

SMETS Chloé

Promotion : 2022-2025



La distraction et l'alliance thérapeutique au cœur de la pédiatrie



Mémoire de fin d'étude

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

Date de rendu : 19 mai 2025

Directeur de mémoire : Annie GEVAUDAN

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 »*

REMERCIEMENTS

A la suite de la réalisation de ce travail de fin d'étude, et la fin de ces magnifiques années de formation, je tiens sincèrement à remercier certaines personnes qui m'ont été d'une grande aide et qui ont toujours su me motiver et m'épauler.

Tout d'abord, Madame GEVAUDAN, ma référente pédagogique de ces trois années, mais aussi et surtout ma directrice de mémoire. Elle a toujours été présente dans les moments les plus compliqués et ceux où je n'y croyais plus. Tout au long de ce travail de fin de formation, elle a su me guider, m'épauler et surtout me rassurer. Vous avez toujours cru en moi, vous m'avez donné un peu plus confiance en moi et vous m'avez encouragé à dépasser mes limites. Pour tout cela, je tenais à vous exprimer ma profonde gratitude et mes sincères remerciements.

Un grand merci à tous les cadres formateurs, qui pendant ces trois années, ont transmis leurs savoirs avec passion. Ils ont toujours su être disponible et bienveillant.

Merci également aux professionnels de santé, qui m'ont accordé de leur temps pour nourrir mon mémoire. Ils ont su animer cette passion que j'ai pour le métier de puéricultrice et les services de pédiatries.

Merci aussi à tous mes collègues de promo avec qui j'ai partagé cette formation, et tous ces moments avec des hauts et des bas. Un merci tout spécial à Maeva, qui a été et qui est mon pilier. Ensemble, nous avons grandi, nous n'avons rien lâché pour réussir main dans la main.

Pour finir, j'aimerais remercier mes parents, mes frères, mes grands-parents et mon chéri qui m'ont supporté et encouragé sans relâche. Ils m'accompagnent au quotidien, m'élèvent plus haut chaque jour. Ma maman qui a relu et corrigé tout ce travail, merci.

Un petit clin d'œil à mon petit ange Alrik, grâce toi j'ai trouvé ma voix.

Ces trois années et ce travail n'auraient pas été pareil sans eux. Ils m'ont permis d'achever cette formation en étant fière de moi. Un grand merci à vous.

Table des matières

Introduction.....	- 1 -
1 Situation d'appel	- 2 -
1.1 Questionnement	- 4 -
2 Question de départ.....	- 5 -
3 Cadre de référence.....	- 6 -
3.1 L'enfant et son développement	- 6 -
3.2 L'enfant hospitalisé	- 10 -
3.3 La distraction	- 13 -
3.4 L'alliance thérapeutique.....	- 16 -
4 Enquête exploratoire	- 20 -
4.1 L'entretien semi-directif.....	- 20 -
4.2 La population cible	- 20 -
4.3 Lieux d'investigations.....	- 20 -
5 Cadre empirique	- 21 -
5.1 Analyse par entretien	- 22 -
5.1.1 Présentation échantillonnage	- 22 -
5.1.2 1 ^{er} entretien : Julie	- 23 -
5.1.3 2 ^{ème} entretien : Carla	- 27 -
5.1.4 3 ^{ème} entretien : Thomas.....	- 33 -
5.1.5 4 ^{ème} entretien : Louise.....	- 38 -
5.2 Analyse croisée	- 43 -
5.2.1 L'enfant hospitalisé.....	- 43 -
5.2.2 La distraction.....	- 46 -
5.2.3 L'alliance thérapeutique	- 48 -
5.2.4 Autres thèmes	- 50 -
6 Problématique	- 52 -
7 Questions de recherche.....	- 52 -

Conclusion.....	- 53 -
Bibliographie & Sitographie	- 55 -
Annexes.....	- 57 -

Introduction

Lors de ma rentrée en Institut de Formation en Soins Infirmiers, j'avais déjà mon projet professionnel de me spécialiser avec les enfants à la suite de mon diplôme. Mais j'avais ce besoin de confirmer mon choix en réalisant des stages en service de pédiatrie. J'ai pu avoir la chance de réaliser un premier stage dans le service des grands enfants pendant 5 semaines. Ce stage m'a permis de réaliser que ce service me correspondait, et qu'effectivement je parvenais à m'épanouir auprès des enfants. J'ai donc par la suite fait la demande pour mon stage préprofessionnel au service des urgences pédiatriques.

Le travail en pédiatrie m'a toujours fasciné car les soins sont complètement différents que dans un service adulte. Nous sommes face à des enfants innocents, et les soignants essayent de détourner chaque soin afin que l'enfant s'amuse et appréhende moins ce moment qui n'est pas toujours agréable. La pédiatrie est souvent idéalisée dû au travail auprès d'un public jeune mais il ne s'agit pas uniquement de jouer avec les enfants. De vrais enjeux sont présents comme l'accompagnement d'une famille inquiète pour la santé de leur enfant, ou encore l'éducation thérapeutique auprès des parents.

Ce sont tous ces questionnements, ces constatations lors de mes stages, qui m'ont permis de réaliser qu'il était pour moi indispensable d'approfondir mes connaissances sur le développement de l'enfant, sur les outils thérapeutiques utilisés en pédiatrie mais aussi sur l'alliance thérapeutique.

Pour effectuer ce travail, je vais vous expliquer ma situation vécue lors d'un stage qui m'a fait me questionner sur de nombreux points que j'évoquerai dans un second temps. Ensuite, je poserai ma question de départ ainsi que mon cadre de référence composé de 3 parties. La première portera sur l'enfant ainsi que son développement, dans la seconde partie j'évoquerai la distraction et enfin la dernière partie sera sur l'alliance thérapeutique en pédiatrie. Je finirai par vous expliquer mon enquête exploratoire.

1 Situation d'appel

Nous sommes le 15 septembre 2023, cela se déroule durant mon premier stage de deuxième année dans le service des grands enfants en pédiatrie. Ce service est composé de six chambres seules et de sept chambres doubles. A chaque prise de service l'équipe est composée de deux infirmières puéricultrices, de deux auxiliaires de puériculture, d'un médecin et d'un interne en médecine. Suivant les jours et les besoins des patients, il peut aussi y avoir une psychologue, l'équipe ELSA (équipe de liaison et de soins pour enfants et adolescents) de Montfavet, d'une kinésithérapeute, d'une éducatrice... Dans ce service, il y a une salle de classe où se trouve une enseignante à disposition pour les enfants. Cela fait maintenant deux semaines que j'ai intégré l'équipe. J'ai pu observer qu'un même soin prodigué chez les enfants ou chez les adultes peut être très différent, même si la manière d'approcher, de procéder ou d'expliquer le soin reste identique. La distraction est indispensable pour qu'un soin se déroule correctement chez les enfants. Sans celle-ci, un soin peut devenir une véritable épreuve à la fois pour l'enfant que pour les soignants.

La définition de la distraction d'après le dictionnaire Le Robert « Diversion apportée par une occupation propre à délasser l'esprit en l'amusant. »

Lors de ma première semaine de stage, je dois réaliser une prise de sang à une petite fille de 5 ans. Elle n'est pas rassurée à l'idée qu'on lui pique le bras. L'infirmière me dit qu'elle va me laisser faire pour voir la manière dont je vais m'y prendre. J'arrive dans la chambre, je vérifie l'identité de la patiente avec sa maman et je lui explique en essayant de trouver des mots simples et rassurants pour l'enfant. Je suis très stressée à l'idée de faire ma première prise de sang sur un enfant et non sur un adulte comme j'en ai l'habitude. Sans m'en rendre compte, je me mets dans ma bulle, je ne dis plus un mot en préparant mon matériel pour piquer. Une fois tout installé, je mets le garrot et m'approche de la petite fille. Elle se met à pleurer et à crier par peur que je lui fasse cette prise de sang. Je perds mes moyens ne sachant pas quoi faire ni dire pour la rassurer. L'infirmière se met alors à discuter avec elle en lui demandant comment s'appelle son doudou, en quelle classe elle est, si elle a beaucoup de copines etc. Je réussis donc à bien la piquer et à finir ma prise de sang. En sortant de la chambre, je suis assez frustrée et même si j'ai réussi ma prise de sang, je trouve que je n'ai pas bien réalisé mon soin. Je me demande ce que j'aurais pu faire de plus pour réussir mon soin, pour rassurer cette petite fille. L'infirmière m'explique alors que chez les enfants, il est essentiel de discuter avec eux, leur changer les

idées et les distraire du soin qu'on est en train de réaliser, ce qui leurs permet de ne pas angoisser et de ne pas se concentrer sur ce qu'on leur fait. Elle m'explique aussi que les parents sont présents, et qu'il est important de coopérer avec eux pendant un soin. En effet, aux yeux des enfants, nous sommes uniquement des inconnus en blouse blanche. Nous sommes des personnes qu'ils ne connaissent pas et en qui ils n'ont pas confiance. A l'inverse les parents, sont pour eux à ce moment présent, les seules personnes qu'ils connaissent, et en qui ils ont confiance. Les parents sont leur unique repère. Ils vont donc se réfugier auprès d'eux. Il est essentiel pendant un soin de travailler en collaboration avec les parents. Je me demande comment je peux permettre aux parents d'avoir leur place dans le soin, sans m'effacer et garder ma place de soignante.

Dans la même semaine, une petite fille de 6 ans est hospitalisée pour une découverte de diabète. Une surveillance de sa glycémie est donc prévue plusieurs fois dans la journée. A chaque fois que nous rentrons dans sa chambre pour réaliser la glycémie, la jeune fille se met à pleurer et refuse catégoriquement qu'on lui pique le doigt. Nous décidons avec l'infirmière de discuter avec elle et de lui expliquer simplement le but de ce soin. La fillette nous dit alors que cette piqûre au bout du doigt lui fait très mal et qu'elle ne veut plus la faire. Je me questionne sur la façon dont nous appréhendons la douleur auprès des enfants et comment nous devons la gérer et la soulager. L'infirmière me demande alors de prendre en charge cette petite fille pour pouvoir appliquer les conseils qu'elle m'a donné en début de semaine et de bien mettre en évidence la distraction. En entrant dans la chambre, je discute avec la jeune fille et je lui propose de m'aider à préparer le matériel. Je remarque qu'elle est très heureuse de pouvoir m'aider. Elle ne pleure pas et n'angoisse pas à la vue de la piqûre. Le soin se déroule super bien et dans le calme. Au moment de la piqûre j'en profite pour discuter avec elle. A la fin du soin l'infirmière m'explique que c'est important d'utiliser la distraction et qu'en pédiatrie c'est la base du soin. Je m'interroge sur quels sont les différents types de distraction des enfants.

Pour conclure, aux fils des semaines, j'ai essayé d'appliquer la collaboration des parents lors des soins. L'approche singulière de la douleur auprès des enfants et le concept de distraction à chacun de mes soins m'ont permis de les réaliser correctement en réduisant le stress, la peur et la douleur chez l'enfant. Ayant comme projet professionnel de devenir infirmière puéricultrice, il est pour moi essentiel d'apprendre les différentes façons d'aborder un soin et les différentes méthodes en pédiatrie. Même si je ne maîtrise pas encore tout parfaitement, j'ai pu m'améliorer et découvrir les différents types de distractions et les différentes façons de m'y prendre.

1.1 Questionnement

Cette situation m'a évoqué de nombreux questionnements. Le premier d'entre eux a été « Qu'aurais-je pu faire de plus pour réussir mon soin, pour rassurer cette jeune fille ». Il n'est pas facile d'aborder un stage où les patients pris en charge sont des enfants. Les soins que nous avons l'habitude de réaliser de manière cadrée et presque par réflexes sont complètement différents lorsqu'on les réalise avec des enfants. Nous devons adapter le soin à l'enfant face à nous et à ses différentes réactions. Je pense que mon premier questionnement est très fréquent et identique pour tous les étudiants réalisant un stage en pédiatrie. Au fil des semaines passées, j'ai pu découvrir qu'il y a de nombreuses réponses à ce questionnement. Ce n'est pas parce que nous sommes face à des enfants que nous ne devons pas leur expliquer le soin que nous allons leur réaliser. Il faut juste adapter notre vocabulaire afin que l'enfant puisse comprendre. Leur expliquer le soin peut dans certains cas atténuer leur peur et permettre qu'il se réalise dans un contexte calme. Dans ma situation, je me suis concentrée uniquement sur le soin dit technique et j'en ai oublié le côté relationnel de ce soin. Je pense que j'aurais pu discuter avec l'enfant, comme l'infirmière l'a fait. Si je m'intéresse à l'enfant, j'en relève plusieurs avantages : j'apprends à découvrir l'enfant donc j'installe une relation de confiance avec lui. Je le distrais du soin et je laisse l'enfant se concentrer sur ce qu'il me raconte concernant par exemple son doudou ou bien ses copains à l'école et non plus sur le soin que je pratique. Comme je viens de l'évoquer la distraction est bel et bien présente lors d'un soin en pédiatrie. Je pense même qu'elle a une place primordiale pour qu'un soin se déroule bien et que ni l'enfant ni les parents ni le soignant n'en gardent une mauvaise expérience. J'ai pu me questionner à de nombreuses reprises sur ce qui est réellement la distraction, comment je peux l'utiliser et quels sont les différents types de distractions qu'ils existent. C'est au début de mon stage que j'ai découvert cette technique qui aide le soignant à réaliser son soin, mais qui aide aussi les parents et l'enfant. Mon appréhension première était la peur de culpabiliser en me disant que je mentais ou que je cachais en quelque sorte ce que je faisais à l'enfant en lui parlant d'autre chose ou en jouant avec lui. Mais après avoir bien observé, et après avoir pratiqué plusieurs fois cette technique, j'ai pu me rendre compte que finalement à aucun moment un soignant utilisant la distraction mentait à l'enfant en face de lui. Il ne faut pas oublier comme dit précédemment, qu'on explique toujours le soin qu'on réalise à l'enfant tout comme nous le faisons avec un adulte. Pareillement, je ne cache rien à l'enfant, j'utilise juste un outil de soin qui est ici la distraction qui va permettre à cette triade parents, enfant, soignant de ne pas garder cette expérience comme traumatisante.

J'ai pu découvrir que la distraction se présente de différentes manières : en discutant, en jouant, en chantant, en regardant un dessin animé et pleines d'autres formes encore. Ce questionnement sur la distraction m'a amené à une nouvelle question, car j'ai pu constater que l'aide des parents lors d'un soin est essentielle. Ce qui m'a amené à me demander comment je peux permettre aux parents d'avoir leur place dans le soin, sans m'effacer et garder ma place de soignante. Car oui les parents ont une place plus qu'indispensable lorsque nous réalisons un soin en pédiatrie. Il est donc important que chacun ait sa place dans la triade. Je dois donc trouver le bon positionnement de soignant, créer dans un même temps une relation de confiance avec les parents afin de s'allier et ainsi permettre de créer une atmosphère sereine et de confiance que l'enfant ressentira aussi. Comme dit dans la situation, le seul repère de l'enfant pendant son hospitalisation c'est d'avoir ses parents. Enfin je me suis aussi beaucoup questionnée sur la façon dont nous appréhendons la douleur auprès des enfants et comment nous devons la gérer et la soulager. Je me demande si cette douleur est forcément physique car dans certaines situations, il me semble, mais d'un avis purement personnel, que l'enfant n'a pas toujours cette douleur physique et que cette douleur n'est pas réellement la douleur que nous avons l'habitude de rencontrer mais qu'elle se traduit plutôt par de l'appréhension, du stress, de l'angoisse. Et j'ai pu remarquer qu'elle était justement soulagée parfois par la mise en place de la distraction.

2 Question de départ

Toutes ces interrogations m'ont mené à former mon questionnement de départ qui est :

Comment la distraction et l'alliance thérapeutique vont impacter le soin en pédiatrie ?

3 Cadre de référence

3.1 L'enfant et son développement

Selon la Convention internationale relatives aux droits de l'enfant de 1989, « un enfant est tout être humain âgé de moins de dix-huit ans. C'est un jeune être humain en cours de développement et dépendant de ses parents ou d'autres adultes ».

Le terme « enfant », « infans » en latin signifie « celui qui ne parle pas ».

Dans un premier temps le développement moteur de l'enfant. D'après les cours du psychiatre Siranau M (2024) avant les 3 mois l'enfant est capable de tenir sa tête seul seulement quelques secondes et à partir de ses 3 à 4 mois il parvient à la tenir seul. C'est à partir des 5 mois qu'il tient assis avec appuis on appelle ça la « position dite du trépied », et entre le 6^{ème} et le 7^{ème} mois il tient assis sans appuis et il arrive à se retourner dos-ventre et ventre-dos. L'enfant réussit à s'asseoir seul et parfois à faire du quatre pattes entre le 8^{ème} et le 9^{ème} mois. Au niveau de la marche on observe qu'en généralité l'enfant marche à partir du 12^{ème} mois avant ça il arrive à se tenir debout avec appui. À 15 mois il est capable de monter les escaliers à 4 pattes, il arrive à courir et donner un coup de pied dans le ballon à ses 2 ans. Entre ses 4 et 6 ans un enfant parvient à se tenir sur un pied, sauter à cloche-pied ou encore faire du vélo et marcher le long d'une ligne. L'enfant va développer deux motricités : la motricité globale qui concerne ce que l'on vient de citer donc le passage à la station debout, l'acquisition de la marche... Puis la motricité fine aux alentours de ses 15 mois qui concerne les habilités de manipulation, la maîtrise d'un geste et sa coordination. Par exemple un enfant de 15 mois arrive à faire une tour de 2 cubes, à ses 18 mois il arrive à empiler 3 à 4 cubes, à ses 24 mois 6 cubes et à ses 30 mois 8 cubes. En effet, plus l'enfant grandit plus il va acquérir la maîtrise de ses gestes et de la coordination il parvient alors petit à petit à empiler plus de cubes. A 5 ans un enfant arrive à faire une pyramide de 6 cubes. Et à ses 6 ans l'enfant ayant acquis la coordination et la finesse de ses gestes il parvient à nouer ses lacets.

Nous retrouvons aussi le développement de la fonction cognitive qui permet de maîtriser le milieu dans lequel l'enfant est, et permet de communiquer et d'explorer le monde : la perception, la mémoire, le langage, l'intelligence, l'apprentissage. Jean Piaget propose quatre stades de développement de l'enfant : en premier le stade sensorimoteur pour l'enfant de 0 à 2

ans, en second le stade préopératoire pour l'enfant de 2 à 7 ans, ensuite le stade opérations concrètes pour l'enfant de 7 à 11ans et enfin le stade opérations formelles pour l'enfant et l'adolescents de 11ans jusqu'à 19ans. Pour le premier, le stade sensorimoteur il concerne la compréhension que l'enfant a du monde, en coordination avec les actions sensorielles avec les actions physiques. A cet âge-là l'enfant essaie de reproduire un événement avec son corps comme lorsqu'il tape sur un jouet, jette un objet etc. Il y a aussi le premier contact de l'enfant avec le langage qui commence dans le ventre de sa maman lorsqu'il entend et se familiarise avec la voix de ses parents. A sa naissance le bébé est capable de différencier le bruit du langage. Pour le second stade que Jean Piaget appelle le stade préopératoire qui concerne les enfants de 2 à 7 ans. C'est dans cette tranche d'âge qu'un changement se produit chez l'enfant et plus précisément à 3ans : c'est la scolarisation. C'est à ce moment que l'enfant entre en relation avec d'autres enfants de son âge, son cercle social s'élargie et ne concerne plus uniquement les membres de la famille. On observe aussi que dans cette tranche d'âge l'enfant enrichit énormément son vocabulaire, malgré ça il ne faut pas oublier que l'enfant pense de manière égocentrique, ce qui veut dire qu'il pense en accord avec ses expériences individuelles, ses pensées sont donc encore statiques, intuitifs et manque de logique. Il est alors fréquent qu'un enfant de cette tranche d'âge est dû mal à comprendre ou interprète mal un événement. Il est fréquent que l'enfant parle de lui-même à la troisième personne car il n'a pas encore bien compris le concept du « moi ». C'est aussi dans ces âges que l'enfant développe une grande curiosité il va donc beaucoup demander à ses parents « pourquoi » à propos de ce qu'il voit ou entend. Le troisième stade : le stade des opérations concrètes Dans ce stade l'enfant commence à utiliser une pensée logique en situation concrète. Par exemple lorsqu'il doit réaliser les devoirs de l'école. Le dernier stade : le stade des opérations formelles se caractérise par l'acquisition du raisonnement logique y compris le raisonnement abstrait que l'enfant n'a pas dans l'avant dernier stade. L'enfant dans ce stade est capable de produire des hypothèses sur un sujet inconnu.

Pour terminer cette première partie, nous analyserons le développement psychique de l'enfant en s'appuyant sur les stades Freudiens de Freud. Nous retrouvons 6 stades : le stade oral, le stade anal, le stade phallique, le triangle œdipien, la période de latence et le stade génital.

Le stade oral concerne la première année de vie. L'objet pulsionnel dans ce stade d'après Freud est le sein de la mère. En effet, la zone érogène, pulsionnelle est la zone bucco-labiale puisque l'enfant va s'en servir pour découvrir le monde et le plaisir oral va s'installer et s'étayer sur

l'alimentation. Il s'agit de faire passer à l'intérieur de soi. Il est vrai qu'un bébé a tendance à cet âge-là à mettre à la bouche tout ce qu'il touche et découvre. Lorsqu'un bébé a besoin de manger il va se mettre à pleurer, froncer les sourcils qui désigne une colère, une tension interne qui va être soulagée lorsque la mère va répondre à sa demande, en lui donnant le sein ou le biberon.

Le stade anal lui concerne la deuxième année de vie. Il est centré sur la pulsion d'emprise et le plaisir anal assuré sur l'excrétion des selles, deux plaisirs sont procurés : le plaisir d'expulser ou de retenir. Dans ce stade la zone érogène, pulsionnelle est la muqueuse digestive. Au stade anal il s'agit de « passer à l'intérieur de soi, soit de les expulser ». Comme dit précédemment ce stade est centré sur la pulsion d'emprise, en effet l'objet pulsionnel ne concerne pas uniquement les matières fécales mais également la famille et l'entourage du bébé. Il va alors essayer de les manipuler et les maîtriser.

Le stade phallique concerne la troisième année de vie. La zone érogène, pulsionnelle de ce stade est l'urètre avec ici encore deux plaisirs : le plaisir de la miction et de la rétention. Un côté narcissique de l'enfant va naître dû à son contrôle du sphincter vésical avec une opposition entre les sentiments de hontes. C'est au stade phallique que l'enfant va développer la curiosité sexuelle et ainsi savoir différencier les sexes, détecter la présence ou non du pénis. Mais aussi l'apparition des fantasmes. On parle de stade pré-génital, le pénis est ici considéré comme un organe porteur de puissance et non plus uniquement comme un organe génital. Les angoisses spécifiques de ce stade sont celles de castrations dû à la découverte anatomique et donc de la présence ou l'absence du pénis qui permet l'identité sexuelle et l'affirmation de soi. Ces angoisses mettent en jeu un conflit le narcissisme et l'idéal du Moi. Ce stade marque le début du complexe d'Œdipe.

La période œdipienne concerne les enfants entre 4 et 7 ans. Le complexe d'Œdipe est le moment indispensable qui permet le dépassement de l'auto-érotisme, de la zone génitale et de l'orientation vers les objets extérieurs, inconnus. On retrouve à nouveau l'angoisse de castration mais ici elle est plus centrée sur un objet et donc moins narcissique que de la castration phallique. D'un côté face à cette angoisse le garçon va avoir une affection importante du pénis et d'un autre côté la fille a quant à elle fait la découverte de son clitoris et va donc développer une « envie du pénis ». On retrouve deux types de complexe d'Œdipe : le complexe dans sa forme positive qui représente une attirance développée pour le parent du sexe opposé et une

compétition, rivalité pour celui du même sexe. Et le deuxième type est le complexe dans sa forme négative qui représente une situation inverse, ou l'enfant fluctue souvent entre ces deux comportements.

La période de latence concerne les enfants entre 7 et 12 ans. A ce stade les conflits des autres stades sont moindres qui est la conséquence de la modification structurale des pulsions sexuelles. Dans un premier temps l'enfant commence à respecter la fixation de règles et d'un certain rythme régulier mis en place par les parents en s'aidant de l'éducation et de l'enseignement. L'enfant va exprimer ses tendances obsessionnelles par des réactions telles que le dégoût ce qui va permettre à l'enfant de se détacher des conflits sexuels de la période Œdipienne. Ce qui va engendrer des sentiments plus tendres et un respect pour ses parents. Petit à petit les pensées et les comportements ne vont plus être centrés sur la sexualité grâce au mécanisme de refoulement. Les buts obsessionnels vont faire place à la sociabilité, l'enfant va intégrer des sports, jeux collectifs. Enfin l'enfant va élargir son cercle grâce aux activités collectives, à l'école et à des groupes d'amis et plus uniquement sa famille.

Pour finir le stade génital aussi appelé la puberté et l'adolescence. Freud parle plutôt de crise qui va mettre fin à la période de latence et non de stade. L'adolescence concerne principalement une crise d'identité et narcissique avec la présence d'angoisse. La puberté fait alors son apparition qui conduit à des transformations physiques et mentales. Dans cette période le Moi va être envahi par les angoisses pulsionnelles. La problématique Œdipienne va refaire surface dans cette période mais cette fois-ci dirigé vers des artistes, personnalités publiques... Mais aussi la réapparition des problématiques prégénitales et orales avec l'apparitions parfois d'addictions telles que le tabac, l'alcool ou encore l'anorexie mentale.

Depuis peu le développement de l'enfant débute dès le stade fœtal. Il est courant que les couples par le biais des conseils de la sage-femme utilisent l'haptonomie qui correspond à communiquer et jouer avec le bébé dans le ventre. Le bébé est donc déjà considéré comme un être et une personne singulière. Il a régulièrement son prénom et crée un lien avec ses parents grâce à des expériences sensorielles qu'il vit à l'intérieur du ventre comme lorsqu'un des parents appuie sur le ventre et que le bébé pousse à son tour, de même il entend ses parents lui parler. Il est donc essentiel d'être informé de ce stade que Freud n'évoque pas.

Chaque enfant est différent à chaque stade de son développement c'est un critère indispensable à prendre en compte lors de l'hospitalisation de celui-ci.

