et que tu arrives
117 à avoir un bon « feeling » ça se passe bien. Mais ça m'est déjà arrivée que ça se passe mal avec
118 certains parents et j'ai été obligé de poser des limites et de dire stop, je ne pique pas votre enfant
119 tant que vous êtes dans cet état-là. Il y a de plus en plus de parents qui vont être dans la
120 confrontation et c'est compliqué de rentrer en relation avec quelqu'un qui veut se confronter à
121 toi. Les parents sont aussi de plus en plus exigeants et c'est compliqué parce qu'on reste des
122 humains et qu'on ne peut pas tout le temps faire comme ils veulent. Il faut donc arriver à casser
123 leurs codes mais parfois on n'y arrive pas et ça reste compliqué. Il ne faut pas oublier que les
124 parents sont stressés, ils arrivent aux urgences parce qu'ils sont inquiets donc tu te prends
125 beaucoup d'agressivité de la part des parents. Il faut toujours s'adapter et faire au mieux pour
126 l'enfant.

127 **MOI** : Est-ce que quand tu parles de situation difficile à gérer, tes propres émotions rentrent en
128 jeu ?

129 **TULIPE** : Ça peut impacter oui, on est humain alors oui des émotions on en a. Il y a des
130 journées plus difficiles que d'autres, alors selon les jours, tu seras plus à l'écoute. Quand tu as
131 dans la même journée beaucoup de parents agressifs, agacés, qui te parlent mal, à la fin de la
132 journée tu as quand même moins de patience. Ça m'est arrivé à la fin de la journée de craquer,
133 d'être en pleurs parce qu'il y a un parent qui m'en a mis « plein la tronche ». Mes émotions ont
134 été impactées et ça peut impacter le soin. Ce n'est pas évident d'arriver à gérer les émotions de
135 l'enfant, celles des parents et les siennes. Mais ça fait partie de la complexité de notre métier.
136 Je pense que plus tu as de l'expérience, plus tu as la capacité de mettre certaines émotions de
137 côté, les plus négatives je dirai, il ne faut pas les effacer complètement. On est humain donc
138 retirer ses émotions ce n'est pas possible parce que si on en arrive là ce n'est pas bon. Plus ça
139 va, plus j'arrive à mettre certaines émotions de côté sans les effacer totalement, pour arriver à
140 faire le soin dans les meilleures conditions. Mais des fois c'est l'inverse, avec l'expérience, j'ai
141 de moins en moins de patience.

142 **MOI** : Ok super ! Merci.

Annexe V : Entretien n°3 avec Lila

1 **MOI** : Comment prends-tu en compte les besoins d'un enfant de 3 à 6ans lors d'un soin ?

2 **LILA** : Alors les besoins d'un enfant lors d'un soin sont très variables en fonction de l'âge.
3 Quand on soigne un enfant de 3ans et un enfant de 6ans c'est pas du tout la même chose. A
4 3ans, il a vraiment la peur de la blouse blanche, quand on fait un soin, ils sont allongés, alors
5 ils sont en infériorités par rapport à nous. Il faut déjà rassurer l'enfant, ça va par l'association
6 avec les parents puisque en fait ce sont eux qui connaissent le plus les besoins de leur enfant.
7 Nous en fait on ne connaît pas donc du coup c'est vraiment le binôme avec le parent pour savoir
8 qu'est-ce qu'il préfère : comment il faut le rassurer ?, est-ce que c'est un enfant qui préfère tout
9 savoir comme pour les enfants de 6ans ?, est-ce qu'il faut tout lui dire ? Tout ça on le fait avec
10 les parents parce qu'on ne connaît pas forcément nous l'enfant. Après on peut aussi discuter
11 avec l'enfant lui-même sans avoir l'avis des parents. Mais déjà prendre en compte leur avis à
12 eux en tant qu'enfant et après voir au niveau des parents.

13 **MOI** : Quel est l'intérêt du coup pour toi de prendre en compte ses besoins ?

