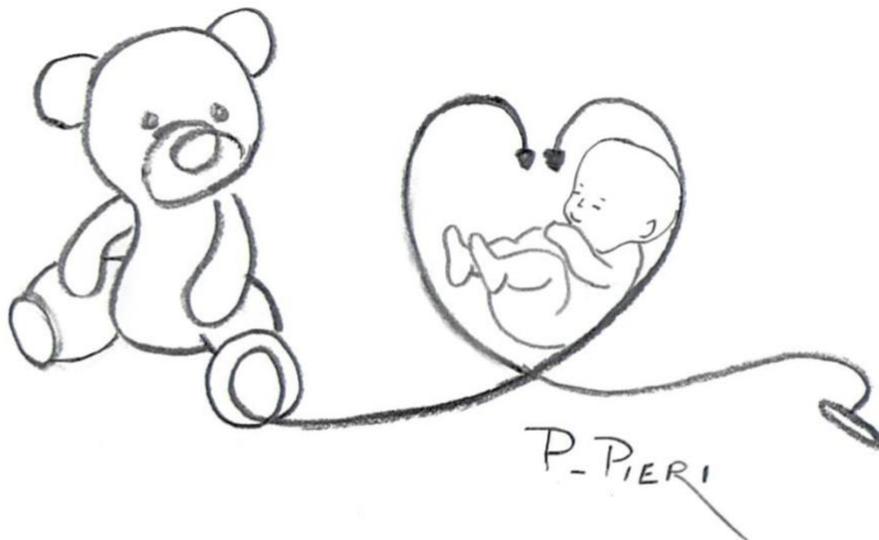




I.F.S.I. de L'E.R.F.P.P.
G.I.P.E.S d'Avignon et du pays de Vaucluse

PIERI Célia
Promotion 2022 - 2025

Du jeu au soin : négocier pour mieux soigner



Travail rendu le 19 mai 2025

UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Directrice de mémoire : Madame VIAU Corine

Note aux lecteurs et lectrices :

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

Remerciements

Ce mémoire est l'aboutissement de mes trois années en école d'infirmière. Trois années qui resteront gravées dans mon cœur. Parsemées de moments de doute, de fatigue, de remise en question... mais surtout de rencontres, de rires et de dépassement de soi. Chaque stage, chaque rencontre m'ont forgée et même quelques fois bousculée mais m'ont permis de devenir celle que je suis aujourd'hui.

J'aimerais dans un premier temps remercier mme VIAU, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement, son investissement. Merci d'avoir pris du temps pour moi, d'avoir fait preuve de patience et de gentillesse.

Je tiens à remercier mme THOMAS, ma référente pédagogique, qui a été un réel soutien durant ces trois années de formation. Merci de m'avoir poussé chaque jour à croire en moi et en mes projets.

Un grand merci aux professionnels de santé qui ont accepté de répondre à mes questions lors de mes entretiens. Je tiens à remercier également les soignants que j'ai rencontrés lors de mes différents stages qui ont su m'accompagner et m'apporter leurs connaissances. Merci pour votre confiance, vos conseils et pour m'avoir permis de grandir à vos côtés.

Je suis également reconnaissante envers ma famille, et tout particulièrement mes parents et ma sœur, qui ont toujours cru en moi, parfois plus que moi-même. Merci de m'avoir soutenue à chaque étape de ce parcours. Merci pour la confiance que vous avez eue en moi, qui m'a portée même lors de moments de doutes. Vous avez toujours été derrière moi, même lorsque je n'étais pas facile à suivre.

À mes amies, merci d'avoir été là, tout simplement. Merci pour votre présence, vos messages de soutien à chaque épreuve, vos rires, vos mots qui tombaient toujours au bon moment. Merci d'être restées à mes côtés malgré le rythme difficile de cette formation. Nos moments m'ont aidée plus que je ne saurais le dire.

Et un immense merci à mes collègues de travail de Pédiatrie, devenues mes amies. C'est aussi grâce à vous que j'ai trouvé le courage de reprendre mes études pour faire le métier dont j'ai toujours rêvé.

Enfin, merci à Justine. Mon binôme durant ces trois années de formation. La personne avec qui j'ai réellement tout partagé pendant ces trois ans ; nos rires, nos peurs, nos angoisses, nos pleurs. Mais également nos révisions, à la mer ou encore au ski, nos soirées, nos weekends et nos vacances. Merci d'avoir été là, ton aide et ton amitié ont compté plus que tu ne peux l'imaginer. Sans toi la formation n'aurait pas été la même.

Tables des matières

Introduction	1
1. Situation d'appel	3
2. Questionnement	9
3. Question de départ	13
4. Cadre de référence	14
4.1 L'enfant de 3 à 6 ans	14
4.2 La gestion des émotions du patient et du soignant	20
4.2.1 Définition	20
4.2.2 Du soignant	20
4.2.3 Du patient	23
4.3 La triade : relation soignant - soigné	25
4.3.1 Définition	25
4.3.2 La relation soignant - soigné	25
4.3.3 La triade enfant – parent – soignant	27
4.4 La négociation et les distractions en pédiatrie	30
4.4.1 La négociation dans le soin	30
4.4.2 Objectifs de distraction en pédiatrie	32
4.4.3 Les techniques de distraction	33
5. Enquête exploratoire	37
5.1 La méthode clinique	37
5.2 L'entretien semi-directif	37
5.3 La population choisie	38
5.4 Lieu d'investigation	38
5.5 Guide d'entretiens	40
5.6 Grille d'analyse	40
5.7 Les limites et difficultés lors des entretiens	40
5.8 Analyse des entretiens	42
5.8.1 Entretien par entretien	42
5.9 Synthèse de l'enquête exploratoire	54
5.9.1 L'enfant en pédiatrie	54
5.9.2 La triade enfant – parents- soignant	55
5.9.3 La négociation et la distraction en pédiatrie	57
5.9.4 Les émotions	58
6. Analyse croisée	60
6.1 L'enfant en pédiatrie	60
6.2 La triade enfant – parents – soignant	62
6.3 La négociation et la distraction en pédiatrie	65
6.4 Les émotions	68
7. Problématique	72
8. Question de recherche	74
Conclusion	75
Bibliographie	77
Annexe	81

Introduction

En pédiatrie, à chaque soin réalisé, en ressort l'importance de la triade parents-enfant-soignant mais également l'utilité de la distraction. Les relations soignants-soignés que nous tissons dans les services où nous prenons en soin des enfants engagent nos émotions. C'est le fil conducteur de ce mémoire.

Depuis toute petite, j'ai toujours eu le projet de devenir infirmière puéricultrice. Doutant de mes capacités et pensant que je n'étais pas capable de suivre trois années de formation en soins infirmiers, je me suis alors dirigée vers la formation d'auxiliaire de puériculture tout en gardant en tête l'envie de devenir puéricultrice. Au bout de six ans en service de pédiatrie, encouragée par mes collègues de travail, aujourd'hui devenues mes amies, je me suis lancée. Et aujourd'hui, me voilà en troisième année d'infirmière. J'ai toujours été attiré par des services alliant soins techniques et soins relationnels. C'est pourquoi les services de pédiatrie, d'urgences pédiatriques ou encore de néonatalogie m'animent. En entrant en première année, je pensais déjà au sujet de mon mémoire et il était important pour moi de me concentrer sur un sujet spécifique qui pourrait élargir mes connaissances dans un domaine qui m'attire depuis toujours et qui pourrait me permettre de garantir des soins de qualité. Durant ma carrière d'auxiliaire de puériculture, et après un stage en pédiatrie, une situation revenait sans cesse. Celle du refus de soin.

Dans un premier temps, j'exposerai la situation de départ où j'ai pris en soin un enfant de 5 ans, chronique. Je me suis retrouvée face à un refus de soin. Suite à cette situation, je me suis alors énormément remise en question sur ma capacité à rassurer l'enfant mais également sur l'impact que peuvent avoir nos émotions sur le soin. Ce questionnement m'a permis d'élaborer la question de départ.

Afin d'éclairer celle-ci, j'ai construit un cadre de référence dans lequel on retrouve les axes suivants. Je commencerai à présenter les soins en pédiatrie en général, avec le développement d'un enfant âgé de 3 à 6 ans mais également l'impact émotionnel que peut avoir la prise en soin d'un enfant sur le soignant ainsi que l'impact de l'hospitalisation sur le patient.