3.2 L'enfant hospitalisé

Comme nous venons de le développer dans la partie précédente, l'enfant est constamment en développement. Un critère à prendre en compte lors de son hospitalisation. Chaque enfant est différent, il faut donc adapter la prise en charge suivant sa compréhension, son état (s'il est agité ou non) ... Un deuxième critère primordial à prendre en compte est que l'enfant arrive dans un milieu inconnu pour lui et donc pas sécurisant à ses yeux. Son seul et unique repère va être le parent l'accompagnant. Il est donc indispensable que l'un des deux parents puissent rester auprès de l'enfant durant les soins et de son hospitalisation en général. Ce qui n'est pas toujours évident pour les parents qui sont contraint par leur travail mais l'article L1225-61 leur permet de prendre des congés afin d'être auprès de leur enfant, il cite « *Le salarié bénéficie d'un congé non rémunéré en cas de maladie ou d'accident, constatés par certificat médical, d'un enfant de moins de seize ans dont il assume la charge au sens de l'article L. 513-1 du code de la sécurité sociale. La durée de ce congé est au maximum de trois jours par an. Elle est portée à cinq jours si l'enfant est âgé de moins d'un an ou si le salarié assume la charge de trois enfants ou plus âgés de moins de seize ans* ». De plus la Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé du 13 mai 1986 dit « *qu'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* ». Ce qui n'était pas le cas auparavant. Les hôpitaux aussi mettent en place des moyens qui permettent aux parents de rester auprès de leur enfant : des lits ou encore des logements à proximité pour les hospitalisations. Au sein de l'hôpital, comme l'indique la charte de l'enfant hospitalisé, il doit être hospitalisé dans un service spécifique dédié aux enfants pour bénéficier de jeux et d'activités de son âge. Les enfants peuvent être hospitalisés dans différents services : aux urgences pédiatriques qui sont souvent la porte d'entrée à l'hôpital, ils peuvent venir pour la moindre inquiétude sur l'état de santé de l'enfant comme une hyperthermie persistante, une difficulté respiratoire, une gastro... Une fois aux urgences pédiatriques ils vont être vu par une infirmière d'accueil et d'orientation puis par une infirmière puéricultrice dans un box et enfin par un médecin qui lui va décider la suite de son hospitalisation suivant son état de santé et la gravité. Le médecin va donc choisir si l'enfant ainsi que ses parents peuvent rentrer chez eux avec des ordonnances ou si l'enfant doit aller en hospitalisation dans un service adapté : en néonatalogie pour les nourrissons, le service des grands enfants pour ceux de plus de trois ans ou le service des petits enfants pour les moins de trois ans. Ces hospitalisations vont permettre de débiter un traitement comme une

antibiothérapie en intra-veineuse ou une surveillance accrue par des infirmières puéricultrices pour une maladie chronique par exemple comme le diabète ou autres maladies aiguës. Enfin un enfant peut aussi être à l'hôpital dans le service des consultations externes pédiatriques pour réaliser une surveillance hebdomadaire avec une prise de sang, la réfection d'un pansement, l'ablation de points ou d'un plâtre. Dans ce service l'enfant est uniquement de passage c'est-à-dire qu'il ne va pas rester dormir il vient seulement le temps du soin. En pédiatrie nous voyons de tout, autant de « petits bobos », que de réelles urgences ou encore des maladies chroniques.

L'hospitalisation d'un enfant n'a rien à voir avec celle d'un adulte, l'enfant est dépendant à ses parents et est sous leur autorité parentale. L'autorité parentale c'est l'ensemble des droits et des obligations des parents envers leurs enfants. C'est une notion légale qui est définie par les articles 371 et suivants du Code civil. Ce qui va obliger le soignant à travailler avec les parents. De plus, en pédiatrie nous parlons dans un premier temps avec les parents car nous allons chercher le consentement de soin, nous allons leur expliquer les soins, les traitements ou encore la pathologie, le problème de santé de leur enfant d'où l'importance que le soignant ait une connaissance fine chez l'enfant. Cette hospitalisation va être différente que chez les adultes même si les soins techniques sont les mêmes comme une prise de sang, un pansement, une pose de cathéter... Ce qui va être différent c'est la façon dont nous allons aborder le soin. Avec un adulte on va lui demander de ne pas bouger lorsque nous allons piquer même si ce n'est pas agréable et dans une grande partie du temps il va respecter cela mais avec un enfant c'est différent on ne peut pas se contenter de lui dire ça, nous allons devoir utiliser d'autre moyen pour que ce soin se déroule dans les meilleures conditions possibles et notre vocabulaire va lui aussi être différent, nous n'allons pas dire « piquer » ou « pique » mais plutôt il y a « un petit moustique ». Nous allons créer un monde « imaginaire » autour de l'enfant afin de captiver son attention sur autre chose que le soin. Lors d'un soin l'infirmière puéricultrice va enrober tous ses propos. Une simple prise de sang par exemple avec un adulte va être très rapide nous allons expliquer pourquoi on réalise celle-ci et nous allons piquer. Or avec un enfant ce même soin peut prendre le double de ce temps car nous allons le distraire en jouant ou discutant avec lui avec l'aide des parents, réaliser le soin et prendre un temps à la fin pour le féliciter et le valoriser. Selon le site internet Sparadrap, l'enfant possède différentes craintes et peurs lors d'un soin, il craint d'être séparé de ses parents « *La présence des parents ou d'une personne proche au chevet de l'enfant est un élément rassurant et nécessaire pour lui permettre de faire face à la*

situation » (2022). Mais aussi la peur de se retrouver face à des blouses blanches qui sont des inconnus à leurs yeux, mais aussi la peur de l'atteinte à l'intégrité de son corps.

Les parents sont toujours présents pendant l'hospitalisation d'un enfant, ils ont une place primordiale lors de la prise en charge. Mais cette place est loin d'être la plus simple. En effet, quand les parents arrivent à l'hôpital avec leur enfant ils sont en majeure partie très stressés, leur enfant souffre et ne savent pas la suite de cette hospitalisation. C'est pour cela qu'il est indispensable de prendre un temps pour répondre leurs questionnements, leur expliquer la suite de la prise en charge et comme dit précédemment chercher le consentement car en pédiatrie nous cherchons le consentement des parents et non de l'enfant même si lorsque nous réalisons un soin nous avertissons l'enfant en lui expliquant pourquoi nous réalisons ces soins. Mais nous prenons en compte le consentement du parent car la pédiatrie allant pour les enfants jusqu'à 15 et 3 mois nous sommes face à des personnes mineurs pas toujours en capacité de prendre une telle décision et de comprendre la situation et la nécessité des soins, des traitements, c'est donc le consentement des parents qui est pris en compte.

L'enfant hospitalisé n'est pas dans son milieu et son état habituel il va donc être généralement très anxieux face à nous soignants et les différents soins que nous devons réalisés, il est donc indispensable d'utiliser la distraction lors des différents soins.

3.3 La distraction

La définition de la distraction d'après le dictionnaire Le Robert est une « *Diversion apportée par une occupation propre à délasser l'esprit en l'amusant.* »

Le mot « distraction vient du latin « *distratio, -onis* » qui signifie « déchirement, séparation »

D'après Boutin. J une éducatrice spécialisée (janvier 2022) la distraction est « *une stratégie psychologique e qui peut être utilisée lors de procédures douloureuses ou anxiogènes dans le but de réduire la détresse et la douleur perçues lors d'une procédure. Elle peut également être utilisée pour d'autres types de douleur comme la douleur aiguë ou la douleur chronique.* » (Boutin.J, 2018).

La distraction peut être pratiquée par un des parents ou encore un soignant, elle permet de capter l'attention de l'enfant sur un sujet qu'il affectionne particulièrement ce qui va permettre à l'enfant de s'évader psychiquement du soin, par conséquent il va moins l'appréhender et le soin se déroulera au mieux. En effet, il n'y a pas que les soignants qui participent à la distraction, les parents ont une place primordiale dans celle-ci. Dans certains cas le parent utilise la distraction seul sans l'aide d'un soignant. J'ai pu voir en stage une maman qui savait utilisée la distraction avec son enfant mais surtout quel type utilisé. Le médecin devait réaliser des points de sutures sur son front et lorsqu'il a mis le champ stérile sur la tête du jeune homme la maman lui a dit que c'était elle qui lui avait mis une serviette pour lui laver les cheveux qui ont été salit par le sang dû à sa chute. L'enfant a donc été rassuré et a été beaucoup plus patient, quand le médecin nettoyer la plaie elle lui disait « là je mets le shampoing » quand le médecin faisait les points elle lui disait « là je démêle tes cheveux il y a des petits nœuds ». L'enfant a parfois pleuré mais la maman a su le rassurer en lui disant que c'était bientôt fini et qu'ils allaient pouvoir rentrer avec ses frères et sœurs. Durant ce soin nous soignant n'avons quasiment pas parler à l'enfant, nous avons laissé la mère prendre en main les choses car nous avons vu que l'enfant était réceptif à ce que disait sa maman et que la voie de celle-ci était probablement rassurante pour l'enfant. Il avait en plus les bienfaits du masque de MEOPA qu'il lui permettait de s'évader. Cet exemple montre bien que la distraction n'est pas utilisée uniquement par les soignants mais aussi les parents.

Mais lorsque certains parents sont moins à l'aise avec celle-ci alors nous intervenons et nous essayons de distraire l'enfant d'où l'importance de l'alliance thérapeutique. Nous pouvons aussi aider les parents à s'impliquer dans la distraction en leur donnant des conseils pour qu'ils puissent y participer. La distraction est un excellent moyen de rendre l'enfant coopérant aux soins, un enfant qui a peur, qui angoisse et qui n'est pas en confiance sera dans la plupart des temps non-coopérant ce qui va compliquer le soin et l'enfant risque donc d'en garder une mauvaise expérience. A l'inverse si le soignant parvient à gagner la confiance de l'enfant il y a donc plus de chance pour qu'il soit coopérant ce qui va être d'une grande aide dans le bon déroulement du soin.

Il existe différentes techniques de distraction. On peut s'aider de multiple chose comme la musique, des jouets, du doudou, des livres, des sons... L'auteur Bourdaud.N (2018) évoque dans son article *Hypnose et distraction préopératoire chez l'enfant*, l'existence de deux types de distraction. Premièrement la distraction active, l'auteur explique que dans ce type de distraction l'enfant est impliqué dans l'activité et utilise plusieurs de ses composantes sensorielles comme la vue, le touché ou encore l'ouïe. Lors de mon stage j'ai pu découvrir un moyen de distraction active qui m'a marqué. L'enfant devait scotcher des avions à l'intérieur d'un parapluie qu'il avait face à lui et qui permettait de cacher la prise de sang que l'infirmière réalisée derrière celui-ci. J'ai pu observer que l'enfant était concentré uniquement sur ces petits avions avec l'aide de sa maman qui était présente lors de ce soin et qui possédée une place primordiale lors de la distraction car elle discutait avec l'enfant de son avion, de ou il allait le placer ce qui permettait une fois de plus à centrer l'attention de l'enfant sur le jeu et non sur le soin qui était caché par le parapluie qui caché par la même occasion l'aiguille qui peut être impressionnante pour l'enfant. Cette distraction a pu être utilisé sur cet enfant car il y était réceptif et avait une admiration pour les avions, voitures et moto. Mais parfois certains enfants n'ont pas la capacité de jouer lors d'un soin c'est alors qu'entre en jeu le deuxième type de distraction qui est la distraction passive. Elle est composée d'un calme et d'une tranquillité de la part du patient. Ici l'enfant va être spectateur comme lorsqu'on utilise des musiques pour distraire. Nous allons donc lui demandait quel type de musique il aime, parfois avec le stress du soin l'enfant ne nous réponds pas nous allons donc nous appuyer sur le parent présent car c'est lui qui connaît le mieux son enfant. Nous allons donc mettre cette musique et l'enfant ne va rien faire, il va uniquement se concentrer sur celle-ci et essayer de s'évader du soin que nous réalisons.

Il est primordial d'adapter la distraction en fonction de l'âge et le niveau de compréhension de l'enfant. Nous pouvons utiliser avec les plus petits une comptine ou encore jouer avec le doudou pour réussir à détourner son attention or nous ne pouvons pas faire de même avec un adolescent car ces techniques de distractions ne seront pas suffisantes mais surtout pas adaptés à son âge. Il sera alors préférable de discuter avec l'adolescent de son centre d'intérêt comme son sport, son jeu vidéo préféré ou encore de ses amis. Ce n'est pas parce que nous sommes face à un enfant de 15ans que nous n'utilisons pas la distraction sous prétexte qu'il est assez grand. La distraction est utilisée à tous âges, c'est uniquement le type de distraction qui va changer. Mais nous devons aussi nous adapter à son niveau de compréhension car comme dit précédemment chaque enfant est singulier sur son stade de développement et notre façon de procéder peut-être complètement différente entre deux enfants du même âge.

Un point que je trouve essentielle est de bien préciser que lorsqu'on utilise la distraction nous ne cherchons pas à mentir à l'enfant ou à le « berner », au préalable nous prenons un temps pour expliquer simplement à l'enfant le soin que nous allons réaliser, le but de celui-ci et la façon dont nous allons faire. L'enfant est donc conscient et prévenu de ce soin. En utilisant cet outil thérapeutique nous cherchons uniquement à installer une atmosphère plus agréable et calme que ce soit pour l'enfant, le parent et les soignants. La distraction est donc un moyen d'amener son esprit dans un endroit qu'il aime le temps du soin. Enfin, pour que cette distraction fonctionne nous avons besoin de l'alliance thérapeutique. Car comme dit précédemment les parents sont ceux qui connaissent le mieux leur enfant ils sont donc d'une grande aide pour savoir quel type de distraction va fonctionner sur cet enfant. Les soignants s'appuient donc énormément sur les parents afin de connaître ce qu'aime l'enfant. Les parents vont eux aussi participer à cette distraction donc si une alliance thérapeutique est installée et que les parents savent que ce que nous faisons c'est pour le bien de l'enfant alors ils vont être investis dans la distraction et donc d'une grande aide pour nous soignant. De plus, certains enfants vont être beaucoup plus réceptif à la distraction réalisée par l'un de ses parents en qui il a confiance qu'en les soignants qu'il ne connaît pas. Mais il ne faut pas oublier que tous les enfants ne sont pas réceptifs de la même façon à la distraction d'où l'importance de savoir l'adapter. Comme nous venons de le voir l'alliance thérapeutique a une place majeure dans l'hospitalisation d'un enfant et donc pendant la distraction. Il est donc primordial pour nous soignants de savoir comment la créer et de la maintenir tout au long de l'hospitalisation de l'enfant.

3.4 L'alliance thérapeutique

L'auteur Mazevet. C définit l'alliance thérapeutique « *comme la collaboration active et mutuelle entre le thérapeute et son patient.* » (Mazevet.C, 2011, *Alliance thérapeutique et approche intégrative.* pp. 35-52), c'est-à-dire qu'on s'allie pour un but commun qui passe par la relation de confiance. Différentes dimensions ont été soulignées suivant les auteurs mais surtout les époques. En 1979 Bordin a mis en évidence 3 dimensions : un lien affectif, un accord sur les buts du traitement et sur les tâches à accomplir en thérapie. Et en 1990 Gaston à lui mis en évidence 4 dimensions : la relation affective du patient avec le thérapeute, la capacité du patient à fournir un travail thérapeutique, la compréhension empathique du soignant ainsi que son implication et l'accord entre le soignant et le soigné sur les objectifs et les tâches liées à la prise en charge.

Mazevet. C dans son livre *L'alliance thérapeutique* évoque l'idée que l'alliance thérapeutique n'est pas présente d'emblée lors d'une prise en charge elle dit je cite « *c'est un phénomène très spécifique, qui naît de l'adéquation des interventions du thérapeute aux caractéristiques du patient.* » (Mazevet.C, 2011, *Alliance thérapeutique et approche intégrative.* pp. 35-52)

Le verbe confier vient du latin « confidere » qui signifie qu'on remet quelque chose de précieux à une personne, en lui accordant notre confiance pour en prendre soin ou en faire bon usage. Pour qu'une relation de confiance puisse naître il est important qu'il y ait un échange entre les deux interlocuteurs, les auteurs Chétien. C, Pignon. A, Petit. M et Durand. C dans leur article de revue *la relation de confiance dans les soins à l'épreuve des mutations médicales et sociétales* citent « *Ainsi la confiance naît de l'interaction mais elle permet aussi l'interaction* ». (Chrétien. H, Pignon.A, Petit.M, Durand.C, 2024, *La relation de confiance dans les soins à l'épreuve des mutations médicales et sociétales.* pp. 21-29)

Lors d'une prise en charge d'un enfant un échange va avoir lieu dans un premier temps avec celui-ci, nous allons nous mettre à sa hauteur ce qui permet de rassurer l'enfant et qu'il se sente concerné par son hospitalisation, en faisant ça nous captivons aussi l'attention de l'enfant sur nos dires. En tant que soignant nous allons chercher à savoir ce qui arrive à l'enfant puis nous allons le rassurer, discuter avec lui de sujet qu'il affecte particulièrement et apaisant mais

surtout être bienveillant ce qui va permettre d'installer cette relation de confiance au fur et à mesure de l'hospitalisation. L'enfant va repérer chez le soignant un côté rassurant et amusant ce qui va éviter qu'il s'en méfie et qui va permettre d'installer une atmosphère agréable lorsque le soignant va entrer dans sa chambre et ainsi éviter que l'enfant se mette à pleurer ou encore hurler causé par l'anxiété de sa présence. Les parents étant aussi dans la chambre pendant ce moment avec les enfants va permettre dans un même temps de les rassurer aussi, en effet ils vont voir qu'un soignant s'intéresse à leur enfant et prend un temps consacré uniquement à celui-ci, c'est un premier pas dans la relation de confiance avec chacun. Dans un second temps un échange va aussi être réalisé mais cette fois auprès des parents, même s'ils sont présents au moment où nous expliquons à l'enfant nous prenons quand même un temps avec eux après, notre vocabulaire sera différent car cette fois nous nous adressons à des adultes. Nous allons prendre le temps de leur expliquer la prise en charge de leur enfant. Mais ce n'est pas uniquement lorsqu'il y a un échange qu'une relation de confiance s'installe, pour cela il est primordial que le soignant adapte sa relation à chaque patient suivant son histoire et ses valeurs, ce qui va permettre à la relation de confiance de s'installer au fur et à mesure. A nouveau dans l'article de revues des auteurs Chétien. C, Pignon. A, Petit. M et Durand. C ils citent « *La confiance ne peut s'établir d'emblée au seul motif qu'un soignant incarne le savant, doué d'une humanité irréprochable, détenteur de la vérité, à qui le malade pourrait aveuglément se présenter dans toute sa vulnérabilité.* » (Chrétien. H, Pignon.A, Petit.M, Durand.C, 2024, *La relation de confiance dans les soins à l'épreuve des mutations médicales et sociétales.* pp. 21-29). En pédiatrie ce point est bien souligné la relation de confiance ne naît pas uniquement lorsque les soignants apportent des données scientifiques et médicaux sur l'état de santé de leur enfant, même si en effet cela en fait partie il est indispensable pour créer cette relation que le soignant soit disponible et bienveillant.

Lorsqu'un enfant est pris en charge dans un service de pédiatrie, il n'est pas le seul à être pris en charge il y aussi les parents qui présentent une anxiété à l'idée que leur enfant souffre et n'est pas dans son état dit « normal ». Le pédiatre Philippe Grandsenne cite dans son livre *Mon bébé en bonne santé* « *Si les enfants n'ont jamais été en aussi bonne santé, leurs parents n'ont jamais été soumis à une aussi grande angoisse qu'aujourd'hui ou à la moindre imperfection leur apparaît comme intolérable* » (Leblanc, A, 2009, *Les angoisses des parents pour la santé de leur enfant.* pp. 63-70).

Il est donc important de savoir être présent auprès d'eux sans oublier que l'enfant reste au centre de cette prise en charge. Les parents aimeraient « prendre » la douleur de leur enfant et pouvoir être à sa place. Le soignant doit avoir la capacité de prendre une certaine distance avec ce que ressent l'enfant car il ne peut pas faire comme les parents et vouloir prendre la place de l'enfant qui souffre, le soignant doit garder son positionnement de soignant et donc essayer d'apaiser la douleur, l'anxiété de l'enfant sans prendre la place du parent.

En tant que soignant nous sommes là pour être à l'écoute des angoisses, des peurs des parents, être disponible à répondre à leurs questionnements et leur présenter les différents professionnels de santé pouvant les aider. Nous ne réalisons pas uniquement les soins techniques, nous jouons aussi un rôle d'éducateur sur la santé auprès des parents. L'auteur Leblanc.A dans son article de revue *Les angoisses des parents pour la santé de leur enfant* dit « *Qu'il s'agisse de documents d'information, de groupes d'éducation thérapeutique, d'entretiens psychologiques, de réunions d'associations de parents, il est important que les familles aient accès à des informations et à des réponses adaptées à la maladie et aux problèmes qui concernent spécifiquement leur enfant* » (Leblanc, A, 2009, *Les angoisses des parents pour la santé de leur enfant*. pp. 63-70). Il faut savoir laisser la place de chacun dans cette triade : parents enfant soignant. La complexité dans cette triade, c'est de réussir à apaiser les parents pour éviter qu'ils ne transmettent cette peur à l'enfant.

Comme dit précédemment l'enfant a comme unique repère ses parents lors de l'hospitalisation, il va donc ressentir ce que ses parents ressentent. Si nous en tant que soignant, nous parvenons à bien expliquer la prise en charge à l'enfant ainsi qu'à ses parents, que nous prenons un temps spécifique pour les parents afin de répondre à leurs interrogations nous allons au fur et à mesure installer une relation de confiance entre nous soignant et les parents et par conséquent avec l'enfant aussi. Si l'enfant perçoit que ses parents sont rassurés, qu'ils ont confiance avec le soignant alors il se peut qu'il soit moins anxieux et méfiant. Mais surtout il ne pas va pas ou du moins, moins « absorber » l'anxiété de ses parents. Mais il ne faut pas oublier la place de l'enfant et ne pas se concentrer uniquement sur les peurs des parents. L'enfant a la place centrale de cette prise en charge, il est primordial de prendre le temps de lui expliquer chaque soin, parfois certains enfants veulent savoir quel médicament on leur donne alors nous lui expliquons avec un vocabulaire adapté les bienfaits de ce médicament sur sa santé, sa douleur. C'est un temps que nous prenons dans le calme en présence de l'enfant et des parents, en adaptant notre vocabulaire à sa compréhension et lui laissant nous poser les questions qu'ils souhaitent même

les plus délicates et nous assurer qu'il ait bien compris ce qu'on lui dit. Cette triade en pédiatrie est indispensable lors d'une prise en charge, le rôle de chacun n'est pas négligeable c'est comme une voiture elle a besoin de ses quatre roues pour pouvoir rouler c'est pareil pour cette triade on a besoin de chacun pour pouvoir avancer dans le meilleur contexte possible. Le soignant doit alors s'assurer que les parents comprennent ce qu'il se passe, qu'ils se sentent concernés et qu'ils soient investi dans l'hospitalisation de leur enfant. De même pour l'enfant, le soignant doit s'assurer qu'il comprend ce qu'il se passe s'il en est capable. Si chacun est bien impliqué dans cette hospitalisation et que chacun est conscient et comprend tout ce qu'il se passe alors en général l'hospitalisation ainsi que les soins se déroulent dans un meilleur contexte.

4 Enquête exploratoire

4.1 L'entretien semi-directif

Geneviève Imbert définit l'entretien semi-directif comme « une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes » dans son article l'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie.

J'ai décidé de choisir ce type d'entretien afin de pouvoir poser des questions ouvertes aux soignants sur leurs expériences et pratiques professionnelles ainsi que leurs ressentis. Les questions ouvertes leur permettront d'être libres d'évoquer ce qu'ils veulent en restant tout de même sur le sujet évoqué. De plus en utilisant des questions ouvertes je n'influence pas les professionnels à me donner la réponse que j'attends mais la réponse qui reflète la réalité. Tout l'entretien sera enregistré pour que je puisse le retranscrire ensuite. Je pourrai réaliser une analyse qualitative de ces entretiens.

4.2 La population cible

Je vais mener mes entretiens auprès de trois à quatre infirmières puéricultrices. J'ai décidé d'interroger plusieurs infirmières de différents services pédiatriques pour obtenir une diversité dans les avis et les réponses afin d'avoir un retour le plus objectif possible.

4.3 Lieux d'investigations

Les urgences pédiatriques : comme tout service d'urgence, les urgences pédiatriques reçoivent de nombreux patients ayant différentes pathologies. C'est un service où le temps est compté et un service dans lequel on se retrouve dans des situations d'urgence. Interroger des infirmières de ce service va me permettre de comprendre comment ils arrivent à intégrer les parents dans la prise en charge et quels outils thérapeutiques ils parviennent à utiliser dans ce genre de situation.

Les consultations externes pédiatriques : ce service accueille les enfants ainsi que leurs parents pour un soin comme un pansement, une prise de sang, un ECG... Ce n'est pas un service où l'enfant reste hospitalisé. Ici, le médecin et l'infirmière prennent le temps d'expliquer par exemple la pathologie de l'enfant, son traitement, la suite de sa prise en charge... C'est un contexte complètement différent des urgences pédiatriques, je pourrais donc avoir des réponses différentes en fonction du service dans lequel je suis et des conditions de travail des infirmières.

Les urgences de la main : ayant réalisé un stage dans ce service, j'ai décidé d'interroger une des infirmières afin de pouvoir comparer avec des infirmières puéricultrices, pour mettre en lumière l'importance de l'année de spécialisation de puéricultrice. C'est un service qui reçoit un public de tout âge dont des enfants.

5 Cadre empirique

Lors de mon enquête exploratoire, mon objectif était de réaliser 4 entretiens auprès de puéricultrices. Après plusieurs discussions avec mes collègues de promo j'ai réalisé qu'il serait intéressant d'interroger un infirmier puériculteur et pas uniquement des femmes.

Ayant dû m'adapter aux disponibilités des soignants ainsi qu'aux miennes étant en stage pendant période, j'ai été dans l'obligation d'annuler un entretien dans le service des petits enfants.

Dans le respect de l'anonymat, les soignants ont été renommés lors de la retranscription de l'entretien. La retranscription a été réalisée dans le respect des principes d'objectivité et d'honnêteté. Les entretiens ont été réalisés face à face dans une salle dédiée, au calme. Leur durée varie entre 7 minutes et 44 secondes et 22 minutes et 5 secondes.

Dans cette partie vous retrouverez mon analyse individuelle de chaque entretien. Ensuite j'ai réalisé une analyse croisée de ceux-ci afin d'en dégager les points communs et les différences.

Il existe des limites à ces entretiens, c'était pour moi une toute première de réaliser un entretien face à un soignant. Ayant choisi des entretiens semi-directifs je me devais de « contrôler » l'entretien ce qui n'a pas toujours été facile. Cela a pu exercer une influence sur les entretiens.

5.1 Analyse par entretien

5.1.1 Présentation échantillonnage

Critères	Entretien n°1	Entretien n°2	Entretien n°3	Entretien n°3
Diplôme infirmier	2020	2013	2008	2018
Diplôme puéricultrice	2021	2024	2022	X
Parcours professionnel	Après le DE -> école puériculture 1an dans le service des petits enfants sur un poste de nuit 2ans aux urgences pédiatriques (nuit et jour depuis 6mois)	SSR en gériatrie pendant 5ans Suppléance pédiatrique (tous les services de pédiatrie : maternité, néonatalogie, urgences, services des petits et des grands) pendant 2ans Poste pendant 1 an et demi aux urgences pédiatriques Ecole de puériculture en 2023 Diplôme puéricultrice en 2024 puis poste aux consultations externes pédiatriques	ASH pendant plusieurs années Aide-soignant pendant plusieurs années IDE en 2017 Puériculteur en 2022 Poste aux urgences pédiatriques	DE en 2018 depuis en poste aux urgences de la main et aux soins externes

5.1.2 1^{er} entretien : Julie

Julie est infirmière depuis 2020. A la suite de l'obtention du diplôme d'état d'infirmier Louise a enchainé avec l'année de spécialisation puéricultrice, diplôme qu'elle a eu en 2021. Elle a ensuite travaillé un an dans le service des petits enfants puis 2ans et demi aux urgences pédiatriques de nuit, service dans lequel elle travaille actuellement de jour depuis 6mois.

Cet entretien a été réalisé dans une salle conviée pour des entretiens avec des parents au sein des urgences pédiatriques. Cet entretien a duré 22 minutes et 5 secondes.

A mon arrivé, Julie était bien informée de ma venue et m'a directement accueilli pour réaliser cet entretien.