14 **LILA** : Quand on travaille avec les enfants, on prend en compte l'enfant et sa famille, on ne
15 soigne pas qu'un seul enfant. Ça dans ma carrière, ça fait plus de 10ans, je n'ai jamais pris en
16 compte que l'enfant puisque en fait il faut voir que quand on soigne un enfant, le parent est
17 aussi stressé que l'enfant. Il faut rassurer d'abord le parent qui lui va pouvoir rassurer l'enfant
18 et c'est comme ça qu'on va avoir des soins de qualité parce que du coup si l'enfant voit que son
19 parent est rassuré, il nous laissera plus facilement l'approcher et faire les soins correctement
20 que s'il voit que le parent est aussi stressé. La figure de rassurance c'est la figure d'attachement
21 et c'est le parent, il faut qu'on travaille avec le parent. C'est pour ça que c'est hyper important
22 de travailler avec le parent comme ça, ça nous permet d'avoir des soins dans le calme, des fois
23 dans la rigolade, ça nous arrive aussi. Il n'y a pas que des pleurs quand on fait des soins et on
24 peut faire des soins de meilleure qualité et parfois beaucoup plus rapide.

25 **MOI** : Quelle place tu accordes aux parents lors d'un soin ?

26 **LILA** : Personnellement, en pédiatrie, pour les 3 à 6ans, ce sont des enfants qui comprennent
27 ce qu'on leur dit, avec un langage bien évidemment adapté à leur âge. Ce sont souvent des
28 enfants qui comprennent donc c'est plus facile de discuter qu'avec des bébés par exemple. C'est
29 vrai que 3/6ans ils comprennent plus facilement et du coup le fait d'avoir les parents ça permet
30 de divertir l'enfant, de penser à autre chose, de pouvoir le rassurer et connaître les habitudes de
31 l'enfant. Quand on veut chanter par exemple pour divertir, on s'adapte aux chansons que maman

32 chante à la maison ou que l'enfant à l'habitude d'écouter à la maison. On chante les refrains de
33 dessins animés que l'enfant connaît c'est vrai que c'est très important d'avoir le parent. Ça
34 permet d'avoir ce côté rassurant avec l'enfant. Il y a cependant parfois des contreparties, il y a
35 beaucoup de parents qui sont rassurants mais aussi des parents ont peur des soins eux-mêmes
36 et là ça devient un peu plus compliqué. En fait, ils n'arrivent pas à rassurer leurs enfants donc
37 ça m'est arrivé de proposer à certains parents, de sortir de la pièce ce qui permet d'avoir que
38 l'enfant parce qu'en fait c'était plus néfaste que positif pour l'enfant.

39 **MOI** : C'est-à-dire ?

40 **LILA** : L'enfant en fait, il manifeste par des pleurs, par des cris, il se débat et les parents
41 n'arrivent pas à rassurer leur enfant. On voyait que le parent était stressé, plus que l'enfant voire
42 autant donc ça augmenté en fait le stress de l'enfant. Alors que quand on fait sortir le parent qui
43 est un petit peu stressé, on se rend compte que l'enfant arrive un peu plus à se calmer puisque
44 nous on arrive à le calmer et que cette figure stressante n'est plus à côté. L'enfant en fait il se
45 dit, maman est stressé alors ça ne va pas et moi aussi je dois être stressé.

46 **MOI** : On voit que les émotions des parents ont un impact sur les enfants, mais est-ce que les
47 tiennes peuvent participer au stress de l'enfant ?