Mon deuxième point concernera l'importance de la relation de confiance et de la triade parents-enfant-soignant en pédiatrie. Je continuerai en présentant l'importance de la négociation et les différentes stratégies de distraction utilisées lors de soin aux enfants.

Associée à mes recherches, j'ai réalisé une enquête exploratoire basée sur une méthode clinique et réalisé des entretiens auprès de 4 professionnels de santé dont une auxiliaire de puériculture, dans différents services afin de pouvoir confronter mes recherches et l'avis des soignants, qui sont au plus proches des réalités du terrain. Je trouve cela important d'interroger des auxiliaires de puériculture, car dans des services tels que la pédiatrie, le binôme est primordial. Notamment lors des soins. L'auxiliaire de puériculture participe tout autant que l'infirmière aux soins et joue un rôle essentiel à ce moment-là. C'est la personne la plus proche du patient, elle crée des liens particuliers lors des soins de nursing par exemple.

Pour finir, je ferai une conclusion où j'exposerai la manière dont ce travail pourrait influencer ma pratique professionnelle.

« La pédiatrie, c'est l'art de guérir tout en écoutant les sourires. »

« La pédiatrie ne consiste pas seulement à soigner des enfants, mais à donner aux parents
l'espoir et la confiance. »

1. Situation d'appel

Ma situation d'appel se passe dans un service de pédiatrie d'un hôpital de la région lors de ma deuxième année d'école d'infirmière.

Au sein du service de pédiatrie, il y a deux secteurs que nous appelons « côté chirurgie » et « côté médecine ». Du côté chirurgie sont pris en charge des enfants jusqu'à l'âge de 16 ans, pour des pathologies ou interventions relevant d'un avis chirurgical. Du côté médecine, sont accueillis des enfants de 2 semaines à 3 ans pour une prise en charge pédiatrique. Hors période hivernale, les équipes sont composées de 3 infirmières puéricultrices et 3 auxiliaires de puériculture de jour. La nuit elles sont deux binômes. Durant l'hiver, quasiment la totalité des chambres sont doublées au vu des épidémies de bronchiolites que rencontrent les équipes chaque année. L'effectif soignant est donc évidemment revu.

Ce jour-là, je suis de nuit. Il est 19h, l'infirmière puéricultrice de jour nous fait la relève et nous parle d'Antoine. Antoine est un petit garçon âgé de 5 ans entré dans le service la veille, en fin de journée suite à une constipation. En effet, Antoine est suivi à Marseille depuis sa naissance pour une constipation chronique depuis sa naissance. Depuis environ 3 ans, des lavements rectaux sont faits à domicile plusieurs fois par semaine, par une infirmière libérale. Actuellement, Antoine est accompagné de son papa mais celui-ci a confié à l'équipe de jour qu'il ne resterait pas cette nuit, car il y a d'autres enfants à la maison, dont un bébé. Elle nous raconte également que le chirurgien a prescrit des lavements aux trois huiles afin de vider et nettoyer les intestins. Cela favorise le processus naturel d'évacuation, tonifie le colon et régénère la flore intestinale. Ces lavements durent entre 20 et 30 minutes. Cette méthode vise à accompagner le processus physiologique normal, et en aucun cas à le modifier. Ils permettent de redonner la tonicité au côlon et permettent à la flore de se régénérer naturellement. La prescription du chirurgien est de 3 lavements par jour et selon la planification, Antoine doit avoir un lavement à 20h00. Ce sont des soins invasifs, la puéricultrice de jour nous informe du bon déroulement du soin lors de journée et Antoine a très bien accepté les lavements et comprend leur utilité.

Une fois la relève terminée, je suis avec une infirmière puéricultrice, ma tutrice, que nous appellerons Laura et une auxiliaire de puériculture, Marie. Nous choisissons de nous mettre du côté chirurgie car nous connaissons quelques enfants dont nous nous sommes occupées quelques jours auparavant. Dans notre secteur se trouve le petit Antoine. Nous commençons notre tour de 20h après la préparation de nos soins. C'est un secteur où les enfants sont généralement algiques ce qui peut rendre les soins difficiles. Le tour de 20h est souvent le moment où les parents ont de nombreuses questions avec ce besoin de parler. Il est vrai que les angoisses arrivent en même temps qu'arrive la nuit. La prise en soin d'un enfant en pédiatrie impacte-t-elle davantage les parents ?

Une fois que nous sommes sorties de la première chambre, je regarde l'heure. Il est 20h05. J'informe Laura de mon intention d'aller prévenir Antoine et son papa du soin, ainsi que de la nécessité de la présence du papa lors du lavement. Sa présence est importante pour rassurer son fils et permettre à Antoine d'avoir un repère. Je toque à la porte, j'entends un grand « *C'est qui ?* » avec une voix d'enfant. Je réponds : « *Je suis une copine de nuit !* » et j'entre dans la chambre. Je dis bonjour à Antoine et vois que le papa n'est pas dans la chambre.

Je me présente : « *Je m'appelle Célia, comment tu vas ?* » Le petit garçon me répond : « *Moi je m'appelle Antoine ! Je fais dodo à l'hôpital depuis hier. C'est toi qui dors à l'hôpital cette nuit ? Hier c'était Elodie.* » Je lui explique que je suis là toute la nuit, accompagnée de ma collègue Laura. Je complimente son super pyjama Sonic. Tout fier, Antoine se met debout sur son lit pour me montrer son pyjama et me dit qu'il adore courir vite. Je lui demande ensuite où se trouve son papa. Le petit garçon m'explique que son papa est au téléphone avec sa maman pour parler de sa nouvelle petite sœur. Je demande à Antoine quel âge a sa petite sœur et comment elle s'appelle. « *Eva !* » Me dit-il fièrement. J'affirme qu'il doit être un super grand frère ! Il me répond avec un grand sourire : « *Oui et je lui ai même déjà donné le biberon !* » Je le félicite et continue en lui demandant de dire à son papa de venir me voir dès qu'il revient dans la chambre car nous aimerions nous présenter à lui. Je me dirige vers la porte et dis : « *Je reviens te voir dans pas longtemps, si tu as besoin tu peux appuyer sur le petit bouton rouge et j'arrive aussi vite que Sonic.* » Antoine rigole et me dit : « *Tu peux laisser la porte ouverte ?* » Je laisse donc la porte ouverte et rejoins Laura pour continuer le tour.

Environ 10 minutes après, Antoine sonne. Je fais mine d'arriver en courant. J'entends Antoine rigoler et dire à son papa : « *C'est Célia. Elle m'a dit qu'elle courait comme Sonic !* ». Je passe ma tête dans la chambre et Antoine me dit immédiatement : « *Tu as été viiiiiite. Papa est là !* ». Je me présente alors au papa. J'explique ensuite que nous allons arriver d'ici 20 minutes afin de faire le lavement. Le papa me coupe la parole afin de m'expliquer qu'il ne pourra pas attendre et qu'il doit partir pour aller s'occuper du bébé. Nous nous dirigeons avec papa vers la sortie de la chambre expliquer pourquoi pendant qu'Antoine regarde un dessin animé sur sa tablette. J'explique au papa l'intérêt de sa présence lors du soin. Le papa me répond qu'Antoine a l'habitude d'avoir des Normacol et que cela se passe bien. Suite à cette réponse, je réitère l'intérêt de cette présence et précise et informe le papa de la différence entre des lavements au Normacol et des lavements aux 3 huiles. Ces lavements durent 30 minutes et que pendant ces 30 minutes Antoine ne pourra pas bouger de son lit d'où l'importance de sa présence auprès de son fils. De plus, aujourd'hui, Antoine est à l'hôpital. Habituellement, les lavements sont faits à la maison, avec une infirmière qu'il connaît depuis plusieurs années. De ce fait, le contexte n'est pas le même.

En quoi la relation soignant/soigné est-elle un levier dans la prise en soin d'un enfant en pédiatrie ? Mais également quelle est l'importance de la relation soignant/soigné dans la prise en soin d'un enfant ?

Le papa d'Antoine me répond vaguement : « *Oui, oui* » tout en retournant dans la chambre. Je décide alors de les laisser tranquille et leur dis que nous arrivons d'ici quelques minutes. Quelle place ont les parents lors d'un soin ? Quel rôle ont-ils ?