1^{er} thème : l'enfant hospitalier :

Lors de ma première question inaugurale Julie va m'expliquer une situation avec une jeune fille hospitalisée pour une péritonite. Elle va donc m'expliquer le déroulement de la prise en charge et les différents acteurs qui entre en jeux « ... elle est revenue de l'écho on lui a fait les antibiotiques... » (l.25), « ... après les chirurgiens sont venus la voir et il fallait qu'elle passe au bloc en urgence... » (l.26-27), « ... tout s'est assez bien dégoupillé les chirurgiens sont venus dans la foulée elle a été prise au bloc dans la foulée... » (l.31-32) dans toutes ces phrases que Julie dit on voit bien le déroulement de cette prise en charge, la jeune fille a été reçue aux urgences pédiatriques par des infirmières puéricultrices et des pédiatriques puis elle est allée passer une échographie avec l'intervention d'un radiologue et enfin elle a rencontré le chirurgien puis elle est allée au bloc opératoire. On peut donc voir la nécessité de l'intervention de ces différents acteurs qui a permis la prise en charge globale de l'enfant. Puis Julie va évoquer un sujet primordial en pédiatrie : l'autorisation parentale. En effet dans cette situation la petite fille devait se faire opérer, les chirurgiens devaient donc avoir l'autorisation écrite de la maman qui était présente mais aussi du papa « ... il y avait que la maman qui était présente le papa était présent à distance au téléphone parce qu'il fallait faire les tu sais les l'autorisation d'opérer tout ça il faut-il faut les les 2 parents donc le père nous a tout envoyé par mail... » (l.36-38) Julie insiste bien que malgré l'absence du papa il était indispensable d'obtenir son autorisation écrite. En pédiatrie c'est une obligation d'obtenir l'accord des deux parents. Julie va aussi parler de la compréhension de l'enfant lors de son hospitalisation, elle explique bien

que malgré le fait que cette petite fille était jeune, elle avait quand même la capacité de comprendre ce qui se passait et ce qu'elle avait, d'où l'importance de bien tout leur expliquer même si ce sont des enfants « ... *elle avait bien compris qu'elle avait un, quelque chose dans le ventre qu'elle avait une maladie dans le ventre qu'il fallait qu'on soigne qu'il fallait opérer...* » (l.68-69). Au moment de ma question sur la distraction Julie va évoquer aussi les soins avec les bébés « ... *les bébés c'est franchement on a l'impression que c'est les plus durs mais moi je trouve que c'est ceux à qui ça se passe le mieux c'est ceux qui pleurent pas du tout...* » (l.122-123) probablement parce qu'un bébé est beaucoup moins voir pas du tout conscient de ce qui se passe autour de lui, un bébé dort et mange donc s'il on lui donne le sein de sa mère pour qu'il mange alors il ne sera préoccupé uniquement par ça.

Enfin Julie va aussi m'expliquer qu'un enfant peut changer de comportement en présence de ses parents. Certains enfants en présence des parents vont avoir tendance à être beaucoup plus dans l'opposition du fait qu'il connaît ses parents alors que si l'enfant se retrouve face à des adultes inconnus ici un soignant alors il aura tendance à beaucoup plus accepter car il n'aura pas ses habitudes et ne connaîtra pas les potentiels réactions que cet adulte peut avoir à l'inverse de ses parents qu'il connaît bien. Julie appuie bien sur ce point en évoquant la situation d'un enfant qui était dans l'opposition pour les aérosols en présence de la maman mais qui a fini par les accepter calmement une fois la maman sortie « ... *des fois y a des enfants qui se lâchent beaucoup avec leurs parents et vu que c'est leurs parents ils, un aérosol ça fait pas mal les enfants ils se mettent dans tous les états sur l'aérosol...* » (l.253-254) ici on voit bien que les parents sont présent donc l'enfant se lâche et est dans l'opposition puis « ... *du coup elle a fait sortir la dame et il s'est transformé, il était tout calme, ma collègue elle l'a regardé elle lui a dit « maintenant tu mets l'aérosol » et du coup il bougeait plus avec son masque ...* » (l.267-268) ici on voit que la soignante décide de faire sortir la maman et l'enfant va être beaucoup plus dans la coopération et avec des limites, probablement parce qu'il s'est retrouvé avec des adultes qu'il ne connaissait pas.

2^{ème} thème : la distraction :

Julie va évoquer les différentes distractions qu'elle utilise suivant l'âge de l'enfant « ... *chez les bébés ça va être plus du sucre doux donc un peu pour les apaiser...* » (l.121), « ... *Après plus grand beh ça va être les dessins animés, le MEOPA, l'hypnose et les grands aussi tu le fais bien mais les grands c'est plus « oh j'ai pas peur de la piqûre on m'en a déjà fait pleins » bon beh*

très bien écoute mais tu le distrait quand même et tout tu vois en faisant la prise de sang « ah beh t'es à l'école, en quelle classe ou tu fais quoi t'aimerais faire quoi » on discute quand même je vais pas enfin je vais pas me me taire parce que sous prétexte qu'il a 15 ans qu'il est grand je suis toujours en place et ça reste un enfant ... » (l.128-132), on peut voir que Julie adapte sa distraction et n'utilise pas la même pour tous les enfants mais par contre elle dit bien qu'elle l'utilise pour TOUS les enfants même les plus grands. Probablement parce que certains de ces collègues considère que ce n'est pas nécessaire pour les grands mais Julie dit bien que même à 15 ans ça reste un enfant et la distraction peut et doit être utilisée selon elle. On remarque que Julie évoque l'utilisation du MEOPA et de l'hypnose au moment de la distraction sûrement car c'est une association fréquemment utilisée en pédiatrie. Mais ce que j'ai trouvé très intéressant c'est que Julie précise bien que la distraction ne fonctionne pas forcément à chaque fois « ... un enfant bah à qui on a tout proposé le MEOPA, la musique dessin animé hypnose et que bah bah non il relâche pas... » (l.87-88). Même si à chaque fois elle essaye d'appliquer la distraction elle est tout de même consciente que celle-ci ne fonctionne pas à tous les coups.

3^{ème} thème : l'alliance thérapeutique :

J'ai trouvé que Julie tout au long de l'entretien à parler de l'alliance thérapeutique à l'inverse de certains thèmes comme la distraction qu'elle a évoqué seulement au moment de la question de relance, probablement car pour Julie celle-ci est une priorité et est indispensable en pédiatrie. Dès le début Julie va parler de la place des parents, elle insiste à plusieurs reprises sur l'importance qu'ils aient bien compris tout ce qui se passe « ... les parents soient rassurés qu'on qu'ils aient tout compris qu'on a bien tout tout expliqué c'est ça qui est, pour moi c'est ça une prise en charge et un soin qui se passe bien... » (l.58-60) elle exprime même son avis sur la réalisation de cet acte en disant que si elle parvient à bien tout expliquer aux parents et qu'ils aient bien compris alors cela fait partie des critères d'un soin qui se passe bien selon elle. Peu après elle revient sur ce point en disant cette fois-ci dans le sens inverse c'est-à-dire quand les parents ne comprennent pas la suite c'est alors un soin qui se passe mal « ... , un soin qui se passe mal c'est les parents bah qui comprennent pas qui qui comprennent pas ce qui se passe qui comprennent pas la suite qu'est-ce qu'on fait pourquoi on fait ça donc faut reprendre les choses ou revoir avec le médecin après des fois on a des internes ils sont débutants donc ils expliquent pas forcément bien aux parents ou ils s'expriment mal donc il faut reprendre les choses à avec eux... » (l.89-93) On voit bien que la compréhension des parents est primordiale pour elle. Elle évoque même les limites quand elle dit que parfois elle réexplique ce que les

médecins n'ont peut-être pas assez développé ou de façon maladroite, on voit bien qu'elle ne laisse pas les parents dans l'incompréhension ce qui va donner confiance aux parents envers Julie et donc débiter cette alliance thérapeutique. Ce point elle le révoquera un peu plus tard dans l'entretien aux lignes 142 à 144. Ensuite Julie va aussi me parler des cas où les parents ne vont pas être aidants mais plutôt anxiogène pour l'enfant lors d'un soin en faisant de petit bruit à la vue de l'aiguille par exemple « ... *ce qui se passe mal c'est le parent qui va être un peu « non mais vous allez pas y arriver, la dernière fois ils ont galéré, ffff aie aie, ouh l'aiguille elle est grosse ! » beh non enfaite on dit pas des choses comme ça, l'enfant il est bien là... » (l.99-101)* on voit bien dans les propos de Julie que certains parents peuvent être une source anxiogène pour l'enfant elle en reparlera à la fin de l'entretien et expliquera même que dans certains cas ils sont obligés de faire sortir le ou les parents trop angoissant pour l'enfant afin de réaliser le soin dans les meilleures conditions possibles aux lignes 220 à 221. Et juste après elle va parler du cas inverse lorsqu'elle est confrontée à des parents aidants lors des soins et qui sont de véritables partenaires pour elle ce qui va aussi l'aider et faciliter le soin « ... *je t'en ai pas parlé dans le côté positif mais des parents qui sont hyper enveloppants qui au juste rassurent au max leur enfant et qui arrivent à les dissocier du soin... » (l.102-104)* Julie a comparé deux cas complètement différents ce qui m'a permis de réaliser qu'en effet l'aide des parents et travailler en équipe avec eux est beaucoup plus productif que l'inverse. Julie parle de ce travail en équipe plusieurs fois dans son entretien, elle explique aussi que cette relation s'installe petit à petit et que chacun que ce soient les parents ou les soignants trouvent sa place. Elle m'explique aussi que parfois elle donne des conseils aux parents présents « ... *après leur expliquer un peu là la position qu'ils peuvent avoir bon des fois ils nous disent « es ce que je peux garder dans les bras » des fois pour nous c'est difficile de faire là le cathéter dans les bras on leur dit « bah non on va plutôt l'allonger mais vous pouvez vous mettre dessus lui faire un petit câlin en même temps... » (l.154-158)* on voit bien que lors d'un soin le soignant est présent et réalise l'acte mais les parents sont aussi là et travaillent en cohésion avec les soignants. Julie a jusqu'ici beaucoup évoqué l'importance du soignant envers les parents lorsqu'elle leur explique les soins etc mais elle va aussi par la suite parler de l'importance des parents envers les soignants. Elle dit « ... *c'est eux qui connaissent le mieux leur enfant... » (l.159)* Julie explique bien qu'elle recherche les habitudes et ce qu'aime l'enfant, elle dit qu'elle se réfère toujours à eux. De plus, Julie va aussi dire que chacun a un rôle dont les parents et elle leur confie ce rôle ce qui va permettre qu'ils se sentent considérés mais va aussi permettre d'être auprès de l'enfant et de le

rassurer « ... on dit « *bah Madame ou Monsieur ça va être ça va être votre job et tout vous le mettez une petite goutte vous vous concentrez sur lui vous mettez la petite tétine et tout et nous on fait notre petit nettoyage... » (l.174-175). Juste après elle va dire explicitement « ...c'est vraiment un travail en collaboration... » (l.181)*

Autres thèmes :

Lors de cet entretien Julie va aussi me parler d'un sujet que je n'ai pas abordé dans mon mémoire, c'est le manque de temps qui impact la qualité des soins « ... *des fois je t'avoue qu'il y a beaucoup de beaucoup de passage beaucoup de soins à faire donc on n'a pas forcément le temps de tout bien mettre en place, enfin quand t'es dans des superbes conditions tu prends le temps hein tu mets le MEOPA tu proposes un dessin animé une musique tout ça j'essaie de toujours le mettre en place mais il y a des il y a des moments où c'est tellement le rush ou t'as pas forcément le, je le propose toujours mais j'ai moins de patience à l'appliquer parce que il y a d'autres soins qui m'attendent... » (l.80-85) Julie explique bien qu'elle est consciente que certaines prises en charges sont impacter dû à la charge de travail importante aux urgences.*

Un autre thème que Julie évoque en plus de mes thèmes c'est le travail en binôme avec l'auxiliaire de puériculture « ... on travaille beaucoup en binôme avec nos AP donc nos AP nous tiennent soit le membre... » (l.169) on voit l'importance de réaliser les soins en binôme surtout en pédiatrie ou aucun soin n'est fait seul.

5.1.3 2^{ème} entretien : Carla

Carla est infirmière depuis 2013. A la suite de l'obtention de son diplôme infirmier, Carla à travailler pendant 5ans en SSR gériatrique puis elle a eu un poste en suppléance pédiatrique qui consistait à tourner dans les différents services pédiatriques comme la maternité, la néonatalogie ou encore les urgences. Elle a d'ailleurs eu un poste pendant un an et demi aux urgences pédiatriques puis l'hôpital a financé son école de puériculture dont elle a été diplômée en 2024.

Cet entretien a été réalisé dans le service des consultations externes pédiatriques dans une salle conviée pour des entretiens au calme. Il a duré 18 minutes et 33 secondes.

A mon arrivé, l'infirmière puéricultrice que je nommerai Carla dans cet entretien était bien informée de ma venue elle a donc fini un soin qu'elle avait commencé avant de m'accueillir. Je trouvais intéressant de réaliser un entretien avec une infirmière puéricultrice des consultations externes pédiatriques car ce n'est pas un service d'hospitalisation les enfants viennent uniquement pour leurs soins comme la réfection d'un pansement ou une prise de sang ou encore le suivi d'une maladie chronique.

1^{er} thème : l'enfant hospitalisé :

Quand je pose ma question inaugurale à Carla, elle va spontanément me développer les différents secteurs où un enfant peut être hospitalisé dans son service des consultations externes *« on est un service qui est en 3 secteurs donc on a un secteur hôpital de jour on va être plutôt sur des soins beh d'hôpitaux de jour hein donc que ce soit des patients chroniques on a des patients qu'on à toutes les semaines certains tous les 3 semaines 4 semaines ça dépend de leur rythme que ce soit des transfusions que ce soit des traitements euh on a tout ce qui est soins externes donc bilan sang pansements voilà on pique beaucoup sur les chambres implantables notamment et on a un secteur chirurgie où en fait on accompagne le chir sur la journée où on installe les patients on enlève le plâtre si on nous le demande on enlève le plâtre on enlève la résine et on fait tout ce qui est conseil pour la suite on fait des conseils de bloc quand il y a un bloc de prévu voilà... » (l.27-35).* On voit bien que chaque secteur à sa spécificité, un enfant va être dans celui qui lui correspond suivant la raison de sa venue. Dans cette première partie de l'entretien Carla est très organisée dans ce qu'elle va m'expliquer, elle commence par les différents secteurs d'hospitalisation comme vue ci-dessus puis elle va m'évoquer la particularité du public que l'on rencontre en pédiatrie qui n'est d'autre que les enfants elle dit *«... les soins se déroulent souvent à peu près de la même manière mais bien-sûr ça dépend de l'enfant... » (l.37)* dans ses propos on retrouve bien la singularité de l'enfant et qu'en pédiatrie on s'adapte toujours à lui et à son niveau de compréhension à ses différentes réactions certains peuvent être plus stressés que d'autre à l'idée d'être à l'hôpital. Elle le dit bien *aux lignes 62-63* que chaque enfant est différent et ne sont pas toujours coopérant. Carla exprime aussi l'importance d'adapter son vocabulaire d'où la singularité de la pédiatrie *« toujours en réfléchissant beaucoup à notre vocabulaire encore une fois on est en pédiatrie donc le « je vais piquer » on évite voilà on évite les termes qui font peur on enrobe un peu tout » (l.57-58).* De plus, comme le dit Carla en pédiatrie il est primordial de valoriser l'enfant afin qu'il ressente comme un sentiment de satisfaction et qu'il ne développe pas une peur de l'hôpital et des blouses blanches

comme elle le dit à deux reprises (l.104-107) et (l.143) Nous pouvons remarquer que la pédiatrie est un milieu complètement différent des autres services d'hospitalisation comme elle le dit et comme nous l'avons vu, on s'adapte à l'enfant on créait un petit monde autour de lui afin de le détendre et de l'apaiser pour que les soins se déroulent au mieux. Carla va aussi parler des réactions de l'enfant suivant son âge « des fois les grands c'est les plus peureux » probablement parce qu'ils sont plus conscients de ce qu'il se passe à l'inverse des plus petits qui sont plus dans l'insouciance. Mais elle va aussi appuyer sur un point primordial qui fait qu'un enfant hospitalisé est un public spécifique « *l'enfance c'est vrai qu'on est sur une population particulière hein l'enfant c'est quand même très particulier donc notamment au niveau de la relation de soins un peu triangulaires voilà qui est forcément abordé quand on parle de pédiatrie* » (l.38-41) effectivement lorsqu'on parle de pédiatrie nous sommes obligé d'aborder la relation triangulaire qui est composé de l'enfant, des parents et des soignants. Aucune prise en charge, aucun soin n'est réalisé sans la présence et le consentement des parents. Carla va aussi aborder les différentes pathologies des enfants qu'elle est menée à rencontrer « *... on a des patients avec des pathologies lourdes on a des patients avec des troubles du comportement ça aide pas ça aussi il faut savoir que tout ce qui est trouble autistique entre autres alors t'as des TDH plus ou moins mais on a des patients avec des troubles du comportement donc c'est difficile aussi...* » (l.144-147) ici on voit l'importance de passer la formation d'infirmière puéricultrice afin d'approfondir ses connaissances sur l'enfant et ses différentes pathologies ce qui permet aux puéricultrice de savoir qu'elle approche utiliser avec ce type de profil.

2^{ème} thème : la distraction :

Carla va m'aborder la distraction vaguement dans la première question en parlant des alternatives comme le MEOPA ou encore le sucre doux pour les bébés « *on va proposer le MEOPA en général sauf si c'est des enfants très petits en général on va proposer le sucre doux sur des enfants plus petits* » (l.51-52) Par la suite elle nous parlera à nouveau du MEOPA (l.120-121) on peut donc voir que c'est une technique fréquemment utilisée en pédiatrie. Dans ma première question de relance sur ce qu'elle considère d'un soin qui s'est bien déroulé Carla va à nouveau aborder les différents moyens de distraction « *... on a des soins qui sont faits dans un grand calme hein on chante parce que forcément en pédiatrie hein on chante des comptines...* » (l.110-111) on peut voir qu'en pédiatrie tous le moyens sont bons pour captiver l'attention d'un enfant sur autre chose que le soin, ici Carla nous évoque les musiques un des

moyens très utilisé avec les enfants et surtout très efficace. Puis dans ma question de relance sur le thème de la pédiatrie Carla va bien détailler toutes les techniques de distraction (l.159-171) elle va évoquer à nouveau les musiques, les comptines mais aussi la communication qui permet d'apprendre à connaître l'enfant, de créer une relation de confiance et comme tous les autres moyens de détourner l'attention de l'enfant. Carla va aussi parler du matériel qu'il dispose dans certaines salles comme une tablette qui permet de diffuser des dessins animés ou de jouer à des jeux ce qui va être très attractif pour les enfants et va leur demander une concentration. Il y a aussi les peluches ou comme elle l'évoque « la boîte à meuh ». Peu après Carla va appuyer sur l'importance de la distraction en pédiatrie « ... *la distraction c'est quelque chose qui est hyper important et qui marche très très bien pédiatrie...* » (l.174-175) on voit la nécessité de la distraction en pédiatrie et Carla sous-entend probablement par-là que la distraction est indispensable au bon déroulement du soin et sans celle-ci les soins seraient beaucoup plus longs et complexes. Tout au long de cet entretien Carla va évoquer la distraction et va appuyer sur les atouts de celle-ci comme la réduction de l'anxiété de l'enfant face à un soin tel qu'une prise de sang mais elle permet aussi d'améliorer la coopération de l'enfant ce qui facilite le travail des soignants mais qui permet aussi à l'enfant de garder une meilleure expérience hospitalière. Enfin la distraction permet de consolider l'alliance thérapeutique avec les parents du fait qu'ils voient leur enfant moins souffrir ou moins stresser ce qui les apaise.

3^{ème} thème : l'alliance thérapeutique :

De même que l'enfant hospitalisé Carla va de façon spontanée évoquer l'alliance thérapeutique lors de ma question inaugurale. « ... *notamment au niveau de la relation de soins un peu triangulaires voilà qui est forcément abordé quand on parle de pédiatrie...* » (l.39-41). Carla précise bien qu'il ne s'agit pas toujours d'un parent mais parfois d'une tante, ou d'une famille accueil (l.42-46) dès le début de cet entretien Carla va aborder cette triade qui existe en pédiatrie on voit bien que c'est une relation qui est toujours présente lors d'une hospitalisation d'un enfant car il est toujours accompagné d'un parent ou d'un proche ou d'un tuteur légal car l'enfant est mineur et donc sous la responsabilité d'un adulte qui prend les décisions et accorde le consentement. Cette notion de consentement est évoquée aussi quand elle parle de l'utilisation du MEOPA « ...*les parents on explique c'est accepté ça nous aide énormément dans le soin nous et ça aide aussi l'enfant en fait toute façon c'est en lien si l'enfant est détendu et rassuré...* » (l.54-56) Carla dit bien que dans un premier temps elle explique aux parents les raisons pour lesquelles on utilise le MEOPA et elle dit bien « *c'est accepté* » ce qui sous-entend

qu'on cherche bien un accord et donc un consentement de la part des parents. Carla parle aussi de cette relation avec l'enfant qui n'est pas toujours évidente dès le début car les enfants sont face à des inconnus qu'ils ne connaissent pas « ... *des fois c'est compliqué au début ils arrivent ils ne nous connaissent pas ça se passe de mieux en mieux parce que forcément la connexion de confiance se crée ils s'attachent à nous on s'attache à eux hein voilà l'attachement c'est souvent critiqué mais euh c'est un peu inévitable...* » (l.91-94) on voit bien que c'est une relation qui évolue avec une confiance qui se crée qui permet le bon déroulement du soin mais Carla évoque un point essentiel à mes yeux lorsqu'elle parle de l'attachement qui se crée autant du côté de l'enfant que du côté du soignant, elle précise bien que « *c'est souvent critiqué mais euh c'est un peu inévitable* » en effet l'attachement se crée inconsciemment mais inévitablement aussi les soignants sont face à des enfants qu'ils vont être amenés à voir régulièrement, des enfants qui ont besoin de soin, il y a donc une relation qui se crée qui engendre cet attachement. Mais probablement un attachement qui permet aussi de renforcer cette confiance et cette alliance thérapeutique lors des soins qui engendre la coopération de l'enfant que Carla évoque peu après lors de ma question de relance sur un soin qui s'est bien déroulé « ... *qui a été fait avec la coopération de l'enfant la coopération des parents...* » (l.109) ici on voit bien que la coopération de chacun de la triade permet la réalisation optimale du soin. Elle va appuyer sur l'importance du rôle des parents durant toute l'hospitalisation « ... *on s'appuie énormément sur le parent c'est un vrai partenaire de soins en pédiatrie...* » (l.158-159) le terme « partenaire » souligne bien qu'ils sont une équipe et qu'ils doivent travailler ensemble pour avancer de la meilleure façon possible. De plus comme Carla le dit les parents sont ceux qui connaissent leur enfant ils sont donc indispensables pour connaître les habitudes de l'enfant, ce qu'il aime comme les dessins-animés etc « ... puis le parent une fois propose aussi quand ils ont l'habitude beh « *est-ce que je peux lui mettre pat patrouille sur mon portable* »... » (l.172) elle l'évoque aussi un peu plus tard dans l'entretien « ... *on leur dit voilà on a besoin d'eux on dit « bah n'hésitez pas es ce qu'il y a des petites habitudes » souvent c'est les parents hein qui nous disent hein « Ah bah lui il adore ça beh oui il adore bah tiens il adore telle musique » beh on met une playlist les parents connaissent le mieux leurs enfants...* » (l.194-197). Dans ma dernière question de relance sur l'alliance thérapeutique Carla va détailler la façon dont elle s'y prend pour installer celle-ci et la consolider tout au long de l'hospitalisation elle commence par expliquer qu'en expliquant à l'enfant les parents sont à côté et constatent que le soignant considère leur enfant qu'il prend soin de lui et prend le temps pour bien lui expliquer son

hospitalisation. Mais c'est aussi un premier pas dans la relation de confiance, en effet, les parents voyant ça prennent confiance (l.188-192). Une nouvelle fois Carla va caractériser les parents comme des alliés « ... *on les prend vraiment comme des alliés...* » (l.194) une nouvelle fois on voit que la triade est une vraie équipe lors de l'hospitalisation de l'enfant, on voit qu'ils avancent à chaque fois ensemble et plus ils sont liés plus ils se font confiance plus la relation sera solide et permettre une prise en charge optimale. Carla évoque à nouveau le rôle des parents lors des soins vers la fin de l'entretien, elle m'explique qu'elle donne des « missions » aux parents comme tenir le masque de MEOPA (l.219-223). Carla donne un exemple clair juste après « ... *c'était difficile et il était beaucoup dans le refus et en fait le papa était euh euh très accompagnant très aidant pour nous très aidant pour l'enfant mais très encadrant aussi donc c'était « d'accord je comprends t'as pas envie mais c'est soit tu le fais toi soit moi je te couche de force » et lui a dit très calmement il était très encadrant et ça c'est pas le cas de tous les parents ça nous aide beaucoup...* » (l.202-206) dans l'exemple que Carla m'explique, on voit bien que l'alliance thérapeutique est une aide primordiale. Le papa est venu en aide aux soignants pour qui cette prise en charge était complexe, à nouveau on voit bien qu'ils sont alliés et que chacun apporte sa force ce qui permet de bien réaliser les soins dans le meilleur des contextes possible. Ici, nous avons l'exemple d'un parent aidant mais ce n'est pas toujours le cas. Certains parents ont plus de difficultés à gérer la situation et peuvent parfois être anxiogène pour l'enfant. Carla évoque ce point dans l'entretien « ... *quand on va piquer ou quoi et qu'ils font le « aïe » enfin l'enfant va pleurer alors qu'autant il n'allait pas pleurer...* » (l.211-212) ils font ça de façon inconsciente et ce n'est en aucun cas pour angoisser l'enfant mais certains parents ont eu même la phobie des piqûres par exemple c'est pour ça. Carla en parle dans l'entretien, les soignants discutent et expliquent aux parents qu'ils ne sont pas dans l'obligation de rester. Ils peuvent prendre l'air et les soignants restent auprès de l'enfant, il n'est pas seul (l.214-217). Enfin, Carla me dit que c'est pour elle compliquée d'expliquer exactement comment elle faisait pour créer et entretenir cette alliance thérapeutique car c'est par habitude et elle le fait de manière complètement spontanée « ... *ouais c'est difficile je trouve à expliquer en mot parce que c'est quelque chose qu'on fait je pense sans réfléchir...* » (l.206-208)

Autres thèmes :

Carla évoque aussi le travail en équipe qui est primordial en pédiatrie. Elle dit bien qu'il est important de s'appuyer sur ces collègues de travail lorsqu'on ne parvient pas à piquer un enfant par exemple « ... *on a une bonne équipe on n'hésite pas non plus à passer la main voilà je pense*

que c'est important dans notre métier... » (l.68-69) pour une bonne prise en charge de l'enfant il est important de ne pas persister et de savoir passer la main. Mais aussi savoir être dans l'entraide avec ses collègues comme Carla le dit aux lignes 132-133. Carla aborde aussi le travail en binôme avec l'auxiliaire de puériculture qui est plus qu'indispensable, chacun possède un rôle et l'AP permet à la puéricultrice de se concentrer et se consacrer à son soin technique pendant qu'elle distrait l'enfant « ... l'importance du binôme, on travaille beaucoup en binôme en pédiatrie donc ici on travaille énormément en binôme avec notre auxiliaire puer on a qu'une dans le service et c'est hyper important... » (l.74-76).