48 **LILA** : Ça peut aussi. Il y a des situations où on a des parents qui nous stress, ça arrive et
49 effectivement ils sont très envahissants, ils sont au-dessus de là où on va piquer, il nous parle
50 « attention madame, vous piquez bien, vous piquez qu'une fois ». Ça arrive aussi c'est des
51 choses qu'il faut qu'on arrive à gérer parce que l'enfant c'est une éponge, il va vite le ressentir
52 et il va surtout entendre les paroles de ses parents. Il va avoir peur du coup parce que ce ne sont
53 pas des paroles rassurantes pour l'enfant mais plutôt stressantes. C'est là aussi où on doit faire
54 la part des choses et on arrive à rassurer le parent en disant « madame ne vous inquiétez pas, on
55 va faire le maximum pour votre enfant, on va y arriver il n'y a pas de soucis, rassurez votre
56 enfant et je fais mon travail ». En fait, on va la recentrer sur son enfant et pas sur mon travail
57 parce que moi rassurer son enfant je ne sais pas comment le faire puisque ce n'est pas mon
58 enfant, elle, elle sait mieux le faire avec amour et tendresse, tout ce qu'elle peut lui apporter
59 que moi je n'ai pas pour cet enfant donc je la repositionne systématiquement sur son enfant
60 pour éviter que ça déteigne le stress sur moi aussi. Si vraiment on n'y arrive pas, ce sont des
61 parents effectivement qu'on va faire sortir en leur expliquant que je les sens stressés.

62 **MOI** : Est-ce que cette capacité à pouvoir dire aux parents de sortir ou arriver à les recentrer tu
63 l'as toujours eue ?

64 **LILA** : Je pense que c'est la maturité. C'est vrai qu'avec 10ans d'expérience, ce n'est pas
65 comme quand on sort de l'école. Après ce n'est pas pour autant que je suis déstabilisée par
66 certains parents mais il faut savoir en fait avoir cette position de professionnel, de dire là pour
67 votre enfant, moi je suis là pour les soins et vous n'êtes pas là pour me surveiller ou pour me
68 dire quoi faire. Le fait d'avoir de l'expérience, ça facilite un peu les choses que quand on est
69 jeune. Quand on est jeune, on a le stress de ne pas réussir et de se laisser submerger plus
70 facilement et de moins réussir qu'une ancienne qui a de la bouteille. Alors qu'au final ça ne
71 change rien, une jeune peut très bien y arriver qu'une ancienne. C'est vrai que si on a des parents
72 qui sont stressants ça met un peu plus de stress.

73 **MOI** : Est-ce que malgré l'expérience, tu rencontres des difficultés dans certaines situations ?

74 **LILA** : Il y a toujours des situations parce qu'en fait quand on accueille un enfant pour les
75 soins, on accueille aussi sa famille. Ce sont des parents qui sont très stressés par rapport à la
76 santé de leur enfant donc si on n'arrive pas à les rassurer eux et à travailler ensemble, ça rend
77 une atmosphère un peu électrique. Si on a des gens un peu sanguins ça peut vite dégénérer et
78 c'est dans ces situations que l'on a du mal à gérer parce qu'on a enfant qu'il faut absolument
79 soigner, qui pleure parce que les parents ne sont pas bien. Les parents commencent à s'énerver
80 un petit peu et à stresser aussi et du coup ça déteint sur nous, c'est là où il faut arriver à mettre
81 la barrière entre ce qu'on va ressentir et ce qu'on va prendre des parents, les émotions qui nous
82 envoient. Nous en tant que professionnel, on doit se dire : ce parent il est stressé, ce n'est pas
83 sa faute, ne lui en veut pas et calme le pour qu'ensuite il puisse rassurer son enfant et qu'on
84 puisse faire les soins correctement. Si le parent n'est pas calme dès le départ, ça va être des
85 soins qui vont se faire malheureusement dans les pleurs, dans la force des choses parce qu'on
86 n'arrivera pas à calmer l'enfant.

87 **MOI** : Est-ce que la place que tu accordes aux parents elle peut varier selon les soins ?