Je retourne voir Laura et lui relate mon échange, elle décide de faire le soin maintenant. À ce moment-là, le papa sort de la chambre avec son manteau. Il nous dit qu'il ne peut pas attendre. L'infirmière décide alors de lui réexpliquer, loin d'Antoine, la nécessité de sa présence durant ce soin. Le papa affirme une fois de plus que c'est un grand garçon et qu'il y a un bébé à la maison qui l'attend et qui a également besoin de lui. Il finit en nous disant : « *Je vous souhaite une bonne soirée, bon courage. Je repasserai demain dans la journée, je n'ai pas vraiment dit d'heure à Antoine.* » Nous souhaitons alors un bon retour au papa tout en lui donnant le numéro du service en cas de besoin.

20h30 : nous entrons dans la chambre d'Antoine. Il est allongé dans son lit. La télé est allumée et la lumière éteinte. Je lui demande si je peux allumer la lumière de la salle de bain. Il me dit : « *Oui* ». Nous lui prenons ses constantes et Laura lui demande, en voyant le plateau sur la table, s'il a aimé son repas de ce soir. Le petit garçon nous fait un « *oui* » de la tête. Je sens qu'il se ferme petit à petit. En effet, il ne nous regarde pas et évite de parler. Afin d'entrer en contact avec lui, je lui demande ce qu'il veut regarder à la télé ce soir.

Antoine fait un petit sourire et dit : « *Je ne sais pas encore si j'ai envie de regarder la télé...* » d'une toute petite voix. Je lui dis alors qu'une fois que nous aurions vu tous les autres enfants, je reviendrai le voir pour choisir un dessin animé ensemble ou faire un jeu. Je sors de la chambre afin de noter les constantes sur le DPI pendant que Laura dit à Antoine que nous devons lui faire son lavement. Elle lui explique que c'est comme dans la journée, cela dure entre 20 et 30 minutes et qu'ensuite nous venons lui enlever. Antoine accepte timidement. J'entre alors dans la chambre et me mets du côté droit du lit. Laura est en face de moi. Je demande alors s'il veut que l'on mette un peu de musique pour chanter. Il accepte et nous commençons à chanter. L'infirmière lui explique le dérouler du soin. L'importance d'être détendu afin de monter la sonde et que cela va être rapide. Le visage d'Antoine se ferme de nouveau. Il arrête de chanter et ne parle plus. Laura lui demande si c'est bon pour lui et si elle peut mettre la sonde. Il dit « *oui* » en faisant signe de la tête. J'essaie alors de capter de nouveau son regard grâce à la musique. Puis l'IDE dit : « *Aller loulou, j'y vais !* » Et là, le petit garçon resserre tout d'un coup les jambes tout en disant : « *non !* » Nous arrêtons immédiatement. Nous lui demandons ce qui ne va pas. Antoine répond qu'il ne veut plus. Il nous dit être fatigué et vouloir dormir. Laura lui explique que c'est pour qu'il n'ait plus mal au ventre. Qu'une fois que nous aurons fait ce lavement, il pourra dormir et sera apaisé. Je vois les larmes commençant à monter dans ses yeux. Je décide de lui prendre la main afin de le rassurer. Il me regarde les yeux remplis de larmes. Je m'approche de lui en lui disant : « *Tout va bien se passer, je te le promets. Je comprends que tu en aies assez et que ce soit un moment difficile pour toi. Mais je sais aussi que tu es super courageux. Papa l'a dit !* » Il sourit et regarde Laura comme pour lui dire qu'il est prêt. Laura me regarde et me fait signe de la tête. Je décide alors de me retourner vers Antoine, qui me tient toujours la main, et lui demander son accord pour que Laura fasse le lavement. La deuxième tentative échoue également ; Antoine serre les jambes et pleure. L'infirmière lui explique que nous avons le temps et que dès qu'il se sent prêt il nous le dit.

Antoine lui coupe alors la parole en nous disant : « *Je ne veux plus, j'en ai assez. J'ai mal et j'ai peur !* » Il regarde Laura et ajoute : « *Je ne veux pas que tu mettes la sonde !* » À ce moment-là, je m'interroge sur le consentement, le refus des soins en pédiatrie ainsi que de la place du parent dans la triade ? Mais quelle est la limite entre pratiquer un soin pour le bien du patient et accepter le refus de soin, notamment lorsque les parents de l'enfant ne sont pas présents ?

L'infirmière lui demande s'il aimerait que ce soit moi qui fasse le lavement. Antoine accepte.

Une fois de plus, c'est un échec ; au moment où je m'approche, le petit garçon recommence à pleurer en serrant les jambes et en se tortillant. Nous décidons de proposer à Antoine le MEOPA. Le MEOPA est indiqué lors d'actes douloureux nécessitant une analgésie de courte durée ou en cas de douleur légère à modérée chez l'adulte et l'enfant de plus d'un mois. C'est un gaz que les enfants respirent à travers un masque. Nous savons que durant la journée Antoine a eu recours au MEOPA à la suite d'une prescription du médecin, car nous avons pu apercevoir, posé sur la table, un masque. Avec l'accord d'Antoine, je branche alors celui-ci et nous attendons quelques instants afin que le MEOPA fasse son effet. Quelques minutes plus tard, le petit garçon refuse de nouveau le lavement et se met à crier et pleurer très fort tout en enlevant le masque. On arrête tout et nous disons à Antoine de respirer lentement et de se calmer. Nous affirmons à Antoine que nous ne ferons rien sans son accord. Nous pouvons comprendre qu'après tous les lavements qu'il subit au quotidien ce soit compliqué. D'autant plus que c'est le troisième de la journée, le soir, sans repère, sans ses parents, avec que des personnes qu'il ne connaît pas. À ce moment-là, je me suis demandée si l'appréhension d'Antoine vis-à-vis de ce soin aurait été différente avec une infirmière qu'il connaissait davantage ? En quoi la relation de confiance établie avec le patient facilite-t-elle l'exécution d'un soin ? Comment aurions-nous pu faire pour créer rapidement une relation de confiance avec Antoine afin de le rassurer au mieux ? Antoine aurait-il été plus en confiance ?

Je regarde Laura qui est en face de moi. Elle décide de prendre le relais et d'essayer de convaincre une dernière fois le petit garçon de nous laisser faire le lavement en lui expliquant le but de ce dernier. Antoine me prend la main, fait signe à Laura. Il ferme les yeux. Laura approche la sonde de son anus et le petit garçon hurle. Il tape des pieds, se met à trembler et pleure à chaudes larmes. Il me prend la main et me dit : « *Tu sais, je fais tout ça pour maman et papa. Moi j'en ai marre d'avoir ces lavements dans les fesses, je ne veux plus...* »

Nous levons la tête en même temps avec l'infirmière, nous nous regardons. Toutes les deux les yeux brillants et touchées par les mots d'Antoine. On s'est comprises. Nous arrêtons. À ce moment-là, je me questionne sur la gestion de mes émotions et comment celles-ci sont influencées par les émotions d'Antoine, et de ce fait, sur la prise de recul et la posture de soignant. En quoi les réactions des enfants durant un soin impactent-elles les émotions des soignants et donc la prise en charge ? Je me suis également demandé comment face à une situation qui nous touche, pouvons-nous prendre du recul ?

Je m'assois sur le lit et dis d'Antoine : « *Si tu n'es pas d'accord, on ne te forcera pas. Si à un moment tu te sens prêt et tu veux faire le lavement, tu viens nous voir.* » Le petit garçon s'accroche à ma main et me demande s'il peut rester avec nous. On lui répond alors que nous devons finir de voir les autres enfants et qu'après il pourra venir avec nous dans la salle de pause. Il accepte et arrête de pleurer. Il est 21h05. Nous sortons de la chambre au bout d'un long moment de négociation en nous demandant comment nous aurions pu faire pour que le soin se passe dans de bonnes conditions et qu'Antoine accepte le lavement... Comment aurions-nous pu appréhender au mieux la crainte, l'inquiétude d'Antoine lors de ce soin technique et douloureux ? Qu'aurions-nous pu mettre en place pour éviter une telle situation et une telle réaction de l'enfant ? Notre posture a-t-elle influencé les émotions d'Antoine ?

2. Questionnement

Face à la réaction d'Antoine lors de la réalisation d'un soin invasif, j'ai pris conscience des défis que soulèvent les soins pédiatriques, pour l'enfant mais également pour l'équipe soignante. Plusieurs aspects m'ont questionné.