5.1.4 3^{ème} entretien : Thomas

Thomas est puériculteur depuis 2022. Il a toujours travaillé dans le milieu hospitalier, il a d'abord travaillé plusieurs années en tant qu'ASH puis en tant qu'aide-soignant puis en infirmier.

Cet entretien a été réalisé en salle de pause lors de mon stage. Cet entretien a duré 11 minutes et 5 secondes.

Ayant interrogée que des femmes, je trouvais ça intéressant de réaliser un entretien avec un homme pour avoir diverses réponses. Je voulais voir si le point de vue d'un homme travaillant en pédiatrie était différent.

1^{er} thème : l'enfant hospitalisé :

Thomas insiste tout au long de l'entretien sur l'importance de se mettre à la hauteur de l'enfant lorsqu'on lui parle « ... c'est surtout se mettre bien bien à la hauteur de l'enfant... » (l.26) probablement pour montrer à l'enfant qu'on est allié à lui et que nous ne sommes pas contre lui. C'est une première approche pour créer la confiance de l'enfant envers les soignants. Thomas évoque aussi le consentement de l'enfant « ... l'enfant est a compris ce qu'on allait faire et qu'il est consentent ... » (l.36). Thomas porte aussi une importance à la compréhension de l'enfant, il prend le temps de tout expliquer à l'enfant, de reformuler pour que l'enfant se sente réellement concerné par son hospitalisation « ...qui s'intéresse à ce qui se passe et que l'on soit tous satisfait... » (l.38), « ...par de la discussion à reformuler re valoriser re verbaliser faire en sorte qu'ils ont compris... » (l.83). A la fin de l'entretien Thomas met l'accent sur un point essentiel en pédiatrie « ... c'est pas qu'un enfant tout seul en fait il y a toute une histoire

de vie derrière il y a la fratrie y a les parents et les grands-parents y a toute une zone et un climat social et culturel et tout ça d'une ethnie et en fonction de tout ça t'es obligé de prendre tout en compte en fait tu ne peux pas prendre que l'individu lui-même cet individu là il est-il est pair en fait il est multiple... » (l.117-121). Il appuie bien sur le fait que lorsque nous prenons en charge un enfant nous ne prenons pas uniquement que lui. En effet, un enfant a tout un contexte autour de lui, son comportement, son développement sont influencés par son entourage dont la fratrie comme le dit Thomas. C'est ce qui fait que chaque enfant est différent et que chaque approche est différente. Thomas dit bien qu'en pédiatrie l'enfant n'est pas seul. Il est toujours pair, multiple étant donné qu'en prenant l'enfant en soin c'est aussi prendre son histoire et ses parents. Comme dit dans la partie de mon cadre de référence de mon travail, en pédiatrie nous cherchons avant tout le consentement des parents en effet, l'enfant étant mineur nous cherchons donc celui de son responsable légal. De plus l'enfant est considéré comme multiple probablement parce qu'il est formé de plusieurs influences, histoires et appartenances. L'enfant est ici vu comme un être relié porteur d'une histoire collective et inscrit dans un tissu familial et culturel. L'accompagnement doit être global et contextualisé.

2^{ème} thème : la distraction :

Thomas aborde la distraction au moment où je lui pose ma question de relance sur le thème de celle-ci. Dans un premier temps, il va aborder la capacité de l'enfant à être distrait et de son état du moment « ... ça dépend de sa capacité à de à être distrait euh de la douleur de l'enfant... » (l.53) Tous les enfants ne sont pas réceptifs de la même façon à la distraction tout comme à l'hypnose. Mais certain critère entre en compte, il y a aussi comme Thomas l'a dit la douleur que l'enfant peut ressentir sur le moment. Un enfant ayant une fracture sera probablement moins réceptif à la distraction qu'un enfant ayant besoin d'une prise sang pour un contrôle et donc sans douleur. Thomas va aussi aborder le but de la distraction « ...la distraction bah ça va ça va être passé par les jeux surtout par du rire par des petites blagounettes des attentions sympas de se mettre un peu à la hauteur qu'ils oublient un moment donné que t'es en blanc et que tu vas faire un geste qui peut potentiellement faire mal... » (l.54-57) comme il le dit, les soignants mettent la distraction en place aussi pour essayer de faire oublier à l'enfant qu'il est face à un inconnu habillé tout en blanc. Thomas utilise pour ça des jeux mais aussi l'humour qui permet de détendre l'atmosphère. Comme vu dans le cadre de référence, les soignants utilisent la distraction pour créer un monde imaginaire autour de l'enfant. Thomas appuie sur l'importance d'utiliser la distraction peu importe la situation lorsque cela est possible « ... il faut le faire dans

n'importe quelle situation on peut on peut on peut faire ça en SUV même voilà c'est important comme quand tu fais des gestes un peu difficile... » (l.72-73) on peut souvent se dire que lorsqu'un enfant est hospitalisé et placé en SUV, la distraction ne peut pas être utilisée en raison de l'urgence. Mais Thomas démontre dans ses propos qu'il est possible de la pratiquer. En effet, en SUV il y a plusieurs soignants ce qui permet à l'un d'entre eux de se consacrer à la distraction et à la communication de l'enfant. On voit ici que c'est une technique utilisée dès qu'elle est possible.

3^{ème} thème : l'alliance thérapeutique

Thomas explique la façon dont il s'y prend pour installer une alliance thérapeutique « ... *c'est d'abord se présenter enfin de faire de enfin de bien accueillir l'enfant et le les parents pour qu'ils se sentent en confiance pour qu'on puisse travailler ensemble parce que sinon ça ne marche pas forcément...* » (l.23-25) dès le début, il commence par expliquer l'importance de bien se présenter. Comme il le dit c'est un premier pas aussi dans la relation de confiance. Les parents ainsi que l'enfant arrivent généralement dans une situation de stress. Les parents sont inquiets et vont confier la santé de leur enfant à un inconnu, de même pour l'enfant, il va être soigné par une personne qu'il ne connaît pas. Thomas explique donc qu'il commence par bien se présenter à chacun, ce qui va permettre d'enlever une première « barrière ». Les parents ainsi que l'enfant vont savoir à quel type de soignant ils ont à faire. Donc ici un infirmier puériculteur, ce qui peut rassurer une grande partie des enfants car cela veut dire qu'il est spécialisé avec les enfants. Peu après Thomas va évoquer le concept du consentement « ...*je fais jamais les soins sans le consentement de de tout le monde...* » (l.28) c'est une phrase très intéressante car en pédiatrie on parle souvent du consentement des parents car ce sont les responsables légaux de l'enfant mineur mais Thomas lui dit bien « le consentement de tout le monde » ce qui sous entend qu'il cherche aussi le consentement de l'enfant avant de réaliser son soin. Thomas va expliquer l'importance d'une bonne cohésion avec les parents lors des soins il dit « ...*j'essaie de mettre surtout là les parents un peu dans la poche c'est important du coup parce que parce qu'il, dans leur attitude ils vont ils vont m'accompagner en fait dans le soin aussi du coup il vous rassurez l'enfant si un parent est est plutôt rassuré avec ce qu'on fait et il va donner une image positive et ça va être l'enfant va se sentir plus rassuré ...* » (l.58-61) il l'explique bien que si les parents sont en adéquation avec le soignant alors il y aura de bonnes répercussions sur l'enfant, probablement parce que l'enfant ressent tout ce que le parent peut transmettre inconsciemment comme le stress donc si l'enfant voit ses parents rassuré il sera dans la plupart

des cas plus détendu et rassuré lui aussi. Mais Thomas exprime aussi que ce n'est pas toujours réussi, parfois il peut se retrouver face à des parents avec qui la communication ne passe pas et qui ne sont pas impliqués dans les soins et n'aident pas leur enfant ce qui engendre des répercussions mais cette fois plus négatives et donc d'aucune aide pour le soin, l'enfant et le soignant « ... *tu as fait tout ce qu'il fallait pour que la communication passe et qu'au final ça ne passe pas, quand t'es obligé de forcer les choses quand tu quand tu fais un soin mais tu sens que les parents sont pas présents et que ils aident pas leurs enfants...* » (l.42-44). Thomas insiste beaucoup sur l'implication des parents lors des soins « ... *d'inciter les parents à être dans ce soin là et de de de travailler avec avec les soignants quel que soit le soignant pour que ils puissent comprendre ce qui se passe...* » (l.73-74) juste avant Thomas expliquer que l'implication des parents lors des soins sont d'une grande aide pour l'enfant mais ici il explique aussi que cette implication permet aussi aux parents de mieux comprendre ce qui se passe et de se sentir réellement concerné de la santé de leur enfant. Et ça peu importe la situation, même dans l'urgence les parents ont leur place auprès de l'enfant et Thomas l'évoque bien dans son entretien « ...*quand je suis en SUV par exemple et que j'ai le parent qui qui s'écarte quoi qu'il arrive quel que soit le euh que vous avez le droit d'être là en fait c'est votre place première il faut me demander vous pouvez me poser des questions si je peux pas y répondre maintenant je je prends le temps d'y répondre après...* » (l.84-88) encore une fois Thomas appuie sur l'importance de la présence des parents auprès de leur enfant, mais aussi sur l'importance qu'ils aient bien compris tout ce qui se passe autour de leur enfant. Il insiste sur le fait que s'il y a des questions, les parents doivent bien les poser et un temps sera pris pour bien leur expliquer et y répondre. Tout ce que Thomas évoque dans l'entretien sur l'importance de la présence et de l'implication des parents auprès de leur enfant est un moyen pour lui de renforcer cette alliance thérapeutique et par la même occasion la relation de confiance. Voir un soignant impliqué auprès de l'enfant mais aussi auprès des parents permet de renforcer cette confiance des parents envers le soignant et d'obtenir la meilleure prise en charge possible. Il finit l'entretien une nouvelle fois sur ce point, ce qui accentue ses valeurs sur ce sujet en disant « ... *leur place est vraiment auprès de leur enfant parce que y a rien de pire que d'un parent qui est éloigné de son enfant...* » (l.105). Il finit sur une phrase primordiale en pédiatrie « ...*c'est une entité hien un enfant n'est pas là sans ses parents...* » (l.109) une nouvelle fois on voit bien que pour Thomas quand il prend en charge un enfant il ne prend pas uniquement lui mais aussi ses parents.

Autres thèmes :

Tout au long de l'entretien, Thomas évoque la posture et le comportement qu'un soignant en pédiatrie doit avoir selon lui « ... *j'essaie d'être doux d'être d'avoir des gestuelles réconfortantes d'être aussi dans la manière d'être d'avoir une attitude rassurante en étant sûr de ce que je fais c'est important de ils ont besoin de, les gens ont besoin d'une figure qui qui soit nette précise et bien bien carrée pour se rassurer du coup on essaie de donner cette cette assurance là... » (l.28-32)* il développe une personnalité douce et rassurante qui va probablement permettre à l'enfant de s'adoucir et d'avoir moins peur de cet inconnu en blanc face à lui. Il développe aussi une personnalité sûre de lui qui va probablement permettre d'installer une confiance avec les parents. Il est vrai que si les parents sont faces à un soignant hésitant qui peut parfois faire ressentir un certain stress, les parents ne vont pas être rassurés et sereins de laisser leur enfant à ce soignant alors qu'à l'inverse si les parents voient que le soignant est sûr de lui qu'ils voient que ce soignant sait ce qu'il fait alors les parents seront probablement plus rassurés et apaisés.

Thomas évoque aussi le rôle d'un soignant en pédiatrie il dit « ... *tu les amènes vers quelque chose en fait tu es porteur d'un soin... » (l.46-47)* Thomas évoque l'idée qu'en tant que soignant nous n'exécutons pas seulement les gestes techniques mais qu'on accompagne aussi les parents et l'enfant, c'est un peu un cheminement de l'hospitalisation. Dans ses propos, il y a probablement une dimension relationnelle forte. Le soin n'est pas imposé mais il est partagé et construit avec la famille et l'enfant. Être porteur d'un soin impose une responsabilité humaine et pas uniquement technique lors des soins, cela demande de la bienveillance.

Thomas va aussi évoquer le contexte actuel avec de nombreux passages aux urgences qui impacte la qualité des soins « ... *c'est vrai qu'en ce moment c'est un peu compliqué à mettre en route, en route par moment parce que on a beaucoup de beaucoup de passages et que on doit aller très très vite du coup on en perd un peu notre notre on fait pas notre métier un peu premier aussi d'accompagner c'est un peu dommage mais on fait des choses un peu plus rapidement ça je le déplore un peu... » (l.67-71)* un fait partagé pour plusieurs services du centre hospitalier, on voit bien que c'est quelque chose qui impacte la qualité des soins et des prises en charge mais aussi des valeurs des soignants qui par conséquent ne peuvent pas forcément appliquer leur valeurs aux soins par manque de temps.

Enfin, Thomas évoque le comportement qu'un soignant peut adopter en situation d'urgence « ... on a tendance aussi à un peu prendre le lyde parce que quelque part on est un peu stressé et on a tendance aussi à un peu s'écarter des gens pour être pour se rassurer soi-même en tant que soignant de ce qu'on va faire mais on oublie que à côté il y a les parents qui souffrent aussi... » (l.99-102) un comportement probablement pour se protéger aussi. Certains soignants aiment avoir le contrôle de la situation et lorsque l'urgence est présente certains aiment être dans leur bulle pour ne rien oublier et se concentrer sur les actes à réaliser, au détriment des parents qui sont par conséquent mis de côté comme l'explique Thomas, d'où l'avantage d'être plusieurs soignants en situation d'urgence avec chacun un rôle attribué.

5.1.5 4^{ème} entretien : Louise

Louise est infirmière depuis 2018. A la suite de l'obtention de son diplôme infirmier, Louise a directement prit un poste aux urgences de la main et aux soins externes.

Cet entretien a été réalisé dans un café car je connaissais Louise que j'ai rencontré lors d'un stage. L'entretien a duré 7 minutes et 44 secondes.

Cet entretien a été le plus court de tous ceux que j'ai réalisé. La raison est que Louise est une infirmière et non une puéricultrice, elle est menée a rencontré en majeure partie des adultes et non des enfants. Louise est donc moins spécialisée dans ce domaine. J'ai décidé de réaliser un entretien avec elle car ayant était en stage dans son service, j'ai pu voir qu'il y avait quand même des patients qui étaient des enfants et je trouvais ça intéressant de pouvoir comparer une infirmière non spécialisée en puériculture et une infirmière puéricultrice. J'ai pu constater que malgré le manque de spécialisation, Louise avait tout de même des notions sur les thèmes que j'aborde dans ce travail.

1^{er} thème : l'enfant hospitalisé :

Dans un premier temps, je pose ma question inaugurale qui est très large sur une situation de soin avec un enfant, ce qui va me permettre de voir les thèmes que Louise m'évoque spontanément. Louise va donc me parler d'une situation avec une jeune fille qui faisait ses pansements avec une infirmière libérale mais avec qui les soins se passaient mal. La maman a donc pensé que de faire les pansements à la clinique dans un milieu hospitalier arrangerait les

choses (l.15 à 16). On entend par là qu'un enfant peut changer de comportement suivant où il se trouve. Le fait de faire les pansements à la clinique, dans un environnement inconnu à la jeune fille avec des adultes qu'elle ne connaît pourrait influencer sur ces réactions et son attitude. La maman a expliqué qu'à la maison, un milieu familial et dans lequel elle a confiance les soins se passaient mal dû à son comportement. Ce qui montre qu'un enfant va être différent et réagit différemment suivant où il se trouve et avec qui il se trouve. A la ligne 17 Louise va évoquer le comportement violent de cette jeune fille « ...cette petite elle nous frappait... » probablement parce que cette petite fille avait peur à la ligne 44 Louise dit « ...j'ai compris que c'était une maman dépassée... » on peut donc aussi supposer que la maman étant dépassée n'a peut-être pas pris le temps d'expliquer à sa fille les raisons pour laquelle il était important de faire ces pansements. La petite fille ne comprenait donc probablement pas pourquoi on lui faisait ces pansements et comme vu dans mon travail chaque enfant est différent et ne réagit pas de la même manière quand il a peur, la violence était donc peut-être sa façon à elle d'exprimer cette incompréhension. Dans un second temps, j'ai posé mes questions de relances à Louise. Ma deuxième question de relance était « pour vous quel est un soin qui s'est moins bien déroulé ? » Louise dit à la ligne 66 « ... il y a des enfants qui c'est difficile pour eux. » encore une fois Louise relève le fait que pour un enfant se retrouver dans un milieu hospitalier, inconnu à leur œil et dans un moment où il souffre ce n'est pas toujours facile pour eux de rester serein.

2^{ème} thème : la distraction :

Dans ma question inaugurale où Louise m'explique une situation de soin avec cette jeune fille qui présente des comportements agressifs, elle va me parler de la distraction aux lignes 31 à 33 « ... une qui parlait avec elle on essayait de savoir ce qu'elle aimait ... si elle avait des frères et sœurs... » on voit bien que Louise et son binôme essaye de mettre en place la distraction avec cet enfant pour deux raisons : la première étant d'installer une relation de confiance avec celle-ci et la deuxième raison étant de captiver son attention sur autre chose que le pansement que sa collègue réalise. Louise relève que cela n'a pas fonctionné avec cette jeune fille, elle n'était pas réceptive à cette distraction. Nous avons vu dans ce travail qu'il existait différents types de distraction, La communication fait en effet partie de celle-ci, mais nous ne savons pas si Louise et sa collègue ont essayé d'autre type. Peut-être que cette jeune fille aurait été réceptive à un autre type de distraction comme un dessin animé qu'elle affectionne ou encore une musique. A l'inverse, la petite fille que Louise nous évoque dans la première question de relance, on peut

voir qu'elle est réceptive à la communication qui est aidé aussi par l'utilisation du MEOPA. « *en parlant bien avec elle en lui proposant le MEOPA elle était fan d'Harry Potter donc on a on lui a dit qu'elle allait peut-être voir les chouettes, Harry Potter tout ça et du coup elle a été à fond dedans et ça, c'est hyper bien passé elle n'a pas bougé et à la fin elle était trop elle a rigolé parce que oui en effet elle a vu des trucs d'Harry Potter les plantes-là qui rigolent et qui crient tout le temps donc ça non c'était chouette...* » (l.53-57). On voit bien que la petite fille concentre toute son attention sur Harry Potter avec l'aide du MEOPA mais aussi de Louise qui discute avec elle de ce sujet. La jeune fille ne fait donc plus du tout attention au soin qui se déroule en même temps, ce qui permet de rester dans une atmosphère calme et agréable autant pour l'enfant que pour les soignants. On peut donc voir que la distraction est un vrai outils thérapeutique efficace lors d'une prise en charge avec un enfant. Dans ma dernière question de relance sur le thème de la distraction Louise va aborder les différents types de distractions suivant l'âge de l'enfant « *alors tout petit tout petit ce qui marche bien bah c'est les gants on fait des petits bonhommes sur les gants on gonfle les gants avec des petits bonhommes on propose tout ce qui est tout ce qu'on a les paquets de compresses qui font un peu de bruits tout ça...* », « *... plus grands bah souvent il y a les doudous qui aident bien donc on montre sur le doudou euh c'est pas bien et c'est bien en même temps mais le téléphone ça marche bien il y a des dessins animés...* », « *... voir si les personnages que ma fille aime c'est les mêmes pour pouvoir en discuter avec eux...* », « *... un peu plus grands bien expliquer montrer sur soi et le MEOPA ça marche généralement bien...* » (l.71-79). Louise évoque bien le fait de changer de distraction suivant l'âge de l'enfant, elle dit bien qu'on n'utilise pas la même chose avec un tout petit et un plus grand. Il faut aussi adapter suivant le niveau de compréhension de l'enfant. On comprend aussi que cela demande une grande implication de la part du soignant.

3^{ème} thème : l'alliance thérapeutique :

Louise va m'aborder le thème de l'alliance thérapeutique uniquement à partir de ma question de relance sur ce thème. Louise dit « *alors souvent moi j'explique d'abord à l'enfant je parle vraiment dans un premier temps à l'enfant...* » (l.83-84), on peut voir que Louise priorise l'enfant avant tout, elle commence par s'adresser uniquement à lui ce qui va permettre à l'enfant de se sentir bien concerné par tout ce qu'elle lui dit et ce qui va permettre à Louise d'adapter son vocabulaire à la compréhension de celui-ci, mais comme elle dit peu après « *je pense que quand on parle vraiment aux enfants ça met en confiance les parents parce qu'ils ils voient vraiment qu'on prend en compte leurs enfants qu'on se soucie d'eux et que qu'on essaie de créer*

*vraiment un lien avec eux généralement ça les met en confiance » (l.86-89), on voit qu'en réalité lorsqu'elle parle directement à l'enfant elle s'adresse en quelque sorte aussi aux parents présents mais ce qu'elle fait surtout c'est créer la relation de confiance et donc l'alliance thérapeutique à la fois avec l'enfant mais aussi avec les parents. Les parents ont une place complexe puisque ça leur demande gérer leurs émotions pour ne pas impacter leur enfant qui comprend et absorbe tout ce que ses parents peuvent ressentir comme l'angoisse et la peur. Louise va dans un second temps s'adresser aux parents elle dit « *après j'explique aux parents je leur laisse le choix aussi parce que souvent ils arrivent à 2 ou seul s'ils veulent rester par rester parce que y a souvent pour des parents ce n'est pas toujours évident de rester avec leurs enfants les voir être suturés* » (l.89-91), Louise prend donc le temps de tout reprendre avec les parents. Elle renforce cette alliance thérapeutique en leur laissant le choix, ce qui va permettre aux parents à leur tour d'être considérés dans cette prise en charge de leur enfant. Tout au long de son discours, Louise appuie cette notion de relation de confiance et d'alliance thérapeutique par les différents moyens : la communication, la considération... Louise laisse une place importante à la fois aux parents et à l'enfant chacun a une place primordiale dans cette triade. Le soignant ne prend pas une place de gérant dans cette triade et laisse le parents et l'enfant décidé de ce qu'ils préfèrent « *...les enfants on les allongent moi je propose aux parents de s'asseoir avec eux même s'allonger que les petits posent la tête sur les genoux de leurs parents...* » (l.92-94) et « *... souvent je demande vraiment aux parents s'ils ont bien compris s'ils ont besoin de plus d'explications et je prends vraiment ce temps pour leur montrer que je suis disponible et à leur écoute...* » (l.94-96).*

Autres thèmes :

Louise a aussi évoqué le travail en binôme dans cet entretien « *on travaille beaucoup en binôme, chose qu'on essayait de faire à chaque fois qu'on recevait un enfant d'ailleurs...* » (l.30-31) elle dit bien qu'ils essayent toujours d'être à deux lorsqu'il s'agit d'un enfant. On entend par là qu'un adulte peut être pris en charge par un seul soignant car si on lui demande de ne pas bouger généralement ils ne bougent pas et comprennent. Or avec un enfant, il est préférable d'être à deux car un enfant n'a pas la même capacité de compréhension. Travailler à deux est donc avantageux avec des enfants car comme elle le dit à la ligne 31 ça permet qu'un soignant distrait l'enfant et que l'autre soignant réalise le soin. Le binôme est donc un réel atout lors de ce type de prise en charge.

Louise évoque aussi les limites d'une prise en charge d'un enfant violent « *moi à l'époque j'étais enceinte et en fait quand elle a commencé vraiment à nous taper à nous mettre des sacrés coups Ben moi je me rappelle que je me suis dit non là maintenant stop on arrête parce que je ne voulais pas prendre ce risque et en plus on est dans un service plus pour les adultes et comment dire le temps est très limité dû aux nombreux patient que l'on reçoit tous les jours, donc on avait refait passer avec l'infirmière libérale parce que moi je voulais pas finir par me prendre un coup de pied dans le ventre parce qu'elle mettait des sacrés coups* » (l36-40) ici on voit qu'entre en jeu la sécurité à la fois de l'enfant, de la mère, mais aussi de la soignante et que certaines prise en charges ne sont pas toujours des réussites. Louise évoque aussi le manque de temps dans un service où il y a énormément de passage. On peut voir que la prise en charge va être impacter par le manque de temps dû à une surcharge de travail qui font partis des limites d'une bonne prise en charge.

Louise étant infirmière aux urgences de la main qui n'est pas un service de pédiatrie, elle présente des limites aussi sur le matériel disponible pour les enfants. En pédiatrie, on retrouve souvent des jeux, des doudous ou encore des salles de soins avec des dessins sur les murs ou encore le plafond qui permet de captiver l'attention des enfants ce qui n'est pas le cas dans le service des urgences de la main « *on fait un peu avec les moyens du bord parce que notre service est loin d'être adapté pour les enfants* » (l.71).

5.2 Analyse croisée

5.2.1 L'enfant hospitalisé

Julie et Carla vont pendant leur entretien parler de la prise en charge d'un enfant. Julie va expliquer que différents acteurs de santé vont être menés à rencontrer l'enfant jeux « ... elle est revenue de l'écho on lui a fait les antibiotiques... » (E1. l.25), « ... après les chirurgiens sont venus la voir et il fallait qu'elle passe au bloc en urgence... » (E1.l.26-27), « ... tout s'est assez bien dégoupillé les chirurgiens sont venus dans la foulée elle a été prise au bloc dans la foulée... » (E1.l.31-32). Carla va évoquer les différents secteurs où un enfant peut être hospitalisé « on est un service qui est en 3 secteurs donc on a un secteur hôpital de jour on va être plutôt sur des soins beh d'hôpitaux de jour hein donc que ce soit des patients chroniques on a des patients qu'on à toutes les semaines certains tous les 3 semaines 4 semaines ça dépend de leur rythme que ce soit des transfusions que ce soit des traitements euh on a tout ce qui est soins externes donc bilan sang pansements voilà on pique beaucoup sur les chambres implantables notamment et on a un secteur chirurgie où en fait on accompagne le chir sur la journée où on installe les patients on enlève le plâtre si on nous le demande on enlève le plâtre on enlève la résine et on fait tout ce qui est conseil pour la suite on fait des conseils de bloc quand il y a un bloc de prévu voilà... » (E2.l.27-35). On peut voir que Carla et Julie portent une importance sur les acteurs et les services qu'un enfant est mené à voir. En effet, en pédiatrie un enfant n'est jamais placé « au hasard » son hospitalisation est toujours dans un service adapté, avec des professionnels de santé adaptés et spécialisés à son problème. Comme détaillé dans mon cadre de référence, nous pouvons voir que c'est bien la réalité du terrain.