88 **LILA** : Il y a des soins où on fait sorti d'office les parents qu'ils soient rassurants ou non comme
89 les ponctions lombaires par ce que c'est un soin très invasif et dans des positions pas très
90 confortables pour les enfants, c'est quand même assez impressionnant pour les parents. En plus,
91 il nous faut la pédiatre, l'auxiliaire, la puéricultrice, ça fait beaucoup de monde dans la pièce.
92 Après tous les autres soins, généralement on prend en compte la présence des parents. Je le
93 redis je ne peux pas travailler sans les parents ; un enfant sans parent c'est un enfant à qui on
94 enlève une partie de lui, c'est son point de repère. Déjà qu'il est dans un lieu inconnu avec des
95 personnes qu'il ne connaît pas qui vont lui faire un soin qui fait mal, qui le tienne. C'est

96 compliqué pour lui si on lui enlève son parent donc moi je prends toujours en compte les parents
97 n'importe qu'il soit et de quel état de stress il est. J'essaye toujours de garder le parent avec moi
98 parce que c'est primordial dans les soins.

99 **MOI** : Est-ce que du coup tu pourrais me rapporter une situation qui t'as marquée lors d'un
100 soin en présence des parents ?

101 **LILA** : Alors une petite fille de 4ans qui avait une crise d'asthme, ce n'était pas sa première
102 fois qu'elle venait malheureusement pour elle. Maman avait l'habitude de lui chanter des
103 chansons et en même temps, la petite fille chantait avec elle. Moi j'ai toujours l'habitude de
104 demander quelle chanson vous chantez pour essayer de lancer la distraction de l'enfant et en
105 fait cette petite fille à ce moment-là elle ne voulait pas chanter alors que lors des autres
106 hospitalisations ça marchait très bien. La maman me regardait un peu déconcertée en me disant
107 mais je ne comprends pas, d'habitude elle chante, je suis désolée. Je lui ai dit ce n'est pas grave,
108 ne soyez pas désolée, votre enfant n'est pas dans un état normal, elle est fatiguée, elle est malade
109 donc on va essayer autre chose. A ce moment-là, j'ai pris le relais, il faut savoir aussi rassurer
110 à mon tour cette maman qui ne savait pas comment rassurer son enfant. Du coup j'ai repris la
111 main en disant mais qu'est-ce que tu aimes faire : est-ce que tu aimes la reine des neiges ? est-
112 ce que tu aimes te déguiser ? et là on est parti sur le fait qu'elle aime se déguiser, qu'elle a
113 commandé un costume de déguisement pour son anniversaire, et maman a pu continuer sur ça.
114 Finalement, j'ai relancé la main à maman, et elle a continué à lui parler et réussi à rassurer son
115 enfant. C'est à nous parfois en tant que soignants à relancer les choses pour que cette petite fille
116 passe un soin tranquille.

117 **MOI** : Tu en aurais une où ça ne sait pas trop bien passée ?

118 **LILA** : C'était sur un petit garçon de tout juste 3ans qui avait été perfusé plusieurs fois dans la
119 journée qui avait la perfusion qui avait diffusé en plein milieu de nuit. Il a fallu le reperfuser cet
120 enfant. Déjà il y a le contexte de nuit qui est compliqué pour l'enfant et la maman pour qui
121 l'hospitalisation est aussi fatigante. En plus de ce contexte difficile, c'était un enfant qui était
122 difficilement piquable puisqu'il avait déjà été piqué plusieurs fois dans la journée. La maman
123 en pouvait plus qu'on pique son enfant. L'enfant comprend sans trop comprendre, il voit sa
124 maman un peu énervée. Cet âge-là, c'est aussi l'âge du non. Tout cumulé ça été très compliqué
125 pour cet enfant. Cette maman fait partie des mamans qui n'était pas là pour son enfant mais qui
126 était stressée elle et qui voulait que je la rassure sur les soins que je faisais. A ce moment-là, je
127 n'arrivais pas à piquer cet enfant et donc du coup elle le voyait et elle a commencé à s'énervier

128 un petit peu plus. Elle ne voulait plus qu'on pique, elle avait les larmes qui coulaient. C'est vrai
129 que quand on a des parents qui pleurent devant nous, c'est compliqué à gérer.

130 **MOI** : En quoi s'est compliqué à gérer ?