Je m'interroge tout d'abord sur la manière dont les soignants peuvent adapter la prise en charge pédiatrique afin de mieux répondre aux besoins spécifiques des enfants. La prise en soin était-elle adaptée à la situation ? En effet, d'après la Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé de 1986, « *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* ». Qu'aurions-nous pu mettre en place pour éviter une telle situation et une telle réaction de l'enfant ? Peut-être aurions-nous pu être davantage dans le jeu lors du soin afin de distraire Antoine. Faire participer le petit garçon aurait également pu être une idée, en lui proposant par exemple de faire le soin sur un doudou avant de le faire sur lui en spécifiant le fait qu'ils allaient pouvoir attendre les 30 minutes tous les deux. En bref, mettre en place plus de distractions. Selon Françoise Galland, directrice et co-fondatrice de l'association SPARADRAP, la distraction est un enjeu à court et long terme. Elle permet de faire en sorte que les premiers soins se passent bien afin d'éviter toutes phobies, mais également de rassurer les enfants afin de conserver ou créer une relation de confiance. Je me suis demandée comment les techniques de distraction influencent-elles la perception de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant lors des soins ? Il existe des techniques afin de gérer au mieux la douleur et l'appréhension de l'enfant. Dans ma situation et comme dans de nombreuses autres situations en pédiatrie, la distraction influence-t-elle le vécu du soin par l'enfant ? En sachant que le jeu a une place primordiale dans le développement de l'enfant, pouvons-nous considérer que la distraction est un outil de soins pour l'équipe soignante ? À ce moment-là, le jeu est considéré comme une distraction, mais également comme un outil thérapeutique pour les soignants car ce dernier facilite le bon déroulement des soins. En effet, le but étant de réaliser le lavement dans un contexte paisible, serein et bénéfique pour tous. Je me suis donc interrogée sur les méthodes, les moyens à mettre en place afin de faciliter l'acceptation de l'enfant face aux soins. En France, il existe le principe du consentement libre et éclairé. Dans l'article L.111-4 du Code de la santé publique, il est inscrit qu'un acte médical ou un traitement ne peut être réalisé qu'après que le patient ait donné son consentement libre et éclairé.

Le consentement médical chez les mineurs est également encadré par cet article. Il est dit : « *Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Si le mineur s'oppose à ce que les titulaires de l'autorité parentale soient consultés pour des soins le concernant, le médecin peut se dispenser d'obtenir leur consentement si le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé de la personne.* » En effet, le Code de la Santé publique souligne l'importance de la participation de l'enfant dans le processus de décision mais souligne également l'importance du consentement des représentants légaux : « *Les décisions concernant un acte médical sur un mineur sont prises par les titulaires de l'autorité parentale.* » Il existe cependant des exceptions. Le mineur peut consentir seul à des soins médicaux lorsque ces derniers sont liés à la contraception, à une interruption volontaire de grossesse ou à des maladies sexuellement transmissibles.

De la distraction, en découle le fait que dans cette situation, la négociation a une place importante. En effet, la négociation englobe la gestion des refus de l'enfant et le respect de ses besoins émotionnels et cognitifs. D'après l'article L111-4 du Code de la santé publique ; « *Les mineurs ont le droit de recevoir une information et de participer à la prise de décision les concernant selon leur degré de maturité.* » De plus, « *Si l'enfant refuse un soin non urgent, le médecin doit tenter de dialoguer avec lui et ses parents pour trouver un terrain d'entente, tout en respectant ses droits.* » Pour Antoine, le soin aurait-il pu attendre le retour du papa le lendemain matin malgré les prescriptions du médecin ? À partir de quel âge considérons-nous qu'un enfant à l'autonomie légale pour refuser un soin ? La négociation est importante afin de surmonter l'anxiété de l'enfant ainsi que la douleur anticipée, notamment lors de soins invasifs. Entre alors en jeu la communication. Elle permet aux soignants d'expliquer de manière adaptée les soins et leur importance. Quel rôle joue la communication claire et adaptée à l'âge de l'enfant dans la gestion des refus de soins ? Quel est l'impact de la négociation sur la gestion de la peur et de l'anxiété ? La négociation permet de rétablir un équilibre.

Vient alors la question de la relation de confiance qui en découle sur l'importance de la triade enfant – parents – soignant. Je me suis donc demandé si la prise en soin aurait été différente avec une puéricultrice que le petit garçon connaissait. Il est vrai que, lorsque nous nous occupons de patients, une relation de confiance se crée. Cette relation de confiance est importante et permet une prise en soin efficace et dans de bonnes conditions.

C'est pourquoi, la question de la relation de confiance entre l'enfant et le soignant est primordiale pour l'acceptation des soins. La confiance facilite-t-elle la coopération de l'enfant durant le soin et améliore-t-elle son vécu ? Or, dans cette situation, Antoine ne nous connaissait que depuis quelques minutes. Si nous avions pris le temps de jouer avec lui, de discuter en début de soirée afin de créer cette relation de confiance, et par la suite, proposé le lavement, le soin se serait-il mieux déroulé ? En quoi la relation de confiance établie avec le patient facilite-t-elle l'exécution d'un soin ? Quelle est l'importance d'une alliance thérapeutique entre le soignant et le soigné ? Lorsque l'on parle de confiance, un enfant aura tendance à parler de ses parents. C'est pourquoi un autre axe d'analyse porte sur le rôle essentiel de la triade enfant - parent - soignant en pédiatrie. Il est vrai que la présence d'un parent peut avoir un effet apaisant et sécurisant pour l'enfant. Comment la présence d'un parent ou d'un soignant familial influence-t-elle les réactions émotionnelles et comportementales de l'enfant durant un soin ? L'implication des parents pourrait être un moyen de renforcer la sécurité émotionnelle de l'enfant. En quoi l'alliance thérapeutique peut-elle favoriser la pratique d'un soin dans de bonnes conditions ? Je me suis alors demandé comment aurait été la situation si le papa était resté. En effet, durant la journée, les soins se sont bien passés avec le petit garçon. Le papa était présent. Nous pouvons évidemment imaginer que l'absence du papa impacte Antoine. Dans cette situation, nous pouvons voir à quel point la triade enfant-parents-soignant est primordiale. Pouvons-nous considérer que la famille est un partenaire thérapeutique ? En tant que soignante, je me demande comment créer une relation de confiance afin de rassurer au mieux le petit garçon et tous les patients que je prendrai en soin durant ma carrière.

Dernièrement, cela entraîne un questionnement de ma part sur ma capacité à rassurer Antoine. Est-ce parce que j'ai été touchée par ses mots ? Et de ce fait, la prise en soin a été impactée. Nous pouvons nous demander en quoi les réactions des enfants telles que la peur, la douleur ou le refus de coopérer durant un soin impactent-elles les émotions des soignants et donc la prise en charge ? Si nous avions été davantage sûres de nous en ne montrant pas nos émotions, Antoine aurait-il changé d'avis et accepté le lavement ? A-t-il à ce moment-là senti une faiblesse de notre part ? Dans ma situation, malgré le fait que nous n'ayons rien dit devant Antoine, notre gestuelle nous a-t-elle trahis ? Catherine Mercadier écrit que dans le cadre du soin, les émotions sont un moyen de créer du lien avec les patients et leurs familles.

Avons-nous été touchés par ses mots car c'est un contexte sensible et un soin délicat ? Comment arriver à prendre du recul lorsque nous faisons face à une situation qui nous touche ?

Il est vrai que travailler avec des enfants hospitalisés et leurs familles expose les soignants à des situations émotionnellement intenses. Différentes émotions entrent en jeu telles que le stress induit par des soins complexes ou douloureux, l'empathie envers ces enfants hospitalisés. Il est courant d'être face à des enfants dont les réactions émotionnelles sont vives et importantes lors des soins. On peut donc se demander en quoi les cris, les pleurs chez les enfants affectent-ils l'état émotionnel des soignants ? Peut-on également parler d'un sentiment d'impuissance ou de frustration face aux difficultés que rencontre le soignant pour apaiser la douleur ou rassurer l'enfant ?

Marie-Frédérique Bacqué, psychologue clinicienne et spécialiste du deuil a travaillé sur l'impact des émotions dans la relation soignant-soigné. Elle dit que les soignants sont confrontés à de nombreuses émotions telles que la tristesse, l'impuissance, la colère ou la culpabilité. Elle affirme qu'ignorer ces émotions peut entraîner un burnout émotionnel ou des troubles psychosomatiques. Elle insiste notamment sur le besoin pour les soignants de trouver un équilibre entre empathie profonde et protection émotionnelle personnelle. Carl Rogers, psychologue humaniste, a mis en évidence l'importance des émotions pour accompagner les patients vers le mieux-être. Il affirme qu'elles facilitent la guérison, réduisent l'angoisse et renforcent l'alliance thérapeutique.