Les 4 soignants se rejoignent sur l'idée qu'en pédiatrie, on est face à un public spécifique qui est l'enfant, ce qui demande une grande implication de la part des soignants. Chacun évoque la nécessité d'adapter son vocabulaire, son attitude face à un enfant, Carla dit « toujours en réfléchissant beaucoup à notre vocabulaire encore une fois on est en pédiatrie donc le « je vais piquer » on évite voilà on évite les termes qui font peur on enrobe un peu tout » (E2. l.57-58). Thomas évoque aussi cette idée en ajoutant qu'il est primordial de valoriser un enfant tout au long du soin mais surtout qu'il comprenne ce qui se passe il dit « ...par de la discussion à reformuler re valoriser re verbaliser faire en sorte qu'ils ont compris... » (E3. l.83). Louise va aussi parler dans son entretien de la nécessité qu'un enfant comprenne ce qui se passe « alors souvent moi j'explique d'abord à l'enfant je parle vraiment dans un premier temps à l'enfant... »

(E4. l.83-84). Tout comme Julie qui exprime dans son entretien qu'un enfant a la capacité de comprendre à son niveau et avec ses mots « ... *elle avait bien compris qu'elle avait un, quelque chose dans le ventre qu'elle avait une maladie dans le ventre qu'il fallait qu'on soigne qu'il fallait opérer...* » (E1. l.68-69). On peut voir que les 4 soignants expriment tous la nécessité d'adapter son vocabulaire à l'enfant, à son niveau de compréhension. Comme le dit Carla, les soignants enrobent tous leurs propos encore une fois c'est une spécificité de la pédiatrie pour créer un petit monde autour de l'enfant, mais surtout dans le but de ne pas l'effrayer. On peut voir que les 4 soignants interrogés en ont tous parlé. On peut supposer que c'est une chose qu'ils font de manière spontanée et à chaque prise en charge. Ils évoquent aussi la nécessité d'expliquer à l'enfant ce qu'il se passe, de pas négliger cela sous prétexte que c'est un enfant. Julie le démontre bien en rapportant les propos de la jeune fille qui explique ce qu'elle a (une péritonite) avec ces mots en disant que c'est quelque chose dans le ventre.

Julie et Thomas vont tous les deux évoquer le concept du consentement. Julie va plus parler du consentement des parents. Elle l'évoque lors d'une situation où une petite fille doit se faire opérer et qu'elle est dans l'obligation de réceptionner le consentement écrit du papa et de la maman. « ... *il y avait que la maman qui était présente le papa était présent à distance au téléphone parce qu'il fallait faire les tu sais les l'autorisation d'opérer tout ça il faut-il faut les les 2 parents donc le père nous a tout envoyé par mail...* » (E1. l.36-38). On voit bien que même si le papa n'était pas présent son consentement reste une obligation avant de pouvoir opérer la jeune fille. Ce qui renvoie à la partie de mon cadre de référence sur l'autorité parentale avec l'article 371 et suivant du Code Civil. Thomas évoque aussi ce concept lors de l'entretien, il dit « ... *l'enfant est a compris ce qu'on allait faire et qu'il est consentent ...* » (E3. l.36). Thomas porte cette attention sur le consentement de l'enfant chose que Julie n'évoque pas au moment où elle parlait aussi du consentement. Probablement parce qu'elle est dans une situation où l'on cherche un consentement écrit pour une opération. Carla et Louise n'ont pas évoqué ce concept pendant leur entretien. On peut supposer qu'elles le cherchent quand même mais que pour l'entretien elles se sont concentrées sur d'autre sujet.

Julie et Louise vont aborder un point que j'ai trouvé important, un enfant peut changer de comportement s'il est en présence de ses parents ou non et de l'endroit où il se trouve. Chacune va expliquer une situation qu'elles ont vécu. Julie va expliquer sa situation, et petit à petit je vais comprendre que lorsque la maman sort et que l'enfant se retrouve seul, il devient coopérant ce qui n'était pas le cas au départ elle dit puis « ... *du coup elle a fait sortir la dame et il s'est*

transformé, il était tout calme, ma collègue elle l'a regardé elle lui a dit « maintenant tu mets l'aérosol » et du coup il bougeait plus avec son masque ... » (E1. l.267-268). On voit bien que l'enfant agité est dans l'opposition en présence de sa mère et devient plus calme, dans la coopération une fois sa maman sortie. Probablement parce qu'il se retrouve face à des inconnus et qu'il est donc moins en confiance. Mais dans la situation de Louise, la jeune fille qui a un comportement violent avec l'infirmière libérale va avoir le même comportement à la clinique avec les infirmières. La maman pensait que de la changer d'environnement la calmerai mais ici ça n'a pas été le cas. On voit donc que c'est propre à chaque enfant encore une fois, on retrouve la singularité de chaque enfant, comme le développe Freud et Piaget sur le développement de l'enfant.

Les 4 soignants vont de façon spontanée me parler des parents quand ils parlent d'une prise en charge. Thomas va même dire que lorsqu'il prend en charge l'enfant, il prend toute son histoire de vie avec, il dit « ... *c'est pas qu'un enfant tout seul en fait il y a toute une histoire de vie derrière il y a la fratrie y a les parents et les grands-parents y a toute une zone et un climat social et culturel et tout ça d'une ethnie et en fonction de tout ça t'es obligé de prendre tout en compte en fait tu peux pas prendre que l'individu lui-même cet individu là il est-il est pair en fait il est multiple...* » (E3. l.117-121). Comme vu dans mon cadre de référence, la charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé donne le droit aux parents d'être auprès de leur enfant de jour comme de nuit. De plus, comme nous le disons dans le cadre de référence, un enfant a comme unique repère à l'hôpital ses parents. On voit que c'est une prise en charge globale de l'enfant, ce qui consiste à ne pas prendre uniquement lui (l'être humain) mais aussi ses parents, son climat social et culturel. Carla va aussi rejoindre cette idée, mais elle va m'évoquer en plus la relation triangulaire, elle dit « *l'enfance c'est vrai qu'on est sur une population particulière hein l'enfant c'est quand même très particulier donc notamment au niveau de la relation de soins un peu triangulaires voilà qui est forcément abordé quand on parle de pédiatrie* » (E2. l.38-41). En effet, comme Thomas le disait aussi, les soignants en pédiatrie prennent aussi en charge les parents qui peuvent être angoissés car leur enfant souffre.

5.2.2 La distraction

La distraction est un outil thérapeutique fréquemment utilisé en pédiatrie.

Pour les 3 infirmières interrogées, il est primordial d'adapter la distraction à l'âge de l'enfant. En effet, il n'est pas possible d'utiliser le même type de distraction chez un enfant de 2 ans que chez un enfant de 13 ans. Julie dit « ... *chez les bébés ça va être plus du sucre doux donc un peu pour les apaiser...* » (E1. l.121), « ... *Après plus grand beh ça va être les dessins animés* » (E1. l.128). Carla va aussi rejoindre cet avis en disant « *on va proposer le MEOPA en général sauf si c'est des enfants très petits en général on va proposer le sucre doux sur des enfants plus petits* » (E2. l.51-52). Louise va évoquer aussi cette idée en disant « *alors tout petit tout petit ce qui marche bien bah c'est les gants on fait des petits bonhommes sur les gants on gonfle les gants avec des petits bonhommes on propose tout ce qui est tout ce qu'on a les paquets de compresses qui font un peu de bruits tout ça...* », « ... *plus grands bah souvent il y a les doudous qui aident bien donc on montre sur le doudou euh c'est pas bien et c'est bien en même temps mais le téléphone ça marche bien il y a des dessins animés...* », « ... *voir si les personnages que ma fille aime c'est les mêmes pour pouvoir en discuter avec eux...* », « ... *un peu plus grands bien expliquer montrer sur soi et le MEOPA ça marche généralement bien...* » (E4. l.71-79). Pour chacune d'entre elles, elles évoquent bien l'importance d'adapter la distraction à l'âge de l'enfant. Un bébé ne va pas avoir les mêmes centres d'intérêts qu'un enfant de 5-6ans. Si les soignants n'adaptent pas la distraction à l'âge de l'enfant alors la distraction risque de ne pas être efficace car elle ne va donc pas captiver l'attention de l'enfant. Nous l'avons vu dans mon cadre de référence avec l'auteur Bourdaud.N qui évoque les deux types de distraction suivant la place que souhaite prendre l'enfant dans celle-ci.

Certains soignants vont souligner que tous les enfants ne sont pas forcément réceptifs à la distraction, Julie dit « ... *un enfant bah à qui on a tout proposé le MEOPA, la musique dessin animé hypnose et que bah bah non il relâche pas...* » (E1. l.87-88). Louise va aussi évoquer une situation où elle ne parvient pas à distraire une jeune fille malgré les multiples tentatives et différents moyens de distractions. Thomas va également rejoindre cette idée, mais il va ajouter qu'il y a aussi certains critères qui influencent la capacité de l'enfant à être distrait « ... *ça dépend de sa capacité à de à être distrait euh de la douleur de l'enfant...* » (E3. l.53). On voit bien que chaque enfant a sa propre capacité à être distrait. Certains vont être rapidement réceptifs tandis que d'autres ne vont pas l'être ou moins rapidement mais comme le dit Thomas

certaines facteurs vont entrer en jeu comme la douleur. En effet, moins un enfant est douloureux plus il arrivera à être distrait car il sera moins concentré sur sa douleur. A l'inverse d'un enfant qui sera très douloureux, il arrivera moins à être distrait car toute son attention sera portée sur sa douleur.

Carla, Thomas et Louise vont évoquer de manière spontanée les objectifs de la distraction. Ils appuient sur l'importance de l'utiliser en pédiatrie car elle permet d'apprendre à connaître l'enfant et de créer une relation de confiance ce qui va engendrer un bon déroulement du soin. Ils se réunissent aussi tous les trois sur l'idée que la distraction a pour objectif de réduire l'anxiété, améliore la coopération de l'enfant et consolide l'alliance thérapeutique. Ce qui rejoint la définition de l'éducatrice spécialisée Boutin vu dans le cadre de référence « *une stratégie psychologique e qui peut être utilisée lors de procédures douloureuses ou anxiogènes dans le but de réduire la détresse et la douleur perçues lors d'une procédure. Elle peut également être utilisée pour d'autres types de douleur comme la douleur aiguë ou la douleur chronique.* ». Julie ne va pas développer énormément sur la distraction. On peut d'ailleurs voir qu'elle en parle uniquement au moment de ma question de relance, peut-être car elle priorise d'autre chose en pédiatrie comme l'alliance thérapeutique qu'elle a à l'inverse beaucoup développer tout au long de cet entretien ?

Julie va évoquer l'importance d'utiliser la distraction, peu importe l'âge de l'enfant même si c'est un adolescent « *on discute quand même je vais pas enfin je vais pas me me taire parce que sous prétexte qu'il a 15 ans qu'il est grand je suis toujours en place et ça reste un enfant ...* » (E1. l.130-132). Les 3 autres soignants ne vont pas évoquer cette idée, probablement parce qu'ils utilisent toujours la distraction. Mais Julie va l'évoquer pendant l'entretien et j'ai trouvé ça très pertinent car certains enfants de 15 ans peuvent paraître grands mais il ne faut pas oublier que ça reste des enfants et qu'ils ont le droit d'être aussi distrait d'un soin qui peut être invasif et pas agréable.

Thomas va aussi aborder une idée que les autres soignants n'ont pas évoquer, sûrement dû à leur service où les urgences sont probablement moins fréquentes. Il va insister sur l'importance d'utiliser la distraction même lors des situations d'urgences « *... il faut le faire dans n'importe quelle situation on peut on peut on peut faire ça en SUV même voilà c'est important comme quand tu fais des gestes un peu difficile...* » (E3. l.72-73). Thomas appuie encore une fois sur l'importance d'utiliser cette distraction peu importe la situation pour apaiser les enfants.

Pour finir sur le thème de la distraction, les 4 soignants ont tous évoquer l'utilisation des alternatives à la distraction comme le MEOPA ou encore l'hypnose. On peut voir que les 'soignants de services différents vont en parler dans leur entretien ce qui montre l'importance, l'efficacité et la récurrence de l'utilisation de ces alternatives.

5.2.3 L'alliance thérapeutique

Le point commun qui m'a le plus marqué dans cette partie, a été que Julie, Carla et Thomas ont tous les trois abordés l'idée que la triade c'est comme une équipe en pédiatrie. Julie dit « ...c'est vraiment un travail en collaboration... » (E1. l.181) on voit bien que d'après Julie ce n'est pas un soin qu'elle fait seule, elle le réalise avec les parents et avec l'enfant. Les parents tiennent une place primordiale, ils sont régulièrement d'une grande aide. Carla le dit bien dans son entretien « ... on s'appuie énormément sur le parent c'est un vrai partenaire de soins en pédiatrie... » (E2. l.158-159). Et comme nous l'avons vu pendant ce travail, aucun soin n'est réalisé sans la présence des parents. Thomas en parle dans son entretien en disant que leur place et auprès de leur enfant et nulle part ailleurs « ... leur place est vraiment auprès de leur enfant parce que y a rien de pire que d'un parent qui est éloigné de son enfant... » (E3. l.105). C'est une équipe ou chacun peut compter sur les autres. Julie en parle dans son entretien, elle explique bien que oui nous aidons les parents, nous leurs prodiguons des conseils mais les parents nous apportent autant que nous. En effet, nous nous appuyons énormément sur eux pour savoir ce qu'aime l'enfant, Julie dit « ... c'est eux qui connaissent le mieux leur enfant... » (E1. l.159) Carla va aussi l'évoquer en disant « ... on leur dit voilà on a besoin d'eux on dit « bah n'hésitez pas es ce qu'il y a des petites habitudes » souvent ce sont les parents hein qui nous disent hein « Ah bah lui il adore ça beh oui il adore bah tiens il adore telle musique » beh on met une playlist les parents connaissent le mieux leurs enfants... » (E2. l.194-197) on voit que chacun de la triade possède un rôle indispensable au bon fonctionnement de cette équipe. C'est un point qu'ils vont tous les 3 parler rapidement dans l'entretien. Probablement parce que cela fait partie de leurs valeurs, et que c'est indispensable en pédiatrie. On peut voir que Louise va me parler de l'alliance thérapeutique uniquement au moment de ma question de relance. On peut supposer que c'est sujet qu'elle maîtrise moins bien car pour rappelle Louise est une infirmière dans un service ou elle a tendance à rencontrer plus d'adultes. Une fois encore on peut voir que l'alliance thérapeutique est un point clé de la pédiatrie.

Carla, Thomas et Louise vont tous les 3 expliquer le déroulement d'une prise en charge d'un enfant où ils commencent par s'adresser à l'enfant, ils expliquent qu'ils prennent le temps de se présenter à l'enfant, de lui expliquer la raison pour laquelle il est ici et la suite de son hospitalisation. Louise dit « *alors souvent moi j'explique d'abord à l'enfant je parle vraiment dans un premier temps à l'enfant...* » (E4. l.83-84) Elle va aussi expliquer qu'elle-même maman elle trouve ça rassurant qu'on parle à son enfant, qu'on le considère, elle dit que c'est rassurant de voir un soignant prendre en charge son enfant douloureux. Thomas va expliquer que c'est aussi une manière d'installer une relation avec les parents pour que la suite de la prise en charge se passe bien « *... c'est d'abord se présenter enfin de faire de enfin de bien accueillir l'enfant et le les parents pour qu'ils se sentent en confiance pour qu'on puisse travailler ensemble parce que sinon ça ne marche pas forcément...* » (E3. l.23-25). Cette première approche permet d'installer une relation de confiance, ce qui va par la suite permettre une bonne coopération de chacun des acteurs de la triade, un point qu'aborde Julie, Carla et Thomas. Dans mon cadre de référence, l'auteur Mazvet.C explique bien que l'alliance thérapeutique se construit au fur et à mesure « *c'est un phénomène très spécifique, qui naît de l'adéquation des interventions du thérapeute aux caractéristiques du patient.* ». Au moment de ma question de relance sur un soin qui s'est bien déroulé, les trois vont me répondre que c'est lorsque les parents ainsi que l'enfant ont coopéré. Carla a répondu à cette question ceci : « *... qui a été fait avec la coopération de l'enfant la coopération des parents...* » (E2. l.109). En effet, si chacun comprend ce qu'il se passe et que chacun est rassuré alors tout le monde va coopérer et occuper le rôle qu'il a, ce qui va permettre un bon déroulement du soin.

Les 4 soignants interrogés vont aussi évoquer différentes situations qu'ils ont pu rencontrer, avec parfois des parents qui ont été très aidant et parfois des parents très stressés et par conséquent anxiogène pour l'enfant ce qui complique le déroulement du soin. On peut voir que dans les différentes situations que chaque soignant nous explique il y a parfois deux cas de figures Carla explique « *... quand on va piquer ou quoi et qu'ils font le « aïe » enfin l'enfant va pleurer alors qu'autant il n'allait pas pleurer...* » (E2. l.211-212) et « *... le papa était euh euh très accompagnant très aidant pour nous très aidant pour l'enfant mais très encadrant aussi* (E2. l.203-204). Elle nous présente ici deux situations complètement différentes qui nous permettent de revenir sur le point que nous venons juste de voir : la coopération participe à un bon soin. Quand je demande à Thomas quel est pour lui un soin qui ne se passe pas bien il me répond : « *... tu as fait tout ce qu'il fallait pour que la communication passe et qu'au final ça ne*

... passe pas, quand t'es obligé de forcer les choses quand tu quand tu fais un soin mais tu sens que les parents ne sont pas présents et qu'ils n'aident pas leurs enfants... » (E3. l.42-44) dans la situation de Thomas on voit que cela rejoint Carla sur l'importance de la participation et de la coopération des parents. Des propos que Julie va aussi me dire pendant son entretien « *... , un soin qui se passe mal ce sont les parents bah qui ne comprennent pas qui ne comprennent pas ce qui se passe qui ne comprennent pas la suite qu'est-ce qu'on fait pourquoi on fait ça donc faut reprendre les choses ou revoir avec le médecin après des fois on a des internes ils sont débutants donc ils n'expliquent pas forcément bien aux parents ou ils s'expriment mal donc il faut reprendre les choses à avec eux... » (E1. l.89-93)*. On peut voir que ce soit Julie, Carla ou Thomas, ils expriment la même idée, probablement car ils ont été dans de telles situations à plusieurs reprises étant en pédiatrie. Ils ont croisé le chemin de nombreux parents avec différents caractères. Le pédiatre Grandsenne.P cite dans son livre « *Si les enfants n'ont jamais été en aussi bonne santé, leurs parents n'ont jamais été soumis à une aussi grande angoisse qu'aujourd'hui ou à la moindre imperfection leur apparaît comme intolérable* ». Ce qui explique les différentes réactions des situations vécues par les soignants.

On peut voir que les soignants se rejoignent quasiment à chaque fois concernant l'alliance thérapeutique, ce qui m'a très peu étonné car il est vrai que l'alliance thérapeutique est une base d'une prise en charge en pédiatrie. S'ils ne m'en avaient pas parlé autant alors oui à ce moment j'aurais été surprise. J'ai pu remarquer que Louise avait beaucoup moins détaillé ce point ce qui ne m'a pas surpris aussi, Louise travaillant plus régulièrement avec des adultes le concept d'alliance thérapeutique peut être plus flou pour elle et donc moins parlant.

5.2.4 Autres thèmes

J'ai pu constater lors de mes entretiens que Julie, Thomas et Louise m'ont tous parlé du manque de temps, accompagné d'une surcharge de travail, impacter la qualité des soins qu'ils délivraient. Ces trois soignants travaillent tous dans un service d'urgence, à l'inverse de Carla qui elle ne m'évoque pas cette idée car elle travaille en consultation pédiatrique c'est-à-dire avec des rendez-vous. Elle n'a donc pas ce même problème qu'aux urgences où le nombre de patients venus n'est pas prévu à l'avance. C'est un sujet que je n'ai pas évoquer dans mon travail mais qui est très important dans la réalité du terrain. En effet, dans le service des urgences la qualité des soins va être impacter par une surcharge de travail et un manque de temps considérable pour chaque prise en charge. Un réel problème que chaque soignant souligne.

Julie, Carla et Louise vont évoquer le travail en binôme avec l'auxiliaire de puériculture. Un sujet qui m'a beaucoup intrigué et lors de mon stage préprofessionnel aux urgences pédiatriques ce travail en binôme m'a beaucoup marqué. En effet, en pédiatrie ce travail en binôme est plus que primordial et il permet une réelle prise en charge de l'enfant. Julie dit « ... *on travaille beaucoup en binôme avec nos AP donc nos AP nous tiennent soit le membre...* » (E1. l.169). Carla évoque aussi cette idée en disant « ... *l'importance du binôme on travaille beaucoup en binôme en pédiatrie donc ici on travaille énormément en binôme avec notre auxiliaire puer on a qu'une dans le service et c'est hyper important...* » (E2. l.74-76). Et enfin Louise « *on travaille beaucoup en binôme, chose qu'on essayait de faire à chaque fois qu'on recevait un enfant d'ailleurs...* » (E4. l.30-31). Un enfant demande beaucoup d'attention, surtout lors d'une hospitalisation où il n'est pas toujours rassuré. Les soignants se mobilisent afin d'installer le meilleur climat et contexte possible pour l'enfant afin qu'il en garde de bon souvenir et qu'il ne soit pas traumatisé de l'hôpital, d'où l'avantage d'être à deux lors d'une prise en charge comme l'expliquent les 3 infirmières, cela permet de consacrer une soignante à la distraction de l'enfant et une autre à la réalisation du soin.

6 Problématique

Ce travail de recherche a pour objectif de répondre à ma question de départ qui est : **Comment la distraction et l'alliance thérapeutique vont impacter le soin en pédiatrie ?** Afin de répondre à cette question, j'ai réalisé des lectures et des recherches afin de former mon cadre de référence. A la suite de ce cadre de référence, j'ai formulé mon enquête exploratoire, en réalisant des entretiens semi-directifs auprès de 2 infirmières puéricultrices, 1 infirmier puériculteur et 1 infirmière. Une fois l'analyse individuelle de chaque entretien puis l'analyse croisée, un point clé a été mis en lumière. Ce point est le travail en binôme de l'auxiliaire puéricultrice et de l'infirmière puéricultrice. Un sujet que je n'ai pas évoqué dans mon cadre de référence car j'avais décidé de me concentrer sur la triade et le rapport direct à l'enfant. J'ai réalisé mes entretiens et je me suis rapidement rendu compte que chaque soignant me parlait de l'importance de ce travail en binôme mais cela ne m'avait pas marqué pendant mon stage dans le service des grands enfants. Au cours de cette troisième année, j'ai effectué mon stage préprofessionnel aux urgences pédiatriques et c'est pendant ce stage que ce travail en binôme m'a interpellé. J'ai donc directement fait le rapprochement avec les propos de chaque soignant. Au fur et à mesure de mon stage, je me suis rendu compte que ce binôme était primordial en pédiatrie et participait au bon fonctionnement du soin. Dans ce mémoire, je parle de la triade qui est composé du soignant, de l'enfant et des parents, et j'aimerais ajouter l'auxiliaire puéricultrice. En effet, elle fait partie de cette équipe que la triade compose.

L'auxiliaire puéricultrice est une grande d'aide pendant un soin invasif, après les différentes situations que j'ai rencontré en stage, j'ai pu voir qu'elle peut se consacrer intégralement à l'enfant et le distraire pendant que l'infirmière réalise le geste invasif et a donc besoin d'une grande concentration.

7 Questions de recherche

Ma question de départ ne faisait pas place à l'importance du travail en binôme de l'auxiliaire puéricultrice et de l'infirmière puéricultrice. L'analyse de mes entretiens m'a permis de mettre en lumière une nouvelle réflexion qui était abordé par chaque soignant de façon spontanée.

A la suite de cette analyse, j'ai réfléchi à une question de recherche et elle est la suivante :

En quoi le binôme auxiliaire puéricultrice et infirmière puéricultrice permet la prise en charge globale de l'enfant ?

Conclusion

Après plusieurs mois à travailler sans relâche sur ce travail de fin d'étude, je m'exerce à rédiger ma conclusion. Après des mois de rédaction, des mois de recherches, d'analyse et de réflexion sur mon sujet me voilà à la conclusion de celui-ci.

Dès ma première année de formation, je savais que je voulais réaliser un mémoire sur le thème de la pédiatrie. J'ai eu la chance en deuxième année de réaliser un stage dans le service des grands enfants où j'ai trouvé ma situation d'appel qui m'a amené à plusieurs questionnements sur la distraction ou encore l'alliance thérapeutique.

Ce travail de recherche me tient à cœur car il est en lien avec mon projet professionnel de me spécialiser auprès des enfants en devenant puéricultrice. C'est donc pour moi une évidence de réaliser ce travail et d'entreprendre les recherches nécessaires pour celui-ci mais aussi pour approfondir et acquérir de nouvelles connaissances sur le développement de l'enfant, les différents moyens de distractions ainsi que l'alliance thérapeutique en pédiatrie. Toutes ces nouvelles connaissances ne sont que bénéfiques dans la suite de mon parcours professionnel et dans ma future posture de soignante.

Au début de ce travail, je pensais posséder déjà beaucoup de connaissance sur le sujet de l'enfant et j'ai été surprise à de nombreuses reprises des découvertes que je faisais et qui m'ont permis de nourrir mon cadre de référence mais aussi mes connaissances. Des découvertes grâce à des recherches internet mais aussi grâce à des auteurs mais surtout grâce aux interactions avec des professionnels de santé qui m'ont partagé leurs expériences professionnelles.

Mes lectures m'ont permis de faire évoluer mes pensées et m'ont poussé à prendre de la hauteur sur l'avis que j'avais déjà. Elles m'ont permis de construire ce travail et de formuler ma question de départ qui est : comment la distraction et l'alliance thérapeutique vont impacter le soin en pédiatrie ?

C'est à partir de cette question que mon travail de recherche a commencée. J'ai donc formulé mon cadre de référence avec les différents thèmes que j'avais décidé d'aborder à savoir : le développement de l'enfant, l'enfant hospitalisé, la distraction et l'alliance thérapeutique. Ce cadre de référence a été nourrit par mes lectures de différents ouvrages, auteurs, philosophes ou professionnels de santé.

Par la suite, j'ai pu réaliser mon guide d'entretien pour la rencontre sur le terrain avec 3 puériculteurs et puéricultrices et 1 infirmière, de différents services. Ces professionnels ont su se rendre disponibles et m'ont accordé de leur temps pour répondre à mes différentes questions et m'ont transmis leurs expériences ainsi que leurs savoirs.

J'ai pu confronter mes entretiens à mon cadre de référence en mettant en évidence les similitudes, les différences entre chaque soignant mais aussi avec les dires des auteurs de mon cadre de référence.

A la fin de cette analyse, une nouvelle problématique est née : En quoi le binôme auxiliaire puéricultrice et infirmière puéricultrice permet une prise en charge globale de l'enfant ? Un sujet que je n'ai pas abordé tout au long de mon travail mais qui lors de mes stages et de mes entretiens, j'ai pu constater qu'il s'agissait d'un sujet inévitable en pédiatrie.

La relation triangulaire en pédiatrie est primordiale lorsqu'on parle de la prise en charge d'un enfant. Elle est certes complexe mais non négligeable, et ce travail m'a permis d'ouvrir les yeux sur le travail en pédiatrie. Alors, oui nous travaillons avec des enfants « ils sont mignons et gentils » c'est la première idée qu'on se fait, mais en réalité la prise en charge d'un enfant est bien plus complexe. Elle consiste à prendre en charge un enfant dans toute sa singularité, prendre aussi en charge ses parents avec toute l'angoisse et les peurs qui les accompagnent. Le but étant de former une équipe soudée et qui coopère afin d'obtenir la meilleure prise en charge possible. Ce travail m'a énormément apporté sur le plan professionnel mais aussi personnel et je compte bien continuer mes lectures sur la pédiatrie.

Je souhaiterais en tant que future infirmière puéricultrice continuer à approfondir mes connaissances sur le développement de l'enfant, sur les différentes façons de le prendre en charge ainsi que ses parents et d'utiliser ces connaissances sur le terrain afin d'accompagner les familles pendant l'hospitalisation de leur enfant dans les meilleures conditions.