131 **LILA** : C'est compliqué à gérer parce qu'on voit vraiment les émotions des parents et là pour
132 le coup il faut vraiment se mettre une barrière en se disant qu'il ne faut pas prendre toutes ces
133 émotions parce que tu vas perdre tes moyens.

134 **MOI** : Par peur de transférer sur l'enfant ?

135 **LILA** : Exactement c'est tout à fait ça. J'ai des enfants donc c'est vrai que je peux transférer
136 plus facilement. Quand ça m'arrive, j'essaye de me dire fait ton soin le plus rapidement possible
137 pour rassurer maman. Je ne la laisse pas toute seule mais à ce moment-là je ne peux pas rassurer
138 maman et l'enfant et faire mon soin, ça devient trop difficile. Le plus simple c'est vraiment de
139 faire le soin le plus rapidement en rassurant l'enfant et l'adulte ensuite. Donc la maman était
140 présente au-dessus de mes mains, elle prenait la place de l'auxiliaire qui avait du mal à me tenir
141 le bras de ce petit garçon. Du coup il s'est avéré que j'ai dû piquer l'enfant 3 fois et que la
142 maman me dise là suffit, je prends mon enfant et on s'en va. Là, à partir de ce moment on ne
143 peut plus rien faire quand les parents commencent à s'énervier trop et que nous on n'arrive pas
144 à les rassurer. On est obligé de faire intervenir le pédiatre en lui disant que je n'ai pas réussi à
145 le reperfuser, maman ne veut plus qu'on essaye, qu'est-ce qu'on fait ? Soit la pédiatrie dit qu'il
146 faut absolument une voie et qu'elle va venir la voir soit la pédiatrie dit on temporise, on attend
147 le matin, ça sera plus facile et dans ces cas-là, je retourne dans la chambre et j'explique la
148 situation.

149 **MOI** : Face au refus, vous arrivez quand même à vous adapter aux besoins de l'enfant ?

150 **LILA** : On s'adapte à l'enfant après, c'était un enfant qui pouvait attendre d'être perfuser
151 sachant qu'il avait été perfusé dans la journée, ce n'était pas vital pour lui de le faire maintenant.
152 Par contre, un enfant où c'est vital pour lui, que le parent veuille ou pas, il faut faire les soins
153 et dans ce cas-là, j'aurais peut-être fait sortir maman. Ça va dépendre vraiment de l'état de
154 l'enfant et de ces besoins.

155 **MOI** : Ok ! Merci beaucoup.

Annexe VI : Entretien n°4 avec Violette

1 **MOI** : Comment prenez-vous en compte les besoins d'un enfant de 3 à 6 ans lors d'un soin ?

2 **VIOLETTE** : Ce qui est bien c'est qu'à partir de cet âge-là, ils verbalisent un petit peu donc
3 on peut s'adresser à l'enfant et à ses parents en sachant que les parents ont quand même une
4 place maîtresse dans les soins. Si les parents sont stressés, les enfants le sont aussi. Du coup
5 c'était quoi la question ?

6 **MOI** : Comment prendre en compte les besoins d'un enfant ?

7 **VIOLETTE** : Souvent, ils nous le disent, qu'ils n'ont pas envi ou s'ils veulent plus un côté que
8 l'autre pour la prise de sang ou s'ils sont partants pour toutes les petites astuces qu'on peut
9 mettre en place comme le MEOPA, chanter, y'en a qui font des bulles, de la musique. On leur
10 propose pleins de choses aux parents et à l'enfant en simultané et on l'écoute.

11 **MOI** : Quelle place du coup vous apportez aux parents lors des soins ?