À la suite de ce questionnement et ayant comme projet de devenir puéricultrice, je souhaite diriger mon travail de fin d'études sur l'importance de la négociation durant l'hospitalisation d'un enfant ainsi que sur l'impact que peut avoir une prise en soin en pédiatrie sur les émotions du personnel soignant.

3. Question de départ

C'est ainsi, au travers de ma situation et de mes différents questionnements, que je trouve pertinent d'orienter ma question de départ sur :

En quoi la négociation ainsi que la triade influencent l'acceptation des soins invasifs en pédiatrie ?

4. Cadre de référence

Afin d'éclairer mon questionnement, je m'intéresserai tout d'abord aux soins en pédiatrie en faisant un point sur l'enfant de 3 à 6 ans. Nous verrons alors les différentes étapes de son développement en passant par le développement psychomoteur, cognitif et psychoaffectif. Puis je développerai l'importance de la triade parents – enfant – soignant ainsi que leurs rôles. À la suite de cela, nous évoquerons la négociation dans le soin en abordant différents sujets tels que les émotions et le consentement au soin.

Afin d'orienter des pistes de réflexion sur le travail que je souhaiterais mener, j'ai envisagé la lecture d'auteurs, de psychologues, d'émissions ou encore de sites internet.

4.1 L'enfant de 3 à 6 ans

Dans un premier temps, il me semble primordial de définir la pédiatrie ainsi que l'enfant, puisque ce sont les éléments principaux de mon mémoire de fin d'études. Étymologiquement, le mot enfant vient du latin *infans*, qui signifie « *qui ne parle pas encore* ». L'enfant est décrit comme un être humain dans l'incapacité de s'exprimer.

Je me suis appuyé sur la *Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant* de 1989 qui décrit l'enfance comme la période de la vie humaine de la naissance à l'âge de 18 ans. L'âge de la majorité montre la fin de l'enfance et le début de l'âge adulte. L'article 1 de la *Convention internationale des droits de l'enfant* (CIDE) stipule : « *Est défini comme enfant tout être humain de moins de 18 ans, sauf si la loi nationale fixe plus tôt l'âge de la majorité.* » Il est également écrit que : « *Tout enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de soins médicaux. L'état met un accent particulier sur les soins de santé primaires et les soins préventifs.* » L'enfant est donc considéré comme tel jusqu'à ses 18 ans aux yeux de la loi.

D'après le dictionnaire *Larousse*, « *La pédiatrie est la spécialité qui traite de l'enfant, depuis la vie intra-utérine, en collaboration avec les obstétriciens, jusqu'à l'âge adulte.* » Le dictionnaire *Le Robert*, m'apportera une autre définition de la pédiatrie. Elle correspond à la « *médecine des enfants.* »

Afin de comprendre au mieux les besoins spécifiques de l'enfant, il me paraît nécessaire de prendre le temps d'étudier le développement psychomoteur, cognitif et psychoaffectif de l'enfant. Je m'attarderai davantage sur la tranche d'âge correspondant à l'âge de l'enfant dans ma situation, c'est-à-dire entre 3 et 6 ans.

- Développement psychomoteur

À la fin de la première année, l'enfant commence à marcher tout seul. Il devient donc autonome sur de nombreuses choses. C'est à ce moment-là qu'apparaît le « NON ».

Dans le livre *Quelques axes détaillés du développement psychomoteur de l'enfant*, de Aurélien D'Ignazio et Juliette Martin, nous constatons que l'enfant âgé de 3 ans va commencer à tirer dans un ballon, à participer au déshabillage et à l'habillage, il utilise une cuillère pour manger, réalise des puzzles, commence à dessiner. Vers 3-4 ans, il devient autonome pour se déshabiller et s'habille de mieux en mieux ; il sait mettre ses chaussettes, se boutonner... il utilise sa fourchette pour manger. De plus, il commence à apprendre le découpage. Entre 4 et 5 ans, l'enfant sait attacher une fermeture éclair et sait mettre ses chaussures. Il fait des puzzles plus conséquents (10 et 15 pièces) et arrive à découper en suivant une ligne. À l'âge de 5 ans, les dessins ressemblent de plus en plus à la réalité. Les gestes de l'enfant sont automatisés.

Pour ce qu'il en est de la coordination, entre 3 et 7 ans, l'équilibre chez l'enfant est meilleur. Il réussit donc à sautiller, courir, faire des pas chassés, prendre de l'élan pour taper dans un ballon, lancer et attraper les ballons. Et c'est à partir de 5 ans que l'enfant arrive généralement à sauter à cloche-pied tout en faisant un demi-tour. C'est également le moment de l'apparition des dissociations. En effet, il sait alterner ses mouvements, lever un bras puis l'autre... (D'Ignazio & Martin, 2022, p. 100 – 101).

C'est entre 4 et 5 ans que les enfants ont la notion, la perception des durées. Nous comprenons donc qu'Antoine pouvait appréhender le soin au vu de sa durée. Ils sont capables de citer les jours de la semaine ainsi que les saisons. Les auteurs affirment que les enfants, en fonction de leur âge, connaissent différentes parties du corps. A 3 ans ils connaissent : la tête, les mains, les pieds, la bouche, les oreilles, les yeux, le nez, le dos, le ventre, les bras et les jambes. À l'âge de 4 ans nous pouvons ajouter : les genoux, les dents, les talons, le front, le cou, les joues, le menton, le pouce, les ongles.

Enfin, à 5 ans, sont ajoutés : les lèvres, les épaules et les sourcils.

Afin de comparer et de voir si nous pouvions apporter des éléments supplémentaires, nous allons-nous intéresser aux recherches du Docteur Pascale Miguet-Danzin sur le développement de l'enfant de 3 à 6 ans. D'après le médecin :

« Vers 3 ans l'enfant :

- Sait monter les escaliers en mettant un pied sur chaque marche
- Tient debout sur une seule jambe mais peu de temps
- Peut faire du tricycle
- Sait taper dans un ballon avec son pied et lancer un ballon avec ses 2 bras
- Sait tourner les pages d'un livre une à une et empiler plusieurs cubes
- Sait s'habiller seul et manger seul
- Commence à être propre

Aux alentours des 4 ans,

- L'enfant sait descendre les escaliers
- Il sait couper avec une paire de ciseaux en suivant une ligne
- Il apprend à faire du vélo
- Il sait lancer

L'enfant de 5-6 ans,

- Il colorie sans dépasser
- Il sait découper en suivant des tracés variés
- Il distingue sa droite et sa gauche
- Il sait sauter à cloche-pied ou à pied-joints ». (Miguet-Danzin, 2024).

- Développement cognitif

Jean Piaget, psychologue, explique qu'il existe 4 stades du développement cognitif de l'enfant. Ce sont les étapes par lesquelles passe l'enfant pour acquérir des connaissances et une compréhension du monde qui l'entoure. D'après l'auteur, les grandes étapes de la vie construisent la pensée et l'intelligence de l'enfant. Les différents stades se déroulent dans un ordre précis, mais à des âges différents selon les enfants. D'où le fait que les enfants n'évoluent pas à la même vitesse et de la même manière. Le développement de ce dernier est également en lien avec les interactions qu'il a avec son environnement.

Afin de comprendre davantage les particularités du jeune enfant, je vais développer les différents stades de son développement cognitif selon Jean Piaget.

- Le stade sensorimoteur : il se déroule entre la naissance et l'âge de 2 ans. Cette étape est caractérisée par le fait que c'est une période durant laquelle les bébés apprennent à connaître le monde à l'aide de leurs sens et de leur motricité. L'enfant va apprendre à contrôler ses muscles et donc va pouvoir interagir avec le monde en apprenant à se tourner par exemple.
- Le stade préopératoire : de l'âge de 2 ans à l'âge de 6 ans. C'est une période durant laquelle l'enfant va développer une meilleure compréhension du langage et de la pensée de par le fait de sa scolarité. C'est à ce moment-là que l'enfant commence à jouer à des jeux symboliques tels que le papa et la maman.
- Le stade des opérations concrètes : concerne l'enfant âgé de 6 à 12 ans. Il commence à avoir accès à l'information abstraite. L'enfant a alors conscience qu'il peut penser à des choses qui ne sont pas présentes sur le moment. Il fait preuve de raisonnement logique.
- Le stade des opérations formelles : à partir de 12 ans. C'est la dernière étape du développement cognitif selon Piaget. Elle correspond au développement de la pensée abstraite de l'adolescent. Il a développé des compétences intellectuelles suffisantes pour avoir un raisonnement abstrait sur des objets ou encore des idées et a la capacité de raisonner.