Bibliographie & Sitographie

Chrétien. H, Pignon.A, Petit.M, Durand.C. (2024). *La relation de confiance dans les soins à l'épreuve des mutations médicales et sociétales*. pp. 21-29

Delécraz, J. (2018, Février). *La théorie de Piaget : les stades du développement cognitif de l'enfant, est-ce que votre enfant se développe selon son âge ?*

Imbert.G. (2010). *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie*. pp. 23-34.

Leblanc, A. (2009). *Les angoisses des parents pour la santé de leur enfant*. pp. 63-70.

Mazevet.C (2011). *Alliance thérapeutique et approche intégrative*. pp. 35-52

Molénat, F. (2013). *La qualité des liens entre parents et professionnels*. pp. 185-207.

Moreaux, T. (2020). *Prise en charge spécifique : pédiatrie*. pp. 291-30

Siranau.M (2024) Cours magistral

Document internet :

Sparadrap, *Les inquiétudes de l'enfant avant un soin, un examen, Eviter et soulager peur et douleur*, octobre 2022, (consulté le 3 janvier 2025), disponible sur : [Les inquiétudes de l'enfant avant un soin, un examen... | Sparadrap](#)

Cours de psychologie, *Les stades Freudiens*, 2022, (consulté le 12 décembre 2024), disponible sur le site : [Les stades freudiens – Cours de psychologie](#)

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, *Les congés et absences pour enfant malade*, publié le 22/04/2010, mis à jour le 16/04/2025, (consulté le 3 février 2025), disponible sur le site : [Les congés et absences pour enfant malade | Travail-emploi.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)

Centre hospitalier de Pontarlier, *Charte de l'enfant hospitalisé*, (consulté le 22 avril 2025), disponible sur le site : [Charte de l'enfant hospitalisé](#)

Service public, Exercice de l'autorité parentale, 24 mai 2024, (consulté le 3 février 2025), disponible sur le site : [Exercice de l'autorité parentale | Service-Public.fr](#)

Nathalie Bourdaud, Hypnose et distraction réopératoire chez l'enfant, 2018, (consulté le 3 février 2025), disponible sur le lien : [Hypnose et distraction préopératoire chez l'enfant.pdf](#)

Photo page de garde réalisée par l'intelligence artificielle.

Annexes

Annexe 1 : Demande d'entretiens infirmiers.....	I
Annexe 2 : Autorisation d'entretiens infirmiers	II
Annexe 3 : Grille d'entretien	III
Annexe 4 : La charte de l'enfant hospitalisé	IV
Annexe 5 : Entretien n°1 avec Julie	V
Annexe 6 : Entretien n°2 avec Carla :	XI
Annexe 7 : Entretien n°3 avec Thomas :	XVII
Annexe 8 : Entretien n°4 avec Louise :	XX

Annexe 1 : Demande d'entretiens infirmiers



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. Smets *CRibe*.....
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : 99 impasse van gogh
84260 Sauvians

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 0768 4103 48
Mail : *CRibesmets51@gmail.com*

Avignon, le *18/02/2025*....

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)

service(s) : *urgences pédiatriques ; service des grands enfants ; consultations*
externes

auprès de la(des) population(s) : *des infirmières et infirmières puéricultrices*

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

La distraction et l'alliance thérapeutique : impactent sur l'anxiété de l'enfant lors d'un soin.

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

Pouvez-vous me raconter une situation où vous
prenez un enfant en charge ?

Pour vous quel est un soin qui a bien fonctionné ?

Pour vous quel est un soin qui ne s'est pas bien déroulé ?

Comment utilisez-vous la distraction dans vos soins ?

Comment faites-vous pour créer cette alliance
thérapeutique ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Annexe 2 : Autorisation d'entretiens infirmiers

CENTRE HOSPITALIER AVIGNON

Direction Des Soins
Tél. 04 32 75 35 81
secrétariat

Affaire suivie par :
Cadre Supérieur de Santé
chargé de missions à la
direction des soins
04 32 75 34 99

Madame Chloé SMETS
84260 SARRIANS

Avignon, le 19/02/2025

OBJET : TFE
N°Réf. : VB/MP/25

Madame,

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

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

- Madame [REDACTED] cadre de santé des urgences pédiatriques au 04 32 75 37 03
- Madame [REDACTED] cadre de santé pédiatrie grands et consultations pédiatriques au 04 32 75 36 53

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

LE CADRE SUPERIEUR DE SANTE
Chargée de missions à la direction des soins

[REDACTED]

[Signature]

Annexe 3 : Grille d'entretien

Guide d'entretien

Présentation : Je m'appelle Chloé, je suis étudiante infirmière en troisième année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers au GIPES d'Avignon. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, j'ai besoin de réaliser cet entretien.

J'ai donc décidé de réaliser un entretien semi-directif qui va me permettre d'approfondir mes recherches, il est anonyme et sans jugement.

Es ce que vous m'autorisez à enregistrer notre entretien, il sera retranscrit anonymement et ensuite détruit en intégralité.

➔ Pouvez-vous vous présenter ?

- Date de l'entretien :
- Nom et prénom de l'IDE puéricultrice :
- Date de diplôme :
 - IDE :
 - Puéricultrice :
- Parcours professionnels :

Question inaugurale : Pouvez-vous me raconter une situation de soin avec un enfant ?

Questions de relances

- Pour vous quel est un soin qui a bien fonctionné ?
- Pour vous quel est un soin qui ne s'est pas bien déroulé ?
- Comment utilisez-vous la distraction dans vos soins ?
- Comment faite vous pour l'alliance thérapeutique avec les parents ?

Annexe 4 : La charte de l'enfant hospitalisé



Charte de l'enfant hospitalisé



L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.



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.



On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.



Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.



On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.



Les enfants ne doivent pas être admis dans les services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives, adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.



L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.



L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.



L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.



L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé adoptée par le Parlement Européen le 13 mai 1986.
Circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé de 1999 préconise son application.

Annexe 5 : Entretien n°1 avec Julie

1 **MOI** : Alors du coup est-ce que en un premier temps tu peux te présenter quand t'as été
2 diplômé infirmière quand t'as passé le concours de puéricultrice
3 **JULIE** : du coup je suis infirmière depuis 2020 et puer depuis 2021 j'ai enchaîné les 2 après pour
4 mon parcours du coup bah ça fait 3 ans et demi que je suis puer j'ai fais un an de pédiatrie petit
5 de nuit et ça fait 2 ans et demi que je suis aux urgences j'étais d'abord de nuit et là ça doit faire 6
6 mois que je suis de jours
7 **MOI** : ok du coup je vais commencer par une question assez large où je vais je vais pas te
8 coupée je vais te laisser vraiment parler de tout ce que tu veux aborder euh es ce que tu peux
9 m'expliquer une situation de soins avec un enfant
10 **JULIE** : peu importe laquelle ?
11 **MOI** : oui peu importe
12 **JULIE** : peu importe laquelle mh... Beh je peux t'en dire une récente, après aux urgences on fait
13 assez fréquemment les mêmes soins une situation de soins récente qui était je trouve qui s'est
14 très bien passé c'était bah vendredi dernier une louloute de 8 ans qui venait pour douleur
15 abdominale très intense elle était pâle très douloureuse donc je l'ai prise en charge vers 08h00
16 aux mêmes horaires elle était très douloureuse inexamenable par le médecin on lui a posé une
17 voie veineuse on lui a fait un prélèvement sanguin et on lui a mis des antalgiques en IV euh voilà
18 ça c'est très bien passé malgré la douleur bon a mis le MEOPA tout ça pour la prise de sang ca
19 c'est extrêmement bien passé et ça l'a apaisé sur la douleur parce qu'elle était très douloureuse
20 hormis qu'on a mis le MEOPA pour le soin ça aussi apaiser sa douleur abdominale donc ça lui
21 avait bien plu le MEOPA euh par la suite après quand elle a été soulagé par les antalgiques elle
22 est parti à l'écho et ça s'est révélé être une péritonite perforée donc d'où le fait qu'elle soit très
23 douloureuse mais pour le coup le Nubain enfin l'antalgiques IV que j'avais mis c'était du Nubain
24 et ça lui a fait, ça l'avait transformée ça lui a fait vraiment beaucoup de bien euh qu'est-ce
25 qu'on a fait du coup après elle est revenue de l'écho on lui a fait ses antibiotiques parce que
26 c'était une perito donc antibiotique je lui ai mis d'autres antalgiques et après les chirurgiens
27 sont venus la voir et il fallait qu'elle passe au bloc en urgence donc on a amené à la douche on a
28 essayé avec la maman de de lui faire une petite toilette et voilà en fait ce que, je t'ai raconté
29 cette situation de soin parce qu'elle est récente et que c'est quelque chose qui s'est plutôt bien
30 passé parce que cette louloute malgré le fait qu'elle soit hyper douloureuse et que elle prenait
31 beaucoup sur elle elle était super courageuse ca c'est bien passé parce que tout s'est assez
32 bien dégoupillé les chirurgiens sont venus dans la foulée elle a été prise au bloc dans la foulée à
33 ce moment-là y avait pas trop de monde donc moi j'ai passé beaucoup de temps avec elle j'ai
34 pris le temps d'expliquer aux parents tout ça parce que la mère elle est un peu déboussolée elle
35 vient aux urgences pour une douleur abdo sa fille se retrouve au bloc 2 h plus tard donc ça fait
36 beaucoup de choses en voilà et il y avait que la maman qui était présente le papa était présent à
37 distance au téléphone parce qu'il fallait faire les tu sais les l'autorisation d'opérer tout ça il faut-
38 il faut les les 2 parents donc le père nous a tout envoyé par mail et voilà après elle est
39 descendue en pédiatrie enfin elle a été au bloc la mère est venue dans le service je lui dit d'aller
40 faire un tour de s'aérer tout ça parce qu'il allait en avoir pour un petit moment et après du coup
41 on a eu beaucoup de passages dans l'après-midi et j'ai dû descendre un enfant en pédiatrie en
42 bas et du coup je suis descendu lui faire un petit coucou mais elle dormait mais bichette elle
43 avait des sondes de partout il y avait un drain, un drain abdominal il y avait une sonde urinaire
44 tout ça donc je pense qu'elle en a encore pour un petit moment et là tu vois je suis revenue
45 c'était vendredi j'ai eu le week-end de repos et rien qu'aujourd'hui tu vois je suis arrivé j'ai pensé
46 à elle si je peux je passerai quand j'aurai 5 min voir si ça va mieux je pense qu'elle va rester un
47 moment quand même parce que c'était vendredi donc elle devrait être encore là et tout ce
48 qu'elle avait et vu comment c'était pas très joli sa périto voilà mais j'ai pris des nouvelles parce

49 que du coup je sais pas elle m'a marqué cette petite parce que du coup tu sais-je t'avais dit que
50 j'avais travaillé un an en pédiatrie en bas et les petits c'est chirurgie aussi du coup j'ai envoyé un
51 message à mes copines de nuit je travaillais j'ai dit « t'as des nouvelles de cette petite louloute
52 et tout » et elle m'a dit « écoute elle est pas douloureuse et tout » moi je demandais la douleur
53 quoi elle m'a dit elle est pas douloureuse et hyper courageuse donc tant mieux
54 **MOI** : et du coup pour toi à quel moment tu considères qu'un soin il a bien fonctionné enfin que
55 pour toi tu te dis ok mon soin il s'est bien déroulé
56 **JULIE** : beh quand j'ai eu pris le temps avec le patient bah quand comme ça ça se passe super
57 bien que l'enfant on a réussi à apaiser sa douleur que les soins sont bien passés parce qu'on
58 fait quand même des soins invasifs surtout aux urgences euh que les parents soient rassurés
59 qu'on qu'ils aient tout compris qu'on a bien tout tout expliqué c'est ça qui est, pour moi c'est ça
60 une prise en charge et un soin qui se passe bien après je sais pas si tu veux parler de prise en
61 charge ou juste de soins genre paramètres
62 **MOI** : la prise en charge globale
63 **JULIE** : bah ouais comme ça quand l'enfant est pas, qu'on arrive qu'on a réussi à soulager sa
64 douleur que les soins qu'on lui a prodigués sont passés plutôt correctement sans sans douleur
65 sans traumatisme que les parents ont bien compris ce qui se passait que qui sont qui sont
66 rassurés par la situation ouais et voilà que tout le monde comprenne surtout quand c'est un
67 enfant qui a l'âge de comprendre là elle elle avait bien pour le coup je te reprends cet exemple
68 là mais elle avait bien compris qu'elle avait un, quelque chose dans le ventre qu'elle avait une
69 maladie dans le ventre qu'il fallait qu'on soigne qu'il fallait opérer bon cette louloute elle s'était
70 déjà faite opérer donc elle l'appréhendait pas trop aussi l'opération elle connaissait elle m'a dit
71 « Ah beh on va me mettre le masque, je vais faire dodo et tout » du coup je lui ai dit
72 « exactement on a pareil » elle me dit « oh beh c'était génial la dernière fois » elle s'était faite
73 opérée d'un strabisme elle me dit « oh beh c'était bien la dernière fois du coup ça va être pareil »
74 j'ai dit « oui tu vois ça va être pareil »
75 **MOI** : Oui elle en gardait pas une mauvaise expérience déjà de l'hôpital
76 **JULIE** : Oui et de l'anesthésie du bloc tout ça
77 **MOI** : oui du coup en plus elle connaissait déjà l'opération. Et du coup pareil mais dans l'autre
78 sens pour toi un soin qui se déroule moins bien
79 **JULIE** : bah fff après on fait tout en place pour que ça se passe bien. Un soin qui se déroule
80 moins bien c'est un soin ou on n'a pas le temps des fois je t'avoue qu'il y a beaucoup de
81 beaucoup de passage beaucoup de soins à faire donc on n'a pas forcément le temps de tout
82 bien mettre en place, enfin quand t'es dans des superbes conditions tu prends le temps hein tu
83 mets le MEOPA tu proposes un dessin animé une musique tout ça j'essaie de toujours le mettre
84 en place mais il y a des il y a des moments où c'est tellement le rush ou t'as pas forcément le, je
85 le propose toujours mais j'ai moins de patience à l'appliquer parce que il y a d'autres soins qui
86 m'attendent et que et que j'ai pas forcément ouais c'est je te dirais c'est le manque de temps,
87 un soin qui se passe mal c'est un enfant bah a qui on a tout proposé le MEOPA, la musique
88 dessin animé hypnose et que bah bah non il relâche pas que on est obligé de venir à 5 6 pour le
89 tenir et de faire ses soins, un soin qui se passe mal c'est les parents bah qui comprennent pas
90 qui comprennent pas ce qui se passe qui comprennent pas la suite qu'est ce qu'on fait
91 pourquoi on fait ça donc faut reprendre les choses ou revoir avec le médecin après des fois on a
92 des internes ils sont débutants donc ils expliquent pas forcément bien aux parents ou ils
93 s'expriment mal donc il faut reprendre les choses à avec eux après c'est pas c'est pas
94 forcément que ça se passe mal mais du coup c'est une perte de temps parce qu'il faut vous
95 réexpliquer les choses et ouais je divague un peu là mais je te dirai un soin qui se passe mal
96 c'est ouais quand quand on met tout en place et que bah ça finit par par bah par quelque chose

97 ou t'es obligé de tenir l'enfant et un soin qui se passe mal aussi c'est le parent qui, des fois t'as
 98 les parents qui sont un peu heu tu mets bien l'enfant dans des conditions euh pour que le soin
 99 se passe bien et tout et des fois ce qui fait ce qui se passe mal c'est le parent qui va être un peu
 100 « non mais vous allez pas y arriver, la dernière fois ils ont galéré, ffff aie aie, ouh l'aiguille elle est
 101 grosse ! » beh non enfaite on dit pas des choses comme ça, l'enfant il est bien là je, des fois les
 102 parents sont pas, alors que des fois il y a des parents bon je t'en ai pas parlé dans le côté positif
 103 mais des parents qui sont hyper enveloppants qui au juste rassurent au max leur enfant et qui
 104 arrivent à les dissocier du soin mais des fois ça aide pas, ça met des mauvaises conditions tu
 105 vois près des fois ils disent qu'on ne va pas y arriver et on arrive très bien mais je sais pas ça met
 106 un mauvais mood dès dès le début alors que on est là pour que ça se passe bien et tout
 107 **MOI** : Oui et en plus l'enfant il absorbe tout
 108 **JULIE** : Ouais et c'est ça il absorbe tout, il a absorbé le aïe aïe aïe tu vois dire aïe aïe aïe aïe au
 109 moment où tu sors l'aiguille donc des fois après des fois enfin avec l'expérience tu tu sens un
 110 peu les parents qui qui sont un peu, du coup je leur dis « on regarde pas vous vous occupez pas
 111 regardez votre bébé occupez-vous de votre bébé, vous regardez pas ce qu'on fait » parce que y
 112 en a ils sont trop focalisés sur ce qu'on fait nous et ils en oublient leur enfant et du coup ils sont
 113 trop focalisés ils voient le truc « aie aie aie » non non regarde ton bébé moi je m'occupe de faire
 114 mon travail
 115 **MOI** : Oui ça n'aide vraiment pas et justement tu m'as parlé de musique dessin animé pour toi
 116 quelle place elle a la distraction dans les soins surtout en pédiatrie
 117 **JULIE** : bah elle est primordiale hein franchement que ça soit, après les bébés c'est un peu plus
 118 compliqué sur vraiment les enfants très très jeune euh mais tu vois ici on reçoit les enfants de 0
 119 à 15 ans euh même à 15 ans tu mets en place de la distraction après c'est pas la même mais
 120 euh elle est primordiale chez les bébés, bah je vais te faire un peu tout le topo chez les bébés ça
 121 va être plus du sucre doux donc un peu pour les apaiser, relâcher des endorphines tout ça donc
 122 les bébés c'est franchement on a l'impression que c'est les plus durs mais moi je trouve que
 123 c'est ceux à qui ça se passe le mieux c'est ceux qui pleurent pas du tout parce qu'ils sont
 124 tellement soit on les met au sein soit on leur donne le sucre doux avec la tétine ils sont, ils font
 125 leurs petites vies, ils têtent comme ça, on leur fait la petite prise de sang et ça se passe
 126 extrêmement bien, on les enveloppent, après des fois ça arrive qu'ils pleurent mais après
 127 franchement. Après plus grand beh ça va être les dessins animés, le MEOPA, l'hypnose et les
 128 grands aussi tu le fais bien mais les grands c'est plus « oh j'ai pas peur de la piqûre on m'en a
 129 déjà fait pleins » bon beh très bien écoute mais tu le distrait quand même et tout tu vois en
 130 faisant la prise de sang « ah beh t'es à l'école, en quelle classe ou tu fais quoi t'aimerais faire
 131 quoi » on discute quand même je vais pas enfin je vais pas me me taire parce que sous prétexte
 132 qu'il a 15 ans qu'il est grand je suis toujours en place et ça reste un enfant donc tu mets moins
 133 en place on va pas arriver à 15 on va pas arriver avec des dessins animés et tout mais en faisant
 134 le soin tu vois tu parles d'autre chose
 135 **MOI** : oui c'est moins enfantin mais il reste de la distraction
 136 **JULIE** : Oui c'est ça de la distraction enfin penser à autre chose tu vois donc ouais non la place
 137 elle est elle est primordiale que ce soit du tout petit au plus grand moi j'essaie toujours de parler
 138 d'autre chose
 139 **MOI** : ok et pour l'alliance thérapeutique comment justement t'arrives à l'installer avec les
 140 parents parce que justement comme dit tout à l'heure ce n'est pas toujours facile, les réactions
 141 des parents sont différentes
 142 **JULIE** : Ouais beh après faut, moi je pense que les parents faut bien leur expliquer j'essaie
 143 toujours d'expliquer quand j'arrive dans la chambre pour faire un soin est-ce que le médecin
 144 vous a expliqué « qu'est-ce qu'on va faire ? » « pourquoi on va le faire ? » du coup la plupart du

145 temps ils comprennent on va faire une prise de sang et tout bon souvent les médecins leurs
 146 disent prise de sang, ils parlent pas du cathéter donc des fois ils sont un peu parce que
 147 généralement aux urgences on fait prise de sang et cathéters tant qu'à faire et du coup quand
 148 on laisse « la petite paille » dans la main « mais c'est quoi ce truc » beh on répond « c'est au cas
 149 où les prises de sang reviennent pas bonne qu'il faut mettre des médicaments au moins c'est
 150 déjà fait » et ouais non bien leur expliquer mais dans les conditions ce qu'on va faire comment
 151 ça se passe leur montrer à la limite c'est quoi un cathéter beh c'est ça après combien de temps
 152 euh combien de temps il faut attendre pour les résultats ce qu'on fait en fonction des résultats
 153 après c'est des choses qu'ils ont déjà vu avec le médecin mais quand même nous on remet à
 154 nouveau le contexte donc déjà qu'ils comprennent bien ce qui se passe après leur expliquer un
 155 peu la la position qu'ils peuvent avoir bon des fois ils nous disent « es ce que je peux garder dans
 156 les bras » des fois pour nous c'est difficile de faire la le cathéter dans les bras on leur dit « bah
 157 non on va plutôt l'allonger mais vous pouvez vous mettre dessus lui faire un petit câlin en même
 158 temps qu'est-ce qu'il aime » en fait on se réfère toujours aux parents parce que c'est eux qui
 159 connaissent le mieux leur enfant qu'est-ce qu'il aime ce qu'il a le droit aux écrans parce que des
 160 fois les enfants ont pas le droit aux écrans « es ce qu'il a le droit aux écrans » si oui bah « qu'est-
 161 ce qu'on pourrait lui mettre » c'est comme ça en fait tu te réfères à ce que ce que l'enfant aime
 162 par rapport aux parents ce qu'il pense ce qu'il va pouvoir marcher et voilà c'est après c'est eux
 163 qui nous disent « Ah bah il aime bien tchoupi » beh on va mettre tchoupi du coup on leur dit « Ah
 164 bah » après nous on les guides tu vois des fois ils mettent tchoupi comme ça « alors non on va
 165 pas mettre tchoupi comme ça on va se mettre plutôt comme ça pour que nous aussi on puisse
 166 pouvoir travailler » et tout et voilà on travaille ensemble le sucre doux donc je te disais pour les
 167 bébés et tout parce que tu vas venir en stage ici je crois
 168 **MOI** : Oui c'est ça
 169 **JULIE** : Tu verras on travaille beaucoup en binôme avec nos AP donc nos AP nous tiennent soit
 170 le membre ou on va faire la prise de sang je te parle de prise de sang parce que c'est ce qu'on
 171 fait énormément aux urgences parce que c'est ce qu'on fait énormément après on fait d'autres
 172 choses mais on donne un rôle aussi aux parents pour sucre doux du coup au début on va le
 173 donner nous on montre aux parent comment on fait et tout après on dit « bah Madame ou
 174 Monsieur ça va être ça va être votre job et tout vous le mettez une petite goutte vous vous
 175 concentrez sur lui vous mettez la petite tétine et tout et nous on fait notre petit nettoyage et
 176 tout » au moment on va on va piquer on dit au papa ou à la maman « bon beh allez y comme on
 177 vous a montré et tout » du coup il donne la petite goutte en fait on leur donne un rôle il participe
 178 aux soins et nous on fait notre truc et « oh il pleure un petit peu n'hésitez pas redonnez une
 179 petite goutte nous on cherche la petite veine et tout » et du coup ils sont focalisés sur leur
 180 enfant et sur apaiser le soin et nous on fait notre petite vie à côté du coup vraiment c'est un
 181 travail en collaboration parce que franchement faire les soins sans les parents, ils nous aident
 182 beaucoup pour les sutures, je vais parler d'autres choses que les prises de sang parce qu'on fait
 183 d'autres choses quand même, euh les sutures bah souvent il faut soit tenir la main, euh la tête
 184 de l'enfant ou soit de lui tenir la main si c'est sur la main et du coup le MEOPA c'est le parent qui
 185 va le tenir bon bah le masque au début tu vois le temps qui s'installe moi je le tiens le médecin
 186 s'installe il prépare son matos et en même temps moi j'explique aux parents je dis « vous voyez
 187 moi je le tiens comme ça faut bien lui plaquer vous lui parlez de choses ou vous parlez de
 188 choses qu'il aime tout ça » et après c'est les parents qui tiennent donc donc on travaille
 189 vraiment en collaboration avec eux il suffit que l'enfant bouge un petit peu du coup le masque il
 190 a bougé on dit « ça va Madame faites attention le masque il a un petit peu bougeait » « ahh oui
 191 merci » on remet on fait tout ensemble en fait tu vois
 192 **MOI** : et vraiment le fait de leur donner un rôle et du coup euh ils participent vraiment à la prise

193 en charge je pense que du coup ça permet d'eux les rassurer et de se sentir plus impliqués
 194 **JULIE** : Ouais plus impliqués puis ils savent, quand tu es impliqué tu sais ce qui se passe et tu te
 195 dis bon bah en fait peut-être qu'ils comprennent mieux ce qui se passe en s'impliquant, en
 196 faisant eux ils doivent un petit peu mieux comprendre bah ce qu'on fait à quoi ça sert non les
 197 parents primordiaux vraiment euh quand on n'a pas les parents.
 198 **MOI** : Oui les 3 jouent un rôle primordial, il n'y en a pas enfin ça ne fonctionne jamais sans un
 199 élément de la triade quoi
 200 **JULIE** : après des fois on n'a pas toujours les parents qui sont hyper cool après la plupart du
 201 temps franchement les parents ça se passe hyper bien après des fois on a des parents un peu
 202 plus réticent ou ils ont eu des mauvais des mauvaises expériences du coup qui veulent pas
 203 forcément participer aux soins j'ai pas eu le genre tenir le MEOPA « non je tiens pas MEOPA » j'ai
 204 jamais eu franchement ou donner du sucre non, mais ils sont un peu plus réticents tu vois
 205 quand on y arrive pas ou c'est un peu plus compliqué il souffle « oh mais vous allez pas arrivé
 206 machin vous voyez que ça sert à rien ce que vous faite » on essaie tu vois parce que des fois le
 207 MEOPA il y a des enfants ça marche pas du tout ça les excitent encore plus « Ah Ben voilà vous
 208 nous l'avez énervé il était plutôt calme c'est c'est votre truc bah maintenant il est énervé on va
 209 pas du tout réussir à le calmer vous allez jamais pouvoir faire la suture voilà il va avoir une
 210 cicatrice sur le visage » non bon « on a essayé ça a pas marché tant pis on va essayer autre
 211 chose si ça marche pas bah toute façon votre enfant il ne gardera pas une cicatrice sur le visage
 212 on va s'en occuper » mais après c'est des cas vraiment très rares la plupart du temps ça ça se
 213 passe relativement bien
 214 **MOI** : et du coup en pédiatrie je me demandais justement quand il y a un soin où les parents ils
 215 sont peut-être trop oppressants et trop anxiogène pour l'enfant et même les soignants le fait
 216 que ça soit des enfants vous ne pouvez pas demander aux parents de sortir au moment du soin
 217 ou ça peut arriver ?
 218 **JULIE** : si on me demande aux parents des fois il y a des mamans qui sont, je parle des mamans
 219 qui sont dans tout leurs états qui sont sous hormones et tout qui pleurent et on leur propose
 220 « Madame est-ce que vous voulez sortir ? » enfin on leur dit « ne culpabilisez pas c'est pas du
 221 tout un souci si vous voulez sortir nous on fait le soin » et il y a plein de parents qui se sentent
 222 pas et qui sortent des fois, ou si c'est un parent seul enfin voilà on fait le soin que avec l'AP on
 223 reste avec l'enfant bon des fois c'est les couples bon bah du coup « non non non papa il va sortir
 224 parce que papa il aime pas du tout le sang » donc non non je vais lui dire de sortir et d'eux
 225 même souvent « ah non non moi je sors moi moi ça je peux pas et tout maman va mieux gérer
 226 que moi » d'eux même soit d'eux même ils se ils sortent ou soit nous aussi on leurs proposent
 227 parce que des fois ils culpabilisent un peu « ah non je veux pas le faire je veux pas laisser mon
 228 bébé et tout » on leur dit « non mais vous le laissez pas ne vous inquiétez pas il est avec nous, on
 229 peut comprendre que pour vous ça soit difficile » et en leur parlant et tout des fois elles elles le
 230 sentent elles disent « c'est c'est vrai bon je vais plutôt sortir » voilà ouais des fois d'eux même
 231 ou après on propose je me rappelle d'une situation il y avait un enfant qui était impicable que
 232 toutes mes collègues y sont allées et le père il était à bout au bout d'un moment il y avait les 2
 233 parents le père à un moment il était à bout il en pouvait plus et du coup mes collègues elles
 234 m'ont dit « beh faut que tu essayes toi » du coup j'y vais et du coup je sentais les filles m'avaient
 235 dit « ouais le père sous pression et tout t'as pas intérêt de rater là » « euh je suis pas je suis pas
 236 un Dieu moi à un moment donné je vais peut-être pas y arriver non plus » donc donc j'y vais bon
 237 la mère elle était fatiguée mais et le père je sentais mais tendu il m'a regardé m'a dit « vous avez
 238 essayé vous » « euh oui bonjour euh monsieur es ce que vous voulez pas sortir allez prendre un
 239 petit peu l'air » « ouais bon ok ouais c'est une bonne idée plutôt je vais sortir je prends de l'air et
 240 tout comme ça quand je reviens vous avez réussi » j'étais là « alors peut-être pas » du coup on