12 **VIOLETTE** : C'est quand même fifty/fifty parce que même si on va écouter l'enfant
13 malheureusement l'enfant ne sait pas toujours ce qui est bien pour lui parce qu'il ne veut pas
14 faire la prise de sang par exemple. Les parents ils ont quand même une place importante, on
15 leur explique la finalité. L'enfant par exemple, pour le MEOPA on va lui dire qu'on va gonfler
16 le ballon pour que le soin se passe bien, pour qu'il soit détendu, qu'il fasse des rêves et que ça
17 va le faire rigoler. Le parent on lui explique autrement, on leur dit que c'est du protoxyde
18 d'azote, que c'est pour que l'angoisse soit levée, le souvenir douloureux soit moindre. Après
19 quand le parent comprend le bénéfice pour son enfant, l'enfant va être plus accrocheur que si
20 d'office le parent il dit non c'est compliqué. L'enfant il va suivre et puis si l'enfant veut et que
21 le parent ne veut pas, on peut essayer de dire : l'enfant est partant, si on essayait le ballon mais
22 si le parent est complètement réfractaire malheureusement c'est compliqué pour nous.

23 **MOI** : Du coup l'intérêt de s'adapter et de communiquer avec l'enfant qu'est-ce que ça apporte
24 dans le soin ?

25 **VIOLETTE** : Dans le premier soin, c'est très chronophage parce que ça nous prend plus de
26 temps mais il faut se dire que là on est au début de leur parcours de soin. Si la première prise
27 de soin elle est traumatique, tout son parcours de santé sera traumatique et se sera des adultes
28 qui se feront moins bien soignés parce qu'ils seront phobiques par la suite et qui ne feront plus
29 de bilans ou en qu'en d'extrême nécessité. Le but c'est que ça se passe bien pour eux, pour que
30 la suite de la prise en charge soit la meilleure possible, la finalité c'est eux quand même.

31 **MOI** : Donc vous parlez de temps, qu'il est nécessaire de prendre du temps, est-ce qu'il a des
32 moments où ce temps, vous ne pouvez pas l'accorder ?

33 **VIOLETTE** : Il y a des moments où...techniquement l'agenda ne nous permet pas de prendre
34 ce temps. Après, il appartient à chacune de le prendre ou pas. Moi je le prends, parce que
35 l'enfant que je vais prendre en retard après, le parent il sera bien content que je prenne du temps
36 pour son enfant. En sachant quand même que sur l'agenda, on essaye de garder souvent un
37 temps quand on sait que l'enfant va avoir une prise en charge longue, il y a une part
38 administrative qui nous prend du temps. On a quand même du temps à accorder à cet enfant. Si
39 on est en retard pour une raison X ou Y, je pense qu'on fait quand même le boulot qu'on veut.
40 Tu es pressé, expéditif, tu vas faire le soin en te couchant sur l'enfant parce que t'as pas le temps
41 mais enfin le soin d'après il va te prendre 3 plombes parce que la première fois, ça été
42 traumatique. Alors que t'y vas, tu chantes, tu attends qu'il s'installe, qu'il veuille bien monter
43 sur le brancard, tu lui prêtes tes stylos, c'est du temps perdu parce qu'effectivement une prise
44 de sang c'est 5 minutes. C'est surtout l'installation, la mise en confiance qui est longue mais
45 une fois que tu l'as gagné ce temps-là, toutes les fois d'après, même si ce n'est pas toi c'est du
46 temps gagné.

47 **MOI** : Et du coup les parents sont toujours présents ?

48 **VIOLETTE** : Les parents sont toujours conviés à venir. Ils sont les bienvenus. Les $\frac{3}{4}$ du temps,
49 ils viennent, ils ont envie de venir, ils participent, ils aident leur enfant à passer l'étape. Y'en a
50 certains qui restent dans la salle d'attente parce que c'est trop dur pour eux et y'en a certains
51 qui restent dans la salle d'attente parce que l'enfant se comporte moins bien en présence du
52 parent que si le parent n'est pas là. Les parents très très stressés, les enfants avec des troubles
53 du comportement, des fois c'est plus facile pour les enfants avec les taties qu'avec les mamans,
54 qui sont certainement trop impactés émotionnellement. Ces enfants-là, ils font l'éponge quoi.

55 **MOI** : Comment vous les faites participer ?