○ Développement psychoaffectif

Nous pouvons également développer les différents stades du développement psychoaffectif de l'enfant. Pour cela, je m'appuierai sur la théorie de Sigmund Freud. Dans les premières années de vie, les stades prégénitaux apparaissent. Nous distinguons le stade oral, le stade anal et le stade urétral ou phallique. Le stade oral dure généralement la première année de vie de l'enfant. C'est une période où la zone érogène est la bouche. « *C'est une année consacrée à la préhension : prise d'aliments, mais aussi d'informations au sens large.* » (Golse, 2015, p.11). À ce stade, la principale zone érogène est la bouche, qui est source de plaisir au travers de la succion, de l'objet pulsionnel qui est représenté soit par le sein de la mère soit par un substitut et de l'exploration des objets. Cette période cesse lors de la diversification alimentaire et de l'intégration de la cuillère. À 2 ans, le stade anal apparaît. Il correspond à la période de l'apprentissage de la propreté et donc de la maîtrise de ses sphincters. « *L'enfant considère en effet ses selles comme une partie de lui-même qu'il peut soit expulser, soit retenir* » (Golse, 2015, p.14). Enfin, la troisième année de vie correspond au stade phallique. C'est une période où l'enfant commence à s'affirmer et à découvrir son identité en ayant une curiosité sexuelle infantile. Cependant, il refuse d'accepter qu'il soit différent. « *Le garçon va nier la castration par la négation du sexe féminin ou par le maintien de la croyance en une mère pourvue de pénis. La fille va manifester son envie du pénis, soit en imaginant une « poussée » ultérieure du clitoris, soit par le biais d'attitudes dites « d'ambition phalliques »* ». (Golse, 2015, p. 15-16).

Le complexe d'Œdipe arrive entre 4 et 7 ans, durant le stade phallique. Ce complexe est défini par l'attirance inconsciente de l'enfant pour le parent du sexe opposé et, de ce fait, la rivalité avec le parent du même sexe.

Bien évidemment, il est nécessaire de parler également de Donald Winnicott. Pédiatre et psychanalyste britannique. Il a fait énormément de travaux autour du développement autant psychologique qu'émotionnel de l'enfant. Ces recherches ont influencé de nombreuses pratiques dans le soin et ont permis de comprendre l'importance du soutien émotionnel précoce pour un développement sain. Il prouve et explique que l'enfant construit son identité à travers les interactions avec son environnement. Son ouvrage *Le jeu et la réalité* peut être intéressant afin de comprendre le lien entre le jeu et le développement psychologique.

Nous savons que les parents jouent un rôle majeur dans la construction de la personnalité, mais également dans le développement de l'enfant. C'est pourquoi je vais m'intéresser par la suite de l'importance de la triade dans un service tel que la pédiatrie. Winnicott met l'accent sur l'importance de la relation mère – enfant. Il aborde la notion de la mère « *suffisamment bonne* », qui est une mère répondant aux besoins de son bébé et apportant un sentiment de sécurité. Il l'explique en disant que « *Les soins maternels présupposent une notion capitale : l'identification de la mère au nourrisson, c'est-à-dire la capacité très particulière d'empathie pour savoir ce dont le nourrisson a besoin. Il s'agit de l'identification projective.* » (Golse, 2015, p.67). Selon l'auteur, un développement sain correspond à une relation sécurisante, un apprentissage de la frustration et une autonomie grandissante.

Toute hospitalisation laisse des traces et peut s'avérer être traumatisante pour l'enfant. Nous allons donc voir l'impact émotionnel qu'engendre une hospitalisation.

4.2 La gestion des émotions du patient et du soignant

4.2.1 Définition

L'un des sujets qui ressort le plus dans ma situation, est les émotions. Il me semble donc essentiel de définir ce qu'est une émotion. Durant les trois années d'infirmière, j'ai pu constater l'importance qu'ont les émotions en service. Pour cela, je vais me baser sur les recherches de différents auteurs. Dans le *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*, l'émotion est définie comme une « *expression verbale ou physique réactive, involontaire ou non, de personne affectée par la joie, la douleur, la colère, le chagrin, la perte...* » D'après F. Lelord et C. André : « *L'émotion est une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologiques (notre corps), cognitives (notre esprit), et comportementale (nos actions).* » (Paillard, 2018, p. 165). Nous comprenons alors que les émotions se manifestent à travers le verbal et le non verbal, le volontaire ou non.

Selon le dictionnaire *Larousse*, une émotion est une « *réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement* ». On peut distinguer 6 émotions principales chez le soignant : la colère, la tristesse, la joie, la peur, le dégoût et la surprise.

4.2.2 Du soignant

Catherine Mercadier, dans son livre *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, parle des émotions dans le cadre du travail des soignants en disant que c'est un élément central. Nous allons voir les difficultés qu'ont les soignants à gérer leurs émotions chaque jour, mais que c'est essentiel pour maintenir une distance professionnelle avec les patients. Celles-ci jouent sur la santé des soignants, mais également sur la qualité des soins prodigués.

Tout au long de notre formation, on nous apprend à rester neutre. Il est important de ne pas montrer au patient lorsqu'une situation nous angoisse, nous fait peur ou nous fait de la peine afin de ne pas transférer nos émotions au patient. Il est vrai que voir une infirmière angoissée lors d'une situation lorsque nous sommes nous-mêmes patient, peut être source d'angoisse. Le patient peut ne pas se sentir en confiance.

Nous avons pu remarquer que, dans des services de pointes, tels que les urgences ou encore la réanimation, l'humour est très présent au sein des équipes. Les soignants l'utilisent comme moyen de défense afin de se protéger et de maîtriser ses affects.

Nous pouvons voir grâce à l'ouvrage de Catherine Mercadier que les soignants maîtrisent leurs émotions en utilisant différents moyens tels que l'instrumentalisation des soins, qui s'explique par le fait d'utiliser du matériel afin d'effectuer par exemple, un pansement qui peut s'avérer être difficile à voir et à faire pour le soignant. *« En utilisant des pinces pour la réfection du pansement et non plus des compresses au bout de doigts gantés, ils suppriment une dimension sensorielle et diminuent ainsi son impact : « ça nous éloignait ; ça nous facilitait le geste. » »* (Mercadier, 2008, p. 215). Ils utilisent également la ritualisation des soins qui rassurent, la parole qui permet de prendre du recul, de s'éloigner du moment présent ou encore pour détourner l'attention, comme c'est le cas dans ma situation avec Antoine. *« Cette parole est à distinguer de la communication ; elle n'est pas là pour permettre un échange avec l'autre ; elle se situe malgré tout au-delà de la fonction phatique du langage – établir et maintenir le contact. Elle a pour fonction de neutraliser l'émotion. (...) Elle est une parole vide qui vient remplir le vide creusé par l'angoisse de la situation. »* (Mercadier, 2008, p. 221). Comme dit plus haut, les soignants ont également tendance à utiliser le rire et l'humour. En effet, il permet de prendre du recul lors de situations qui nous touchent et de s'en détacher. L'humour sert de parade à la peur, à l'angoisse ou même à la tristesse et généralement il est utilisé entre collègues de travail. Notamment en pédiatrie, l'utilisation du rire va être finement utilisée avec les enfants et leurs parents afin de ne pas choquer. Le fait de raconter une anecdote sur l'enfant, peut détendre l'atmosphère et rendre l'entretien plus léger afin de passer à autre chose. Il est utilisé en tant qu'outil et non pas comme une arme. Comme le dit l'auteure : *« Le rire vient toujours à la place d'une émotion pénible. Il a bien une fonction d'épargne psychique : peur, honte, colère sont des émotions qui éprouvent celui qui les ressent, qui laissent parfois une empreinte dont il est difficile de se débarrasser. »* (Mercadier, 2008, p. 228). Elle ajoute également : *« Les stratégies de protection développées par les soignants pour assurer la maîtrise des émotions sont indissociables des mesures préventives au regard du risque de contamination symbolique. »* (Mercadier, 2008, p. 228).