241 essaie on l'a gardé dans les bras de maman j'y suis allée avec une AP et on avait réussi et il est
 242 rentré au moment où tu sais il était énervé ça a duré un peu de temps il est rentré au moment où
 243 le sang coulait on avait fait au compte-goutte c'était une boucherie on avait une prise de sang il
 244 me dit, il voit il fait « ah oui vous avez réussi » mais d'eux même tu vois enfin on peut soit
 245 proposer au bout d'un moment quand ça monte aussi parce que les enfants on réussit pas
 246 souvent du premier coup donc au moment où on sent que les parents sont un peu tendu on
 247 peut les faire sortir, des fois on fait des pauses aussi parce que des fois aussi c'est un peu trop
 248 pour les parents, euh voilà je sais plus ta question
 249 **MOI** : Non c'était ça, justement si on pouvait faire sortir les parents
 250 **JULIE** : Oui on peut faire sortir les parents après il y a des moments je sais qu'il y a des collègues
 251 qui essayent des fois de faire sortir quand l'enfant il y est un peu de trop, je n'aime pas utilisé ce
 252 mot mais un peu trop dans le arh je sais pas quel moment utiliser, je veux pas dire caprice mais
 253 des fois y a des enfants qui se lâchent beaucoup avec leurs parents et vu que c'est leurs parents
 254 ils, un aérosol ça fait pas mal les enfants ils se mettent dans tous les états sur l'aérosol je
 255 comprends quand ils sont tout petit, là c'était je me rappelle au déchocage un enfant qui était
 256 en crise d'asthme qui avait besoin de ces aérosols parce qu'il respirait pas du tout bien qui avait
 257 4 ans à 4 ans t'es en mesure de comprendre qu'on met un masque sur le visage qui fait de la
 258 fumée mais qui ne fait pas mal, mais là euh un enfer il a arraché tout, il hurlait « non je veux
 259 pas » on était là mais enfaite il y a pas le choix là il faut-il faut ouvrir les bronches il a arraché
 260 tout et on était là mais enfaite, et du coup ma collègue on était deux puer à ce moment ma
 261 collègue elle lui a dit « bah tu c'est quoi maman elle va sortir maintenant si tu veux pas faire
 262 l'aérosol maman va sortir » et la mère elle était à bout parce qu'elle voyait que son enfant
 263 respirait hyper mal et qu'elle avait besoin de qu'il avait besoin de ces aérosols du coup on a fait
 264 sortir la mère, elle en pouvait parce qu'elle le tenait, il se débattait, petit 15 kilo comme ça mais
 265 euh il se mettait dans tous ces états, il se tordait, il a frappé mais enfaite c'est pas possible, la
 266 sat elle fait que descendre on était là « non mais enfaite t'as pas le choix loulou » du coup elle a
 267 fait sortir la dame et il s'est transformé, il était tout calme, ma collègue elle l'a regardé elle lui a
 268 dit « maintenant tu mets l'aérosol » et du coup il bougeait plus avec son masque, elle lui a dit
 269 « beh tu vois tu fais les aérosols et après quand on aura terminé maman elle pourra rentrer » il
 270 en a eu plusieurs d'aérosols je crois 5 ou 6, du coup on a fait les deux premiers sans maman et
 271 après on lui a dit « maintenant tu restes calme tu as vu que ça ne faisais pas mal tout ça donc
 272 maintenant on va faire rentrer maman et tu vas continuer de faire les aérosols » maman est
 273 rentré il était tout calme mais il s'est mit dans des états et ouais là ma collègue a décidé de faire
 274 sortir la maman et pour le coup on aime pas faire ça mais elle ma regardait elle m'a dit « faut
 275 faire sortir la mère parce que là » et puis des fois t'es au déchocage et c'était un enfant qui en
 276 avait vraiment besoin donc ouais on a fait sortir la mère, on a fait 2-3 aérosols sans la maman, il
 277 a compris que ça ne faisait pas mal que c'était juste de la fumée, sur un soin douloureux je me
 278 vois pas faire sortir les parents parce qu'ils ont besoin quand même d'être surtout quand ils
 279 sont grands comme ça et que c'est pas la décision du parent mais là pour des aérosols c'était
 280 un j'aime pas utiliser ce mot là mais c'était un peu un caprice parce que ça faisait pas du tout
 281 mal et il était asthmatique cet enfant il avait l'habitude mais là il avait décidé et la mère elle lui a
 282 dit « mais tu l'as déjà fait on est venu plein de fois à l'hôpital pour faire ça tu sais que ça fait pas
 283 mal » mais non lui il voulait pas donc bon ok mais du coup voilà ma collègue a décidé de la faire
 284 sortir et c'était plutôt une bonne idée.
 285 **MOI** : ok Ben moi j'ai plus de questions je ne sais pas si tu veux rajouter quelque chose ou pas
 286 **JULIE** : non pas plus
 287 **MOI** : mais merci beaucoup d'avoir répondu à tout j'ai hâte
 288 **JULIE** : beh de rien je t'en prie

Annexe 6 : Entretien n°2 avec Carla :

1 **MOI** : Voilà alors du coup en premier es ce que vous pouvez vous présenter avec comment vous
2 avez été diplômé puer

3 **CARLA** : Du coup je suis diplômée infirmière depuis 2013 heu j'ai travaillé plusieurs années au
4 SSR en gériatrie au SSR fontaine sur l'hôpital et j'ai euh l'opportunité de partir sur un poste au
5 bout de 5 ans sur la suppléance pédiatrique donc top parce que en fait c'est suppléance c'est
6 tous les services donc en fait j'ai tourné sur tous les services pendant un certain temps je pense
7 quasiment 2 ans ou je passais vraiment d'un service à l'autre alors c'est dur au départ surtout
8 quand on vient de la gériatrie faut un temps d'adaptation parce qu'il faut être formé partout parce
9 qu'en fait on peut se retrouver un jour en néonate le lendemain à la mater ou on a besoin voilà mais
10 c'était hyper formateur du coup j'ai vraiment développé une préférence pour les urgences
11 pédiatriques donc j'ai été en poste quasiment un an et demi et j'ai euh l'opportunité parce que
12 c'était un souhait de l'hôpital de former les infirmières à l'aspect de puer parce que c'est quand
13 même bien de l'avoir quand on bosse en pédiatrie même si on s'en sort sans je m'en suis toujours
14 sorti sans et c'était un plus donc j'ai eu mes concours Marseille et Nîmes les 2 et j'ai eu un an de
15 report parce que l'hôpital ne pouvait pas nous envoyer tous en même temps j'ai fait mon école à
16 Nîmes donc là je suis diplômée puer de Nîmes depuis un an et presque un an et demi, un an et
17 quelques mois voilà et depuis mon retour du coup depuis je suis aux consultations pédiatriques
18 voilà ça ce n'était pas un choix de base parce que c'est un souhait l'hôpital de nous mettre dans
19 un service qu'on a enfin dans lequel on n'était pas avant voilà qui et puis au final je je me sens
20 super bien j'adore les horaires me plaisent le service me plaît les soins me plaisent donc donc
21 voilà depuis je suis là donc du coup bah voilà je suis infirmière depuis 11 ans quasiment ouais

22 **MOI** : D'accord ensuite j'ai une question c'est une question très large ou vraiment je vous coupe
23 pas je vous laisse aborder des points que vous voulez c'est si vous pouvez me raconter une
24 situation de soins avec un enfant peu importe ça c'est bien passé mal passé comme vous
25 préférez

26 **CARLA** : Ok beh alors c'est vrai que des situations on n'en manque pas pour détailler un petit
27 peu nous en termes de soins ici on est un service qui est en 3 secteurs donc on a un secteur
28 hôpital de jour on va être plutôt sur des soins beh d'hôpitaux de jour hein donc que ce soit des
29 patients chroniques on a des patients qu'on a toutes les semaines certains tous les 3 semaines
30 4 semaines ça dépend de leur rythme que ce soit des transfusions que ce soit des traitements
31 euh on a tout ce qui est soins externes donc bilan sang pansements voilà on pique beaucoup sur
32 les chambres implantables notamment et on a un secteur chirurgie où en fait on accompagne le
33 chir sur la journée où on installe les patients on enlève le plâtre si on nous le demande on enlève
34 le plâtre on enlève la résine et on fait tout ce qui est conseil pour la suite on fait des conseils de
35 bloc quand il y a un bloc de prévu voilà donc on fait énormément de soins euh après hein de définir
36 un soin en particulier euh bah c'est vrai qu'après c'est on essaye souvent les soins se déroulent
37 souvent à peu près de la même manière mais bien sûr ça dépend de l'enfant et du parent présent
38 on va toujours se présenter on va essayer de communiquer avec l'enfant c'est vrai qu'on est sur
39 une population particulière hein l'enfant c'est quand même très particulier donc notamment au
40 niveau de la relation de soins un peu triangulaires voilà qui est forcément abordé quand on parle
41 de pédiatrie parce que on a les parents euh exceptionnellement quand c'est pas les parents ça
42 arrive des fois hein qu'on est la grand-mère la tante voilà par parfois ou parce que les parents
43 étaient pas disponibles ou parce que beh ils sentent que c'est trop difficile pour lui y a des parents
44 qui c'est trop difficile et qui préfèrent déléguer ou ça arrive exceptionnellement mais ça arrive
45 quand même régulièrement chez nous que ce soit un enfant qui est placée donc des fois y a
46 quand même un des 2 parents en plus de l'éducateurs ou de la famille d'accueil des fois y a que

47 la famille d'accueil voilà bon ça nous arrive de faire des boulettes hein on sait pas hien donc
48 quand on arrive oh c'est maman et beh non je suis pas la maman je suis la famille d'accueil voilà
49 donc on va commencer un petit peu comme ça le soin et puis après ça va aussi dépendre de
50 l'enfant hein si par exemple on part sur un soin on peut partir sur par exemple une prise de sang
51 ou sur un bilan sang sur PAC euh on va proposer le MEOPA en général sauf si c'est des enfants
52 très petits en général on va proposer le sucre doux sur des enfants plus petits sinon le MEOPA
53 c'est quelque chose qu'on propose et qu'on utilise énormément euh déjà beh on voit très souvent
54 c'est accepter hein donc même par les parents on explique c'est accepté ça nous aide
55 énormément dans le soin nous et ça aide aussi l'enfant en fait toute façon c'est en lien si l'enfant
56 est détendu et rassuré ça nous aide ça aide le parents ça détend le soin voilà et on explique
57 toujours en réfléchissant beaucoup à notre vocabulaire encore une fois on est en pédiatrie donc
58 le « je vais piquer » on évite voilà on évite les termes qui font peur on enrobe un peu tout tout en
59 expliquant enrobe peu tout voilà après on espère hien on prend le soin parfait du premier coup
60 c'est bon voilà donc ça peut être assez rapide quand ça se passe bien mais euh voilà c'est vrai
61 qu'on fait beaucoup de soins mais euh ce qui est difficile c'est quand les enfants sont pas
62 toujours mhh coopérant ce qui est normal on est sur des enfants et que des fois c'est pareil ils
63 ont peur et c'est non donc soit dans ce cas-là on a un parent qui est hyper aidant ce qui arrive
64 hein donc souvent et du coup le soin va bien se passer parce que le parent lui il va adhérer et donc
65 en fait il va nous suivre donc derrière ça se passe bien soit ça arrive mais de façon exceptionnelle
66 et malheureusement quand on n'a pas le choix qu'on fasse un soin de force c'est pas ce qu'on
67 aime c'est pas ce qu'on veut c'est pas ce que personne veut mais euh ça arrive voilà mais sinon
68 dans l'ensemble quand même ça se ça se passe bien puis on a une bonne équipe on n'hésite pas
69 non plus à à passer la main voilà je pense que c'est important dans notre métier que ce soit en
70 pédiatrie ou pas mais de se dire beh là voilà j'ai piqué 2 fois j'y arrive pas euh et euh de passer la
71 main à un collègue et inversement hien parce que des fois c'est elles qui peuvent passer la main
72 parce qu'il est arrivé on sait pas pourquoi et l'autre elle va y arriver et bref mais euh mais voilà si
73 je devais parler d'un soin c'est à peu près tout ce que j'en dirais l'importance du parent
74 l'importance d'expliquer voilà et euh pour finir quand même j'ai pas parlé de l'importance du
75 binôme on travaille beaucoup en binôme en pédiatrie donc ici on travaille énormément en
76 binôme avec notre auxiliaire puer on a qu'une dans le service et c'est hyper important on pourrait
77 pas faire seule bon ça arrive qu'on fasse seule chez des grands enfants et encore que des fois les
78 grands c'est les plus peureux c'est ce qu'on peur c'est ce qui rigolent c'est compliqué mais euh
79 quand même c'est rare qu'on soit seul et on s'appuie énormément sur notre AP qui qui joue un
80 rôle hyper important aussi dans le service avec nous

81 **MOI** : D'accord merci, donc après c'est des questions un peu plus spécifiques qu'on a sûrement
82 dû déjà aborder dans tout ce que vous venez de me dire c'est pour vous quel est un soin qui a
83 bien fonctionné, les critères, les spécificités qui font que pour vous ça a bien fonctionné ?

84 **CARLA** : Beh disons qu'un soin ou l'enfant s'est senti rassuré le parent aussi je pense que ça fait
85 voilà où l'enfant repart entre guillemets content voilà euh pour nous c'est c'est une victoire on est
86 content on aimerait que ça se passe toujours comme ça hein comme on arrive à développer la
87 confiance après c'est ce que je disais on a des enfants chroniques c'est encore différent je pense
88 qu'on, je considère qu'il y a plusieurs types de soins mais même si on fait le même type de soin,
89 type une prise de sang ou un bilan sang sur PAC avec un enfant qu'on a régulièrement c'est encore
90 autre chose des fois c'est compliqué au début ils arrivent ils ne nous connaissent pas ça se passe
91 de mieux en mieux parce

92 que forcément la connexion de confiance se crée ils s'attachent à nous on s'attache à eux hein
93 voilà l'attachement c'est souvent critiqué mais euh c'est un peu inévitable voilà on les a souvent
94 et voilà et je pense que c'est important pour eux aussi de venir en étant content aussi de de nous
95 retrouver donc ça c'est encore autre chose après pour les patients qu'on a ponctuellement oui
96 bah de toute façon beh pour tous les patients hein quand le patient repart on va dire content que
97 le parent repart aussi satisfait et nous on est satisfait quand ça se passe bien quand alors j'allais
98 dire quand on pleure pas et pas forcément hein il a le droit d'exprimer ses émotions mais quand
99 l'enfant ne va pas se débattre et que nous on va pas faire ça de force hein ça c'est hyper
100 compliqué de faire ce genre de choses c'est c'est pas du tout ce qu'on veut oui c'est ça c'est plus
101 en termes de beh le soin a été réussi ou non déjà on reste sur le bilan sang beh es ce qu'on a
102 réussi à prélever les tubes parfait euh voilà le parent était content voilà tout le monde est content
103 ils repartent bien des fois souvent quand ça s'est bien passé on a toujours des petites bricoles on
104 donne un petit cadeau on on on comment dire on valorise beaucoup l'enfant énormément « Ah
105 beh c'est super c'est chouette tu as été un champion hein t'as été super fort hein tu peux te fier
106 de toi » voilà je pense que c'est important aussi que eux ils sont super contents derrière voilà
107 donc oui un soin qui se passe bien c'est bon déjà un soin qui est réussi parce que quand même
108 c'est le but du soin mais qui a été fait avec la coopération de l'enfant la coopération des parents
109 on a des soins qui sont faits dans un grand calme hein on chante parce que forcément en
110 pédiatrie hein on chante des comptines on on parle à l'enfant enfin après la pédiatrie c'est un
111 milieu à part hein j'adore ça donc forcément c'est j'en parle avec plaisir parce que j'adore ça ça
112 peut pas convenir à tout le monde mais mais ouais si je devais parler d'un soin réussi je dirais que
113 je pense que c'est ça

114 **MOI** : Ok très bien et du coup pareil mais inversement pour un soin qui ne s'est pas bien déroulé

115 **CARLA** : Beh déjà un soin fait de force c'est vrai que c'est pas ce qu'on aime hein après déjà de
116 temps en temps au début du soin des fois on force pour notamment le MEOPA, le MEOPA faut
117 savoir ça agit pas de la seconde faut quelques minutes donc souvent on va expliquer aux parents
118 des fois c'est compliqué on doit leur laisser le masque de force on les force à garder le masque
119 et puis en fait on voit en 2 min ils commencent à lâcher ils ont tendance à rigoler sous leur masque
120 et ça ça se passe bien mais y en a qui adhère pas ou soit MEOPA pas MEOPA il y en a qui adhèrent
121 pas et qu'on doit faire de force hein quand on fait de force c'est satisfaisant pour personne enfaite
122 un enfant qui va se débattre un enfant qui va pleurer c'est très compliqué c'est c'est pas si
123 fréquent que ça en vrai mais ça arrive quand même régulièrement on est sur de la pédiatrie bon
124 ça je dirais à un soin pour moi qui est raté on va dire c'est ça et bon un soin ça peut arriver hein
125 un soin que l'on a pas réussi parce que encore une fois c'est rare et puis on passe la main souvent
126 quelqu'un finit par y arriver mais on a des patients qui sont durs à piquer de temps en temps hein
127 ça arrive beh hier on a eu une jeune fille alors c'était pas une jeune fille pour nous c'est la PASS
128 c'est un service pour les patients qui ont pas de droit c'est un service un peu je sais même plus
129 dire la PASS c'est en gros c'est des gens qui des gens qui viennent euh des ukrainiens ils ont pas
130 le droit et on prend en charge bon hier on a eu une jeune fille bon black bon des fois c'est un peu
131 plus difficile à piquer et donc je suis allée aider ma collègue en fait une fois 2*3*4*5 fois on y est
132 pas arrivé j'ai fini par trouver une veine mais on a galéré voilà on a réussi le soin mais c'est quand
133 même pas satisfaisant non plus c'était difficile pour elle elle était très très très stressée elle a
134 pleuré on a proposé le MEOPA on a essayé c'était difficile pour elle c'est une sensation
135 particulière souvent le MEOPA ils adhèrent mieux les petites les grandes parce que apparemment
136 ça donne un peu la tête qui tourne y a un peu la nausée ils ont l'impression d'être un peu ailleurs
137 donc les petits je pense qu'ils s'en rendent moins compte les grands c'est plus compliqué c'est
138 une ado on a vraiment eu du mal mais ça arrive sur certains patients on n'y arrive pas ça peut

139 arriver hein malheureusement capital veineux c'est comme tout il y en a qui en ont de meilleurs
140 que d'autres et on n'y arrive pas donc voilà un soin de force un soin qu'on a pas réussi voilà c'est
141 toujours difficile pour nous un enfant qui repart avec, enfin notre but c'est pas que l'enfant reparte
142 avec une peur bleue des blouses blanches quoi ça arrive aussi hein il y en a qui arrivent déjà avec
143 cette peur-là pas de chez nous mais parce que y a eu des choses avant voilà on a des patients
144 avec des pathologies lourdes on a des patients avec des troubles du comportement ça aide pas
145 ça aussi il faut savoir que tout ce qui est trouble autistique entre autres alors t'as des TDH plus
146 ou moins mais on a des patients avec des troubles du comportement donc c'est difficile aussi
147 mais voilà soin qui est fait de force pour moi c'est pas c'est pas satisfaisant on le fait parce qu'on
148 n'a pas le choix et que souvent c'est des analyses importantes mais euh c'est satisfaisant ni pour
149 nous ni pour les parents voilà c'est c'est compliqué

150 **MOI** : Oui c'est sûr, ensuite c'est comment utilisez-vous la distraction dans vos soins et la place
151 qu'elle prend lors d'un soin avec un enfant ?

152 **CARLA** : Enorme la place qu'elle prend c'est une place énorme on utilise énormément la
153 distraction en pédiatrie et ça marche très bien quand on est sur de l'enfant euh notamment beh
154 on va chanter on va on va faire des comptines on va parler d'autres choses on leur parle beaucoup
155 que ce soit nous ou que ce soit l'auxiliaire encore une fois parce que il y a forcément un moment
156 dans le soin où on va être un peu plus concentré parce que faut qu'on pique faut qu'on regarde
157 voilà mais on a toujours l'AP qui est là où le parent on s'appuie énormément sur le parent c'est
158 un vrai partenaire de soins en pédiatrie euh et on va utiliser beh voilà le chant les comptines on
159 va parler on leur demande des questions bateau on adapte en fonction de l'âge de l'enfant mais
160 « Ah bah alors t'es en quelle classe et t'as un maître ou une maîtresse » voilà pour qu'enfaite ils
161 aient oublié « et tu fais du sport et du fais quel sport » voilà pour vraiment qu'ils pensent à autre
162 chose dans une seule salle la salle pansement donc on essaie de l'utiliser au maximum on a une
163 tablette qui avait été donnée à plusieurs années par une association voilà on a eu plusieurs mais
164 soit elles ont été cassée soit volée voilà donc on en a plus qu'une on s'en sert énormément pas
165 plus tard que ce matin avec une petite qu'on a deux fois par semaine on pique sur une voix
166 centrale sur une voix implantable elle elle adore ça elle a besoin de ça donc soit on a des films
167 dessus des Disney des dessins animés on a aussi des petits jeux donc elle adore un petit jeu où
168 faut faire la coupe de cheveux à la dame tu vois donc on s'en sert beaucoup euh après selon l'âge
169 de l'enfant après on a les peluches ou on tire sur la ficelle ça va faire une petite mélodie euh on
170 avait pendant un moment mais je crois qu'on l'a plus la boîte à meuh voilà et puis le parent une
171 fois propose aussi quand ils ont l'habitude beh « est-ce que je peux lui mettre pat patrouille sur
172 mon portable » voilà la distraction c'est quelque chose qui est hyper importante et qui marche
173 très très bien en pédiatrie donc on essaye on essaye toujours heu voilà on essaye toujours de les
174 faire un peu penser à autre chose alors ça souvent combiné au MEOPA c'est idéal, c'est génial
175 franchement c'est trop bien il faut savoir que le MEOPA a des des oh j'ai pas mon mot bref ça
176 c'est aussi un truc qui est amnésiant ça fait partie de ses je sais pas c'est pas compétence le mot
177 que je veux mais spécificité en gros et souvent ils oublient le soin ça leur permet ça fait fait partie
178 des trucs c'est vraiment noté c'est c'est un truc amnésiant donc souvent ils oublient un peu ils
179 sont un peu ailleurs des fois quand c'est fini ils se rendent compte que c'est fini « Ah mais c'est
180 fini » selon l'âge donc ça c'est top et ce qu'on utilise aussi beaucoup quand les parents euh bien
181 sûr allaite tout à l'heure on a eu un là il n'a même pas pleuré hein on les met au sein et on pique
182 pendant qu'ils sont au sein hein ça c'est génial ouais voilà donc tout ce qu'on peut on l'utiliser
183 tout ce qu'on a sous la main

184 **MOI** : Oui tout ce que vous pouvez utiliser vous le mettez en place et ma dernière question c'est
185 comment faites-vous pour installer l'alliance thérapeutique avec les parents lors d'un soin ou en
186 générale lors de la prise en charge ?