56 **VIOLETTE** : Souvent ils sont à la tête de leurs enfants, on essaie de faire en sorte qu'ils
57 regardent plus leurs parents que nous. Et on les fait participer parce que par exemple c'est eux
58 qui connaissent leur chanson favorite, ils tiennent le doudou, ils leur parlent. On chante avec
59 les parents, le câlin c'est eux, fin voilà ils accompagnent vraiment tout le soin. Il vaut mieux
60 que ce soit une main de maman qui tient la main de son enfant plutôt que nous, c'est plus
61 rassurant.

62 **MOI** : Est-ce qu'il y a une situation avec les parents qui vous a marqué que ce soit positif ou
63 négatif ?

64 **VIOLETTE** : Souvent ça se passe bien, on a la chance en pédiatrie d'avoir ce temps. Moi limite
65 ce qui me choque le plus c'est quand les parents ne rentrent pas mais sinon je n'ai pas de
66 situation particulière. C'est vrai que nous on a des enfants chroniques donc une fois que l'on a
67 gagné leur confiance c'est bien plus facile. On a eu un petit qui vient toutes les semaines pour
68 une chimio, il a une VVC. Ce qui été étonnant pour ce petit c'est qu'à Montpellier ils n'ont pas
69 du tout proposé le MEOPA et c'est vrai que ça nous a interpellé car Marseille et Montpellier
70 proposent beaucoup moins de méthode d'évasions alors que nous nous sommes vraiment accés
71 sur ça. Alors peut-être par manque de temps, peut-être par principe, peut-être par habitude mais
72 du coup c'est vrai que ce petit on s'est dit que ça allait être dur car c'est un âge où ils ont fait
73 tous leurs rappels de vaccins, ou avec les blouses blanches on n'est pas vraiment potes encore
74 et on s'est dit comment ça va se passer. Les aiguilles de Hubert c'est un gros soin invasif, la
75 maman avait mis l'EMLA bien avant. Comment ça va se passer si on ne met pas toute la
76 panoplie qu'on a et il y avait peut-être une appréhension. Au final, on n'en a jamais parlé aux
77 parents et ça s'est bien passé, on a chanté des musiques ensemble. Comme quoi il n'y a pas que
78 les parents qui ont des appréhensions.

79 **MOI** : Et du coup-là que vous parlez des émotions, est-ce que vous arrivez à mieux gérer ces
80 situations là avec le temps ? Comment ces émotions elles vont vous impactez ?

81 **VIOLETTE** : Moi j'arrive à faire la part des choses entre ma place de soignante, ma place de
82 maman, je ne fais pas de transfert, j'essaie de m'occuper des enfants des autres comme j'aimerais
83 qu'on s'occupe des miens. Parce que on est tous des parents, des enfants de parents...donc
84 j'essaie de faire comme ça, j'essaie d'écouter au max les parents car ils sont ressource et se
85 sentent souvent peu écoutés par les soignants. Après c'est vrai que ce service est dur
86 émotionnellement, on fait des soins à des petits chroniques car la chronicité c'est souvent sur les
87 personnes âgées mais là de voir des petits déjà dans ça c'est dur mais je trouve que à partir du
88 moment où tu fais du mieux que tu peux bah tu rentres à la maison sereine. Je pense que ce qui
89 est compliqué c'est quand tu as loupé une prise en charge. Mais bon à partir du moment où tu
90 as l'impression d'avoir fait de ton mieux, tu le vis plus ou moins bien.

91 **MOI** : Et du coup des fois qu'est ce qui fait que ça ne se passe pas bien ?

92 **VIOLETTE** : Des fois les enfants ils ont très peur, des fois tu arrives l'enfant il est en confiance
93 mais tu n'arrives pas à piquer la veine et la deuxième fois tu forces, ça, c'est assez compliqué

94 car il y a le stress du parent, du soignant et de l'enfant. L'enfant il ne comprend pas la finalité
95 du soin donc il refuse souvent mais tu es quand même contraint de le faire et il a plus confiance
96 en toi après. Le pauvre... Tu réussis souvent tes gestes techniques mais des fois pas dans des
97 conditions optimales pour l'enfant.