Nous pouvons également parler de la blouse du soignant, qui est en réalité, pour beaucoup, une protection. « *Le soignant enfle un personnage, un rôle ; la blouse est comme un masque qui permet de ne voir ni le beau, ni l'horrible, qui garde les mauvaises odeurs et les impressions douloureuses ; quand il l'enlève à la fin de son service, une partie de son vécu y reste collée.* » (Mercadier, 2008, p. 231). C'est une manière pour de nombreux soignants de passer à autre chose une fois le retour à la maison.

Nous pouvons en conclure que les émotions ont un réel impact sur les soins prodigués aux patients et sur la santé des soignants. L'empathie a ses limites. En effet, elle peut devenir source de stress, mais également de surcharge émotionnelle pour les soignants. C'est pourquoi ces derniers mettent en place des mécanismes de défense afin de gérer au mieux la situation. Il est important de ne pas oublier qu'il est normal de ressentir des émotions, d'être touchée par certaines situations et même de devoir passer le relais à certains moments. C'est un métier qui demande un investissement personnel important. Il faut garder en tête que si l'exécution d'un soin, la prise en charge d'un patient est difficile pour nous car il nous renvoie à certaines situations personnelles, vécues, nos émotions, notre ressenti, nos angoisses seront perçues par le patient et rendront le soin plus difficile.

« *Prendre en compte l'impact émotionnel du soin, c'est également permettre aux soignants d'évacuer les affects négatifs et leur permettre de reconstituer un état émotionnel positif.* »
« *C'est un facteur clé de l'humanisation des soins à l'hôpital.* » (Mercadier, 2008, p. 278).

4.2.3 Du patient

Tout au long de nos stages, nous avons pu constater que l'hospitalisation ainsi que les soins invasifs ont un impact tant physique qu'émotionnel sur l'adulte, mais surtout sur l'enfant. Il est vrai que la maladie génère beaucoup d'anxiété. De l'anxiété en rapport avec la maladie, mais également en rapport avec les soins qui lui seront prodigués.

De ce fait, l'émotion qui ressort le plus reste l'anxiété. J'ai donc cherché une définition dans le dictionnaire Larousse Médical. « *L'anxiété est un trouble émotionnel se traduisant par un sentiment d'insécurité, d'inquiétude ou d'angoisse. Elle est causée par l'incertitude, l'attente ou la crainte d'un danger à venir, mais intérieur, latent, non défini.* »

En effet, lors d'une hospitalisation, si un soin s'avère être difficile ou mal vécu pour l'enfant, ce dernier va le garder en mémoire et les soins suivants seront d'autant plus difficiles à vivre, mais aussi à réaliser pour l'équipe soignante. Nous avons pu voir grâce à l'article *Implications et séquelles de la mémorisation d'évènements douloureux chez l'enfant*, de Pédiadol, que « *La mémorisation implicite et explicite influence en effet l'anticipation et par conséquent la perception de l'expérience douloureuse suivante, et entraîne ainsi des conséquences à long terme.* » (Pédiadol, 2019). Cela signifie que si le souvenir du soin est négatif pour l'enfant, ce dernier peut appréhender le prochain soin et de l'anxiété peut apparaître. En effet, une étude démontre que l'enfant ne se souvient pas spécialement de la douleur, mais plutôt de l'impact émotionnel que le soin a engendré. Comme le dit ce même article dans Pédiadol : « *Une étude sur le prélèvement sanguin chez 138 enfants de 5 à 17 ans a distingué « l'émotion douleur » de la « sensation douleur », montrant que la mémoire de la composante affective est meilleure que celle de la composante sensorielle.* »

Les soins douloureux ou invasifs ont des conséquences sur le comportement de l'enfant. Ce dernier se retrouve avec une appréhension de l'hospitalisation. On appelle ça « l'anticipation anxieuse ». En plus d'engendrer de l'anxiété, l'enfant perd toute confiance en l'adulte, ce qui peut devenir compliqué pour la suite de la prise en charge. Il ne faut pas oublier qu'un geste qui paraît minime pour un adulte peut se révéler être très difficile pour un enfant. Ce dernier ne le vit pas de la même manière. L'hospitalisation se révèle être une épreuve émotionnelle pour l'enfant, mais également pour les parents. Il est vrai que ces derniers peuvent ressentir un sentiment de culpabilité lors de l'hospitalisation de leur enfant.

Dans le livre *L'accompagnement psychologique des enfants malades* de Nady Van Broeck et Jacques Van Rillaer, nous pouvons voir que l'enfant, lors d'une hospitalisation, est confronté à de nombreuses émotions telles que l'angoisse, la tristesse, la peur, ou encore la colère. Les auteurs affirment que ces émotions intensifient la douleur. Longtemps ignorée, la douleur est finalement liée à l'anxiété. Le patient, en éprouvant des émotions positives, ressentirait moins la douleur. « *Le jeune enfant, tout particulièrement, éprouve beaucoup de difficulté à différencier, d'une part, les éléments d'une situation qui présentent du danger et qui sont associés à la douleur et, d'autre part, des éléments neutres.* » (Van Broeck & Van Rillaer, 2012, p. 72). De l'anxiété peut être générée par ce phénomène-là. Avec l'âge, l'enfant développera cette compétence et pourra alors anticiper les situations difficiles et apprendre à mieux les tolérer.

Dans leur ouvrage, les auteurs mettent en avant les différentes stratégies mises en place afin de gérer la douleur de l'enfant. Ces stratégies ne sont pas innées chez eux et c'est aux soignants, mais également aux parents, de les aider à les développer. Ils parlent notamment de l'utilisation de la distraction, de la préparation mentale avant un soin, de la relaxation ou encore de la communication verbale et non verbale. Nous verrons dans une autre partie ces différentes méthodes à utiliser dans un service tel que la pédiatrie.

Nous savons que les parents jouent un rôle majeur dans la construction de la personnalité, mais également dans le développement de l'enfant. C'est pourquoi je vais maintenant m'intéresser à l'importance de la triade dans un service tel que la pédiatrie.

4.3 La triade : relation soignant - soigné

4.3.1 Définition

Au vu de ma situation d'appel, il est impossible pour moi de ne pas parler de relation soignant-soigné. Afin de l'expliquer au mieux, je me servirai du livre d'Alexandre Manoukian *La relation soignant – soigné*. L'auteur qualifie la relation comme : « (...) *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* ». (Manoukian, 2008, p. 9). L'auteur précise qu'il existe des facteurs responsables de l'établissement de la relation tels que les facteurs psychologiques, sociaux ou encore physiques. En effet, n'importe quelle relation est influencée par la singularité des individus et les différents facteurs. Et certains de ces facteurs favorisent la relation, comme le fait d'avoir la même culture, la même histoire... il affirme également que le lien entre soignant et soigné influence l'efficacité des soins.

D'après le Dictionnaire *Larousse*, la relation est « *L'ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles.* »

4.3.2 La relation soignant - soigné

Je me suis également intéressée à l'ouvrage de Bernard Golse : *La relation thérapeutique en Pédiatrie* ou encore *Les enjeux de la relation soignant – soigné en pédiatrie*. En effet, l'auteur mentionne la nécessité de la relation de confiance pour assurer une prise en soin de qualité aux patients. B.Golse raconte également l'importance de comprendre les émotions vécues sur le moment précis afin d'adapter la prise en soin.

Selon Carl Rogers, que nous avons étudié en cours, la relation soignant – soigné est importante dans le processus de soin. Cette relation doit être composée d'empathie, d'authenticité, de respect et de bienveillance. L'empathie qui va permettre au soignant de comprendre le patient et celui-ci va se sentir entendu sans jugement. La congruence, car le soignant se doit d'être sincère et authentique avec le patient. Et le respect et la bienveillance, car il doit prendre soin du patient sans aucun jugement, peu importe la situation de ce dernier.

Regard de patient : « *La relation soignant-soigné est primordiale* » de Infirmiers.com est une vidéo d'une patiente qui nous explique l'importance de la relation soignant-soigné à ses yeux.