187 **CARLA** : Alors on leur parle beaucoup on explique mais souvent en fait c'est c'est on explique à
188 l'enfant le parent est là je pense que les parents après moi je suis maman aussi donc je pense
189 que on se met à la place des parents euh c'est agréable qu'on nous explique qu'on parle à notre
190 enfant on prend direct l'enfant enfin il arrive directement on essaye d'accrocher on se présente
191 on parle un petit peu je pense que les parents direct ça leur donne quand même un peu confiance
192 ça les rassure aussi de voir que y a une professionnelle qui va s'intéresser à l'enfant on est très à
193 l'écoute on les prend vraiment comme des alliés et on leur dit voilà on a besoin d'eux on dit « bah
194 n'hésitez pas es ce qu'il y a des petites habitudes » souvent c'est les parents hein qui nous disent
195 hein « Ah bah lui il adore ça beh oui il adore bah tiens il adore telle musique » beh on met une
196 playlist les parents connaissent le mieux leurs enfants c'est d'autant plus important même s'il
197 allait tout le temps quand c'est des enfants qui ont des troubles du comportement parce que là
198 ils ont encore plus d'habitude de les gérer euh je pense notamment à un papa donc on a eu donc
199 un petit loulou pour un test endocrinien donc ça c'est endocrinien donc on fait des prélèvements
200 on pose un cat et hop on fait des prélèvements selon le test on fait toutes les 30 min pendant 3 h
201 on y va souvent c'était difficile et il était beaucoup dans le refus et en fait le papa était euh euh
202 très accompagnant très aidant pour nous très aidant pour l'enfant mais très encadrant aussi
203 donc c'était « d'accord je comprends t'as pas envie mais c'est soit tu le fais toi soit moi je te
204 couche de force » et lui a dit très calmement il était très encadrant et ça c'est pas le cas de tous
205 les parents ça nous aide beaucoup quand les parents sont très encadrants mais mais ouais c'est
206 difficile je trouve à expliquer en mot parce que c'est quelque chose qu'on fait je pense sans
207 réfléchir quand on fait mais mais oui en fait on parle beaucoup on s'appuie beaucoup sur eux on
208 les fait sentir importants qu'ils ont vraiment leur place on les met pas de côté après ça peut arriver
209 qu'on propose quand on voit que c'est difficile pour eux un parent qui va être alors les parents
210 notamment ça c'est très difficile quand on va piquer ou quoi et qu'il font le « aïe » enfin l'enfant va
211 pleurer alors qu'autant il allait pas pleurer donc quand des fois il y en a plusieurs ça arrive des
212 fois ils viennent avec tatie beh si on voit que c'est dur pour le parent et des fois ils nous disent de
213 eux même sinon on propose « bah si c'est dur pour vous vous savez on peut rester avec tatie vous
214 pouvez sortir » voilà ils ont cette place là mais on leur laisse le choix c'est important pour moi
215 c'est pas vous êtes le parent vous êtes obligé de rester y en a pour qui c'est hyper compliqué soit
216 parce que eux même ils ont la phobie soit parce que beh c'est leur enfant et c'est super dur en
217 fait parce que c'est leur petit euh voilà mais en tout cas moi on les fait se sentir important on les
218 fait participer souvent dans la majorité des cas c'est pas le parent qui tien le MEOPA on lance le
219 MEOPA on pose le MEOPA on leur montre comment tenir le masque parce que nous notre notre
220 collègue aussi il faut qu'elle nous tienne le bras la main en fonction de ou on pique donc c'est
221 eux qui vont tenir le masque donc on leur dit beh « parlez-lui hein parlez-lui il vous entend-il peut
222 répondre » donc des fois c'est le parent qui lui parle pendant que nous ont fait le soin donc
223 vraiment on leur laisse une vraie place une vraie place dans le soin et souvent ça marche bien

224 **MOI** : Oui ça permet de les rassurer et ça fonctionne bien bah moi après c'était tout pour les
225 questions j'ai eu beaucoup du coup d'informations en plus pour mon mémoire c'est génial
226 franchement c'est top et sur les thèmes en plus que vous avez abordé du coup c'était vraiment
227 tout ce que je parle dans mon mémoire donc c'est c'est parfait je sais pas si vous voulez rajouter
228 quelque chose ou pas

229 **CARLA** : Non je pense que j'ai tout dit peut-être n'hésite pas si en plus tume dis que tu seras à
230 côté en plus j'ai pleins de copines là-bas je passe de temps en temps mais franchement il y a une
231 super équipe aux urgences je pense que tu vas vraiment te plaire tu vas te plaire et ça va d'autant
232 plus imagier je pense ton mémoire pour toi de voir comment ça se passe parce que quand on parle
233 de son expérience quand je te raconte des choses certes c'est les consultations mais j'ai eu un an et
234 demi un peu plus aux urgences tu le retrouveras en fait ce que je te raconte même si la différence
235 c'est que eux c'est pas du chronique voilà c'est du ponctuel donc c'est encore autre chose c'est
236 du ponctuel et de l'urgence je pense que c'est encore différent que les parents qu'on a nous parce
237 que les parents souvent là-bas ils ont peur ils sont paniqué leur enfant il est malade il y a de plus
238 moins grave hein tu verras aux urgences il y a du grave il y a du moins grave il y a de la bobologie
239 il y a de tout mais t'as aussi la vraie urgence ou l'enfant il est installé en salle on appelle ça la suv
240 beh c'est un peu l'équivalent du déchoc où beh ils ont peur voilà tu sais pas hein c'est ton enfant
241 c'est pas du tout les mêmes choses mais malgré tout même aux urgences les parents sont tout
242 le temps quasiment utile sauf quand c'est vraiment trop difficile pour eux ou que l'enfant il y a des
243 enfants hein quand y a le parent ça se passe très mal on est obligé de faire sortir le parent c'est
244 très rare mais quand les parents sortent ça se passe bien parce qu'ils savent aussi que voilà ils
245 amadou un peu le parent mais ce que je te dis en fait tu le retrouveras je pense dans tout service
246 de pédiatrie que ce soit à échelle différente évidemment mais que ce soit de la néonate que ce soit
247 le parent il a sa place en fait en pédiatrie de tout le temps voilà

248 **MOI** : Super vraiment merci beaucoup du temps que vous m'avez accordé.

Annexe 7 : Entretien n°3 avec Thomas :

- 1 **MOI** : Es ce que tu peux te présenter en me disant ton âge, quand tu as été diplômé infirmier,
2 puer et ton parcours professionnel ?
- 3 **THOMAS** : j'ai 48 ans et j'ai je suis diplômé infirmier depuis maintenant 17 ans puériculteur
4 depuis 3 ans, diplôme d'aide-soignant je sais plus quelle année mais très vieux avant, ASH au
5 tout départ donc en fait j'ai gravi tous les échelons pour être puériculteur depuis que j'ai l'âge de
6 travailler en secteur hospitalier donc voilà tout à 100% de nuit de jour voilà j'ai j'ai fait plein de
7 stages intéressants donc heu voilà c'est tout ce que tu voulais savoir ?
- 8 **MOI** : Oui c'était tout merci beaucoup, du coup en premier je commence par une question qui
9 est très large ou je ne te coupe pas vraiment je te laisse parler euh de tout ce que tu veux
10 aborder c'est es ce que tu peux me raconter une situation de soins avec un enfant ?
- 11 **THOMAS** : euh oui euh j'en ai plein qu'est-ce que je peux prendre comme une situation de soins
12 sur un décès une grosse prise en charge en SUV salle d'urgence vitale avec un enfant qui a une
13 grosse euh un gros problème de santé que qu'on connaissait pas qui est arrivé euh en quasi en
14 arrêt cardio-respiratoire avec des parents qui parlaient pas français, un tableau clinique de
15 quasiment apparente et euh grosse prise en charge de l'enfant en fait voilà le massage
16 cardiaque, réanimation, intubation et et départ en réanimation. Qu'est-ce que tu veux savoir
17 comme exactement
- 18 **MOI** : c'est vraiment toi comment tu prends en charge un enfant euh mais dans sa globalité
19 vraiment de du début jusqu'à la fin. Peu importe le soin vraiment
- 20 **THOMAS** : comment je prends en charge l'enfant beh tu veux dire dans sa dans la présentation
21 comment je j'amène le le le le soin
- 22 **MOI** : Oui vraiment comment tu présentes le soin, comment tu abordes ?
- 23 **THOMAS** : bah c'est bah c'est d'abord se présenter enfin de faire de enfin de bien accueillir
24 l'enfant et le les parents pour qu'ils se sentent en confiance pour qu'on puisse travailler
25 ensemble parce que sinon ça ne marche pas forcément marche pas bien et puis c'est surtout
26 se mettre bien bien à la hauteur de l'enfant en fait vraiment tout ça passe par une
27 communication verbale non verbale et d'explication de de réassurance euh c'est important et
28 puis je fais jamais les soins sans consentement de de tout le monde et j'essaie d'être doux
29 d'être d'avoir des gestuelles réconfortantes d'être aussi dans la manière d'être d'avoir une
30 attitude rassurante en en étant sûr de ce que je fais c'est important de ils ont besoin de, les
31 gens ont besoin d'une figure qui qui soit nette précise et bien bien carrée pour se rassurer du
32 coup on essaie de donner cette cette assurance là quand même pour qu'ils entendent le plus
33 possible et qu'ils facilitent le soin et qu'ils soient bien dans ce qui se passe en fait
- 34 **MOI** : Ok, après ce sont des petites questions euh, c'est pour toi à quel moment tu tu estimes
35 qu'un soin il s'est bien déroulé ?
- 36 **THOMAS** : Ben quand on quand l'enfant est a compris ce qu'on allait faire et qu'il est consentant
37 et que et qu'il y a un résultat positif et qu'il a qu'il a qu'il a moins mal et que qu'on va dans le bon
38 sens quoi qui s'intéresse à ce qui se passe et que l'on soit tous satisfaits de la de de ce qui s'est
39 passé et que et que et que ça se passe bien ça c'est pour moi c'est positif après voilà
- 40 **MOI** : D'accord et justement à l'inverse pour toi à quel moment tu estimes que le soin il s'est
41 moins bien déroulé ?
- 42 **THOMAS** : Beh quand quand quand tu as fait tout ce qu'il fallait pour que la communication
43 passe et qu'au final ça ne passe pas, quand t'es obligé de forcer les choses quand tu quand tu
44 fais un soin mais tu sens que les parents sont pas présents et que ils aident pas leurs enfants
45 ouais ça c'est pour moi c'est un c'est un échec complet quoi quand t'es pas quand t'arrive pas à
46 les amener parce que tu t'as quand même un travail de, tu les amènes vers quelque chose en
47 fait tu es porteur d'un soin et tu tu vas tu vas accompagner ces enfants dans le soin et tu tu tu tu
48 incites tu invites sur un chemin la guérison ou autre chose c'est tu fais que tu fais que apporter

49 quelque chose donc si jamais t'arrives pas à rentrer en communication et que que ça se passe
50 pas super bien tu tu te retrouves à ne pas faire ce que t'aimes en fait du coup ça va pas dans le
51 bon sens ça c'est pas ouf

52 **MOI** : ok ensuite ma question c'est comment tu utilises la distraction lors d'un soin ?

53 **THOMAS** : ça va dépendre de l'enfant ça dépend de sa capacité à de à être distrait euh de la
54 douleur de l'enfant à ce moment-là des parents, comment j'utilise la distraction bah ça va ça va
55 être passé par les jeux surtout par du rire par des petites blagounettes des attentions sympas
56 de se mettre un peu à la hauteur qu'ils oublient un moment donné que t'es en blanc et que tu
57 vas faire un geste qui peut potentiellement faire mal j'essaie de de me rapprocher gentiment
58 voir j'essaie de mettre surtout là les parents un peu dans la poche c'est important du coup
59 parce que parce qu'il, dans leur attitude ils vont ils vont m'accompagner en fait dans le soin
60 aussi du coup il vous rassure l'enfant si un parent est est plutôt rassuré avec ce qu'on fait et il
61 va donner une image positive et ça va être l'enfant va se sentir plus rassuré

62 **MOI** : oui donc il y a vraiment euh suivant l'âge de l'enfant on adapte vraiment la distraction

63 **THOMAS** : Ah complètement mais même oui tu vas être obligé de toute façon tu peux pas faire
64 la même distraction voilà mais ça passe par bah par la musique ça passe aussi euh par des
65 méthodes alternatives comme comme l'hypnose ou des choses comme ça avec le le gaz
66 MEOPA enfin tu peux passer par toutes ces choses-là en fait les bulles le jeu voilà ça passe par
67 par tout ça c'est vrai qu'en ce moment c'est un peu compliqué à mettre en route, en route par
68 moment parce que on a beaucoup de beaucoup de passages et que on doit aller très très vite
69 du coup on on perd un peu notre notre on fait pas notre métier un peu premier aussi
70 d'accompagner c'est un peu dommage mais on fait des choses un peu plus rapidement ça je le
71 déplore un peu mais quand on peut le faire quand on sent que ça c'est à faire il faut le faire il
72 faut le faire dans n'importe quelle situation on peut on peut on peut faire ça en SUV même voilà
73 c'est important comme quand tu fais des gestes un peu difficile et d'être là pour les parents et
74 de de d'inciter les parents à être dans ce soin là et de de de travailler avec avec les soignants
75 quel que soit le soignant pour que ils puissent comprendre ce qui se passe tous les enjeux c'est
76 important parce qu'il y a un enfant mais y a surtout les parents aussi derrière voilà

77 **MOI** : Et justement bah du coup ma dernière question c'est comment tu fais pour pour créer
78 cette alliance thérapeutique avec les parents et l'entretenir ?

79 **THOMAS** : Ben ça c'est c'est de la c'est du comportement c'est c'est comportemental en fait,
80 ça va dépendre de comment tu vas arriver dans la salle comment tu vas te présenter comment
81 tu vas avoir cette attitude et puis après c'est la discussion il faut arriver à se rapprocher des
82 parents à être empathique sans forcément être trop euh à donner, mais ça passe par contre par
83 de la discussion à reformuler re valoriser re verbaliser faire en sorte qu'ils ont compris ce qu'ils
84 ont ce qu'ils ont à dire et puis voilà les inclure dans le soin on n'y pense jamais mais quand je
85 suis en SUV par exemple et que j'ai le parent qui qui s'écarte quoi qu'il arrive quel que soit le euh
86 que vous avez le droit d'être là en fait c'est votre place première il faut me demander vous
87 pouvez me poser des questions si je peux pas y répondre maintenant je je prends le temps d'y
88 répondre après et souvent c'est pour ça qu'on a ici qu'on est plusieurs dans la SUV ou ailleurs
89 que les collègues qui font le relais aussi mais on on incite voilà un contact les parents à être
90 présents auprès des enfants et et de faire les choses avec eux et voilà

91 **MOI** : Oui qu'ils aient vraiment leur place

92 **THOMAS** : Ils ont leur place, ils ont leur place j'ai fait mon mémoire sur la place des des parents
93 dans la salle d'urgence vitale du coup

94 **MOI** : Parce que du coup ici c'est vrai qu'aux urgences c'est quand même plus compliqué que
95 dans par exemple un une hospitalisation en bas

96 **THOMAS** : Oui parce que les hospitalisations en bas tu peux prendre le temps de discuter tu
 97 amènes le truc donc tu amènes avec le médecin, le psychologue l'écoute soignante, l'enfant tu
 98 fais des débriefing machins et là c'est vrai que dans l'urgence c'est très compliquée parce que
 99 c'est très vite d'un seul coup et on comprend pas les choses, on a tendance aussi à un peu
 100 prendre le lyde parce que quelque part on est un peu stressé et on a tendance aussi à un peu
 101 s'écarter des gens pour être pour se rassurer soi-même en tant que soignant de ce qu'on va faire
 102 mais on oublie que à côté il y a les parents qui souffrent aussi et qu'il sont en attente de et et je
 103 crois que pour les parents euh que ce soit dans les petits soins ou dans les dans les salles
 104 d'urgence vitale donc qu'il y a des pronostics vitaux engagés je pense que leur place est
 105 vraiment auprès de leur enfant parce que y a rien de pire que d'un parent qui est éloigné de son
 106 enfant imaginons quand tu rentres dans une salle l'enfant a une vie il est cœur battant tu
 107 rentres pour une raison qu'on fait sortir les parents pour une chose il revient l'enfant est mort ou
 108 très gravement blessé ou il est intubé enfin il faut, les gens ils comprennent pas en fait ils
 109 besoin d'être là et puis bah c'est une entité hein un enfant n'est pas là sans ses parents donc
 110 c'est important de de comprendre cette sphère familiale et d'accepter tout le travail qu'il y a
 111 autour c'est c'est super important

112 **MOI**: Pour moi de ce que j'ai vu en stage et avec mon mémoire et c'est pour ça d'ailleurs que j'ai
 113 voulu faire mon mémoire dessus c'est que en pédiatrie beh c'est justement qu'il n'y a pas de
 114 pédiatrie sans distraction et il n'y a pas de pédiatrie sans alliance thérapeutique avec les
 115 parents du coup pour moi c'était primordial

116 **THOMAS** : Non c'est pas possible par ce qu'en fait le le le le patient, l'enfant c'est c'est tout
 117 un contexte c'est pas que c'est pas qu'un enfant tout seul en fait il y a toute une histoire de vie
 118 derrière il y a la fratrie y a les parents et les grands-parents y a toute une zone et un climat social
 119 et culturel et tout ça d'une ethnie et en fonction de tout ça t'es obligé de prendre tout en compte
 120 en fait tu peux pas prendre que l'individu lui-même cet individu là il est-il est pair en fait il est
 121 multiple et il faut arriver à rassembler tout ça pour que ça s'en mêle et qu'on puisse arriver vers
 122 le le but ultime d'être avec l'enfant à ce moment-là ça c'est super important c'est ce que moi
 123 j'aime avec la pédiatrie c'est pour ça que j'ai voulu faire de la pédiatrie aussi parce que c'est
 124 c'est très complexe et et et surtout aux urgences parce que du coup la complexité elle est rude
 125 parce que il faut aller très vite pour comprendre vite les choses et il faut arriver à tout mélanger
 126 tout ça en très rapidement

127 **MOI**: Oui c'est vrai je le vois en ce moment

128 **THOMAS** : Oui surtout en ce moment

129 **MOI**: ok je ne sais pas si tu veux rajouter quelque chose moi c'était toutes mes petites questions

130 **THOMAS** : Non je n'ai rien à ajouter

131 **MOI** : En tout cas merci beaucoup de m'avoir répondu à mes questions

132 **THOMAS** : Beh de rien c'était cool.

Annexe 8 : Entretien n°4 avec Louise :

- 1 **MOI** : Dans un premier temps est-ce que tu peux te présenter avec l'endroit où tu travailles
2 depuis quand t'es diplômée infirmière et ton parcours professionnel
- 3 **LOUISE** : du coup je suis diplômée de 2018 de l'IFSI d'Avignon et ça fait bon je suis en sortie de
4 diplôme j'ai travaillé ici au SOS main et depuis j'ai pas changé
- 5 **MOI** : ensuite une question c'est ma question très large ou je te coupe pas je te laisse vraiment
6 parler de ce que tu veux c'est est-ce que tu peux me raconter une situation de soins avec un
7 enfant
- 8 **LOUISE** : n'importe laquelle ?
- 9 **MOI** : n'importe laquelle
- 10 **LOUISE** : que ça se soit bien passé ou pas bien passé ?
- 11 **MOI** : oui vraiment juste la prise en charge de A à Z quoi
- 12 **LOUISE** : celle qui bon celle que je me souviens parce que celle qui m'a le plus marquée et celle
13 d'une petite fille qu'on a eue qui s'était fait un doigt de porte avec une petite amputation
14 pulpaire donc opérée pour une petite fracture avec reprise de l'ongle tout ça et on l'avait en soin
15 tous les 2 jours notamment parce qu'avec les infirmières libérales ça se passait pas bien à la
16 maison donc ça maman pensait qu'ici avec le cadre un peu hospitalier ça se passerait mieux et
17 en fait c'était compliqué à chaque fois et en fait cette petite elle nous frappait mais vraiment la
18 maman elle était complètement démunie je m'en rappelle elle venait tard le soir parce qu'elle
19 bossait sur Marseille ça m'avait marqué la maman bossait sur Marseille elle a récupéré en péri-
20 scolaire elle venait ici donc elle est arrivée ici vers vers 18h30 nous on ferme à 19h00 donc on
21 avait, vu qu'on est en service avec 2 casquettes des urgences et les soins externes ou nous ne
22 sommes pas spécialement spécialisés avec les enfants mais on n'en reçoit énormément, donc
23 on la voyait arriver et en fait c'était un soin qui nous prenait vraiment vraiment beaucoup de
24 temps parce qu'elle se laissait pas faire et que nous on voulait pas du tout la brusquer faire les
25 choses dans la force et en fait on était obligé parce que il y avait aucun dialogue elle nous
26 écoutait pas c'était vraiment une petite qui avait vraiment le regard un peu méchant j'aime pas
27 dire ça des enfants mais elle elle était vraiment particulièrement difficile et en fait elle s'est
28 mise vraiment à à nous taper mais nous mettre vraiment des coups de pied tout ça voilà donc
29 c'est celle qui m'a le plus parce qu'en fait quoi qu'on essayait de faire ça fonctionnait pas je
30 m'en rappelle on travaille beaucoup en binôme, chose qu'on essayait de faire à chaque qu'on
31 recevait un enfant d'ailleurs, donc y en avait une qui parlaient avec elle on essayait de savoir ce
32 qu'elle aimait essayer de mettre un en place un peu une alliance thérapeutique essayer de
33 savoir ce qu'elle aimait si elle avait des frères et sœurs tout ça et en fait elle nous répondait pas
34 ou très peu la mère en pouvait plus donc la mère la tenait elle je me rappelle qu'elle mettait des
35 coups aussi c'était c'était folklo et sans parler du jour où on a dû lui enlever les points et en fait
36 moi à l'époque j'étais enceinte et en fait quand elle a commencé vraiment à nous taper à nous
37 mettre des sacrés coups Ben moi je me rappelle que je me suis dit non là maintenant stop on
38 arrête parce que je ne voulais pas prendre ce risque et en plus on est dans un service plus pour
39 les adultes et comment dire le temps est très limité dû aux nombreux patient que l'on reçoit
40 tous les jours, donc on avait refait passer avec l'infirmière libérale parce que moi je voulais pas
41 finir par me prendre un coup de pied dans le ventre parce qu'elle mettait des sacrés coups et
42 voilà à cette époque je n'étais pas maman et je ne comprenais pas comment une maman
43 pouvait laisser son enfant frapper comme ça mais en devenant maman j'ai compris que c'était
44 une maman dépassée par les événements donc voilà
- 45 **MOI** : Ok ensuite donc ce sont des petites questions de relance la première c'est pour toi quel
46 est un soin qui a bien fonctionné avec un enfant ?
- 47 **LOUISE** : euh là récemment un qui a bien fonctionné c'est une petite fille qui est arrivée très
48 stressée qui s'était coupée avec du verre en jetant quelque chose dans la poubelle je pensais

49 vraiment qu'on allait pas y arriver et en fait j'ai été surprise parce qu'en parlant bien avec elle on
50 a, en l'installant on l'a fait s'allonger tout ça et je lui ai proposé elle avait 2 options soit on lui
51 faisait une locale comme ça sans rien soit on lui a proposé on lui a proposé le MEOPA c'était
52 mal parti le médecin il m'a dit « non tu verras ça va pas fonctionner si elle respire pas bien » et
53 en fait en parlant bien avec elle en lui proposant le MEOPA elle était fan d'Harry Potter donc on a
54 on lui a dit qu'elle allait est peut-être voir les chouettes, Harry Potter tout ça et du coup elle a
55 été à fond dedans et ça c'est hyper bien passé elle a pas bougé et elle a la fin elle était trop
56 contente elle a rigolé parce que oui en effet elle a vu des trucs d'Harry Potter les plantes-là qui
57 rigolent et qui crient tout le temps donc non ça c'était trop chouette, ça marche pas à chaque
58 fois mais là franchement ça avait bien fonctionné

59 **MOI** : et du coup à l'inverse pour toi quel est un soin qui ne s'est pas bien déroulé ?

60 **LOUISE** : c'est quand on finit avec la mère ou enfin le parent qui tient notre autre infirmière qui
61 tient et une qui est là à faire les soins à tenir à à forcer et ça hurle dans tous les sens et que t'as
62 juste l'impression c'est de les avoir traumatisés mais qu'au bout d'un moment quand t'as
63 essayé pendant 15 20 30 min et qu'il faut y aller y a plus de choix ça ça donne vraiment
64 l'impression de les avoir traumatisés et en même temps ouais et en même temps on est grand
65 maman et en ayant une petite fille qui est un peu trouillarde des fois je me dis qu'on peut
66 essayer de faire tout il y a des enfants qui qui c'est difficile pour eux

67 **MOI** : ok ensuite euh comment tu utilises la distraction quand t'as un soin avec un enfant ?

68 **LOUISE** : alors tout petit tout petit ce qui marche bien bah c'est les gants on fait des petits
69 bonhommes sur les gants on gonfle des gants avec des petits bonhommes on propose tout ce
70 qui est tout ce qu'on a les paquets de compresses qui font un peu de bruit tout ça on fait un peu
71 avec les moyens du bord parce que notre service est loin d'être adapté pour les enfants après
72 quand ça commence à être plus grand bah souvent il y a les doudous qui aident bien donc on
73 montre sur le doudou euh c'est pas bien et c'est bien en même temps mais le téléphone ça
74 marche bien y a des dessins animés, moi ce que je, enfin vu que j'ai une fille qui a 4 ans et
75 quand j'essaie d'utiliser avec des petits qui ont le même âge j'essaie de d'aller voir si les
76 personnages que ma fille aime c'est les mêmes pour pouvoir en discuter avec eux et donc
77 installer la confiance généralement ça marche bien donc on parle de ça ça marche bien aussi et
78 après quand c'est un peu quand c'est un peu plus grand bien expliquer montrer sur soi et le
79 MEOPA ça marche généralement bien c'est pas mal pour les
80 détendre

81 **MOI** : ok et du coup ma dernière petite question c'est comment tu fais pour installer la l'alliance
82 thérapeutique avec les parents au moment du soin

83 **LOUISE** : alors souvent moi j'explique d'abord à l'enfant je parle vraiment dans un premier
84 temps à l'enfant et après j'explique aux parents après on sent de suite hein les parents qui sont
85 méga stressés et je ne jugent pas parce que moi c'est exactement je suis exactement comme
86 ça pour ma fille mais du coup je pense que quand on parle vraiment aux enfants ça met en
87 confiance les parents parce qu'ils ils voient vraiment qu'on prend en compte leurs enfants qu'on
88 se soucie d'eux et que qu'on essaie de créer vraiment un lien avec eux généralement ça les met
89 en confiance et après j'explique aux parents je leur laisse le choix aussi parce que souvent ils
90 arrivent à 2 ou seul s'ils veulent rester par rester parce que y a souvent pour des parents c'est
91 pas toujours évident de rester avec leurs enfants les voir être suturés et tout ça donc je vous
92 laisse le choix et souvent même vu que les enfants on les allongent moi je propose aux parents
93 de s'asseoir avec eux même s'allonger que les petits posent la tête sur les genoux de leurs
94 parents et je fais une, souvent je demande vraiment aux parents s'ils ont bien compris s'ils ont
95 besoin de plus d'explications et je prends vraiment ce temps pour leur montrer que je suis
96 disponible et à leur écoute

97 **MOI** : Super bah moi j'ai plus de questions je sais pas si tu voulais rajouter quelque chose ou
98 pas sur les enfants ou pas mais voilà merci beaucoup de m'avoir accordé ce petit temps pour
99 mon travail
100 **LOUISE** : Beh de rien

« La distraction et l'alliance thérapeutique au cœur de la pédiatrie »

Résumé :

Mon travail s'intéresse à l'impact de la distraction et l'alliance thérapeutique lors d'un soin. Au cours d'un stage en pédiatrie je me suis questionnée sur ces thèmes. Cette réflexion a fait naître le questionnement suivant : Comment la distraction et l'alliance thérapeutique vont impacter le soin en pédiatrie ? Pour répondre à cette question j'ai réalisé des recherches et des lectures de différents auteurs.

Ce travail a été entrepris selon une méthode qualitative à l'aide d'entretien semi-directif auprès de quatre infirmiers dans des services pédiatriques et des urgences de la main. Cette méthode clinique ainsi que les entretiens m'ont permis d'observer que l'utilisation de la distraction lors d'un soin accompagné d'une bonne alliance thérapeutique permet un meilleur déroulement du soin. L'enfant va être captivé par le moyen de distraction que le soignant va mettre en place, ce qui va permettre de réduire son stress et d'installer un climat calme. Cette distraction accompagnée d'une alliance thérapeutique entre les acteurs de la triade qui forme une équipe conduit à un bon déroulement du soin.

Pour conclure j'ai été intrigué par l'intérêt du binôme de l'auxiliaire puéricultrice et de la puéricultrice, c'est sur ces paramètres que s'ouvre une nouvelle perspective de recherche.

Mots clés : Enfant – Distraction – Triade – Parents – Alliance

Nombre de mots : 199 mots

Distraction and therapeutic alliance at the heart of pediatrics

Abstract :

My work focuses on the impact of distraction and the therapeutic alliance during care. During my work placement in pediatric, I asked myself about these themes. With this reflection rises the following question : How will distraction and the therapeutic alliance impact pediatric care? To answer this question, I conducted research and readings by different authors.

This work was undertaken using a qualitative method with semi-directed interviews with four nurses in pediatric and hand emergency departments. This clinical method and the interviews allowed me to observe that the use of distraction during a treatment accompanied by a good therapeutic alliance allows a better course of care. The child will be captivated by the means of distraction that the caregiver will set up, which will reduce his stress and establish a calm climate. This distraction accompanied by a therapeutic alliance between the actors of the triad that forms a team leads to a good course of care.

To conclude, I was intrigued by the interest of the binomial of the child care assistant and the child care worker, it is on these parameters that a new research perspective opens.

Keywords : Children – Distraction – Triad - Parents – Alliance

Number of words : 188 words