98 **MOI** : Est-ce qu'il vous arrive de prioriser la parole des parents par rapport à celle de l'enfant ?

99 **VIOLETTE** : Bah dans le cas de la prise de sang c'est vrai que l'enfant bah il n'a pas envie
100 mais des fois il y a aussi le cas où les parents ne veulent pas mais l'enfant veut et la bah on est
101 embêté. Mais ça ne touche pas trop les 3 à 6 ans. Des fois les parents mentent à leur enfant pour
102 qu'on réalise un geste mais ce n'est pas la meilleure des manières pour arriver au soin car il va
103 se sentir trahi par ses parents. Mais oui des fois on priorise les parents.

104 **MOI** : Oui car c'est eux qui ont le dernier mot sur leur enfant.

105 **VIOLETTE** : Voilà, eux ils ont expliqué à leur enfant, l'enfant il est réfractaire pour une raison
106 ou pour une autre, le parent il fait du mieux qu'il peut mais le soin au final est obligatoire. Mais
107 c'est plus chez l'adolescent. Il y a une opposition avec les adultes et des fois une connaissance
108 sur le soin mais pas assez approfondi ce qui fait qu'il est opposé.

109 **MOI** : Bah merci !

110 **VIOLETTE** : De rien !

Annexe VIII : Autorisation de diffusion du travail de fin d'études



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : CAVARD Pauline

Promotion : 2021-2024

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE) Les parents, au coeur de la biade en pédiatrie

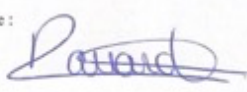
En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☒ non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☒ non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 02/05/2024 Signature : 

Les parents, au cœur de la triade en pédiatrie

Résumé :

Mon travail de fin d'études porte sur la triade, enfants, parents, soignants et plus particulièrement sur la place des parents lors d'un soin à un enfant. Depuis mon stage aux Urgences pédiatriques, je n'ai qu'une seule idée en tête, devenir puéricultrice.

Ma question de départ est donc la suivante : Quelle place donner aux parents lors des soins auprès des enfants de 3 à 6 ans en soins généraux ?

Pour mener à bien ce travail de recherche, j'ai approfondi certaines notions essentielles telles que le développement de l'enfant, l'attachement, les besoins et le rôle des parents et ceux des soignants.

Des entretiens semi-directifs, méthode clinique et qualitative, ont par la suite été réalisés auprès des infirmières et des puéricultrices aux Urgences Pédiatriques, aux Consultations Externes et en Service de Pédiatrie. L'analyse de ces entretiens m'a permis de comparer mon cadre de référence à la réalité du terrain. Pour une prise en charge optimale, il est fondamental de considérer l'enfant ainsi que sa famille. Cependant, la présence des parents n'est pas toujours bénéfique pour l'enfant. Pour conclure, ce travail de recherche m'a permis de poser une question de recherche.

Mots clés : pédiatrie, soignants, parents, enfants, besoins

Nombre de mots : 189 words

Parents, at the heart of the pediatric triad

Abstract :

My end of course assignment focuses on the triad of children, parents and caregivers, and more specifically on the place of parents in the care of a child. Since my work placement in Pediatrics Emergencies Department, I have a single goal in mind : To become a pediatric nurse.

So, my initial question is : What role should parents play with children aged 3 to 6 in general care ?

To carry out this research work, I delved into some of essential concepts such as child development, attachment, the needs and role of parents, and those of caregivers.

Semi-structured interviews, a clinical and qualitative method were then conducted with nurses and pediatric nurses in Pediatric Emergency Department, outpatient consultations and in the Pediatric Department.

The analysis of these interviews enable me to compare my reference framework to the reality on the field. For optimal care, it is fundamental to consider the child as well as her family. However, the presence of parents is not always beneficial for the child. Likewise, this research work has enabled me to formulate a research question.

Keywords : pediatric, caregivers, parents, children, needs

Number of words : 181 words