J'ai trouvé cela intéressant d'écouter le point de vue d'une patiente, chronique. Le petit garçon de ma situation d'appel ayant lui-même une pathologie chronique. Elle nous confie que pour elle, il est primordial d'avoir confiance en son soignant et inversement. « *La nature de la relation soignant-patient est primordiale, on est deux à faire le soin* ». (Delphine, 2016, M. 1 :05). Elle explique que le patient a besoin de cette relation afin de pouvoir parler de tout ce qu'il ressent. Elle ajoute : « *Le soignant doit avoir confiance en son patient et le patient doit avoir confiance en son soignant* ». (Delphine, 2016, M. 1 :25). Il est vrai que le patient, notamment lorsqu'il est atteint d'une pathologie chronique, se connaît mieux que personne.

Dans ce même reportage, une jeune fille de 15 ans atteinte d'une sclérose en plaques diagnostiquée il y a deux ans, nous parle également de la relation qu'elle entretient avec son infirmière qu'elle voit une fois par semaine. Elle nous explique qu'elle a eu besoin de créer cette relation de confiance avec elle. « *C'est important de bien s'entendre avec son infirmière parce que déjà ça déstresse. (...) Déjà avoir confiance en la personne qui le fait rend la chose un peu moins grave* ». (Héloïse, 2016, M. 2 :25). Elle a besoin de ce moment de discussion avec l'infirmière et la considère comme une amie. De plus, on voit l'importance des rituels et du fait que l'infirmière connaisse les habitudes de sa patiente pour effectuer un soin dans de bonnes conditions. « *Au départ, donc c'était il y a deux ans, je commençais tout juste les piqûres donc j'étais un peu stressée et au fur et à mesure on a mis en place nos habitudes...* » (Héloïse, 2016, M 2 :02). Ce reportage nous confirme une fois de plus l'importance de la relation de confiance. En effet, lorsqu'elle est bien installée, tout est mis en place pour que le soin se déroule au mieux.

Monique Formarier, dans son ouvrage *La relation de soin*, explique que l'empathie est un des piliers de la relation de confiance et l'empathie est basée sur l'écoute. Il est vrai qu'un patient qui se sent écouté, est un patient qui aura l'impression d'être compris, entendu et aura confiance en son soignant. Le patient sera donc apte à exprimer ses ressentis, ses émotions, ses peurs... Comme vu précédemment, la confiance est essentielle dans la relation soignant-soigné. « *Un patient qui a établi une relation de confiance avec une infirmière sera plus enclin à lui parler de sujets délicats et à accepter de se faire aider* ». (Formarier, 2007, p. 39).

Comme dans tous les services, en pédiatrie, nous parlons de relation soignant -soigné, mais c'est la triade qui représente le mieux les soins pédiatriques.

4.3.3 *La triade enfant – parent – soignant*

Il est essentiel pour moi de définir ce qu'est la triade parents – enfant – soignant. Cette relation de soin est présente dans de nombreuses situations en pédiatrie et est inévitable. Il est donc important de définir ce terme de triade. Et par la suite, de voir l'importance de celle-ci et donc l'importance de la présence des parents lors d'un soin douloureux prodigué à l'enfant.

La triade est un terme qui désigne la dynamique relationnelle entre les trois acteurs. Terme utilisé notamment en pédiatrie.

L'ouvrage *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital* de Pascale Wanquet-Thibault définit la triade comme « *un ensemble interrelationnel où chaque acteur a un rôle dans le processus de soins* ». (Thibault-Wanquet, 2008, P.). Cette lecture me permet de voir la place qu'ont les parents lors de l'hospitalisation de leur enfant, mais également celle des soignants. Nous pouvons voir l'importance de la collaboration entre les soignants, le patient et les parents. En effet, elle contribue au bien-être de l'enfant, ce qui facilite les soins s'avérant être compliqués pour le patient hospitalisé. Il y a une réelle importance à intégrer la famille en la laissant participer à la prise en charge.

L'auteure affirme que, dans la relation de soin, il doit y avoir en relation trois partenaires indispensables. Il cite :

- « *Le patient au cœur des préoccupations, respectés dans son rythme, son intimité, son histoire, son identité, ce qui implique une approche globale et personnalisée ;*
 - *La famille, partenaire indispensable, acteur de la continuité affective, collaborateur essentiel pour négocier et définir un mode de prise en charge, un contrat de soin ;*
 - *Les soignants détenteurs d'un savoir, de compétences et d'un savoir-être spécifiques* ».
- (Thibault-Wanquet, 2008, p. 40).

Elle explique donc que chacun des acteurs a un rôle bien spécifique, et une place dans le soin. La famille est présente afin de faire en sorte que le soin se passe dans les meilleures conditions possibles. Elle est là pour apaiser l'enfant, le mettre en confiance davantage. Mais aussi apporter ce côté rassurant à l'enfant.

Il est en présence de quelqu'un de sa famille, qui lui est cher, avec qui il se sent en sécurité et serein. Souvent pour l'enfant, la présence d'un parent veut dire que rien ne peut leur arriver et qu'ils n'ont rien à craindre.

Le soignant est là pour effectuer le soin, dans la bienveillance et la bienveillance. Il est également là pour rassurer autant que possible le patient et créer cette relation de confiance primordiale pour un soin réalisé dans de bonnes conditions.

Donc, dans cette relation, l'infirmière et les parents œuvrent pour le bien-être de l'enfant.

L'ouvrage *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage* de Pascale Wanquet-Thibault, publié en 2005, décrit cette collaboration entre les soignants, l'enfant et sa famille. Nous retrouverons dans l'ouvrage des législations sur l'évolution de la présence parentale dans le milieu hospitalier, les besoins et bénéfices de la triade pour l'enfant, mais également les parents et les soignants, afin d'apporter une prise en soin qualitative et dans la sérénité. Nous pouvons également y retrouver des moyens à mettre en place afin d'inviter et d'encourager les parents à participer aux soins dispensés à leurs enfants durant une hospitalisation.

À ce jour, l'hospitalisation d'un enfant nécessite l'accueil de ses parents. C'est primordial pour une prise en soin efficace et de qualité. « *Dans ce contexte, la traditionnelle relation soignant-soigné devient une relation triangulaire, une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation les uns avec les autres.* » (Thibault-Wanquet, 2008, p.51).

Dans la situation que j'ai vécue, nous pouvons voir qu'il manque cette triade, qui s'avère être une aide pour l'enfant mais également pour le soignant. En effet, le papa d'Antoine n'a pas pu rester durant le soin, nous nous sommes donc retrouvés avec Antoine, la puéricultrice et moi-même. Nous pouvons imaginer, au vu des précédents lavements faits en présence du papa et du lavement prévu ce soir-là sans le papa, que cette présence a bel et bien un impact dans la prise en charge d'un enfant hospitalisé.

En somme, la triade est essentielle pour une prise en soin efficace d'un enfant en service de pédiatrie. En effet, elle répond à différents besoins tels que le besoin émotionnel, d'information, d'inclusion ou encore le besoin de reconnaissance. La communication, l'écoute active ainsi que le travail en équipe mettent en place un climat de confiance, où chacun se sent à sa place.

Dans l'émission *La Maison des Maternelles*, le documentaire *Comment rassurer un enfant à l'hôpital*, je peux voir le processus de prise en charge d'une petite fille avant une opération programmée. Le rôle important des parents est mis en avant, mais également l'équipe paramédicale qui prend le relais au bloc opératoire. En ressort alors l'importance du travail d'équipe avec les parents des petits patients. Nous pouvons y voir une petite fille qui va se faire opérer, accompagnée de ses parents dans sa chambre d'hôpital. Ses parents ont prévu des jouets venus de la maison afin de rassurer la petite fille qui se retrouve dans un endroit qu'elle ne connaît pas, accompagnée de personnes qu'elle ne connaît pas. De plus, le service de pédiatrie a donné aux parents un petit livret « *Demain je vais me faire opérer* », deux semaines avant l'opération, afin d'expliquer à l'enfant, de manière simple, avec des dessins, ce qui allait se passer et comment allait se dérouler la journée de son opération. La maman confie que « *C'est avec ce livre, qu'on a mis des mots et des scènes, pour démystifier le cadre de l'hôpital.* » (La maison des Maternelles, 2017, m. 1m30). Nous pouvons également entendre le médecin dire que lorsque les parents sont parfaitement au courant du déroulé de la journée, ils s'impliquent davantage et l'enfant est d'autant plus rassuré. Suite à cela, nous pouvons voir la petite fille au bloc opératoire, accompagnée de l'équipe médicale. Afin de la détendre et la mettre en confiance, l'équipe utilise le doudou qu'a l'enfant pour faire diversion mais également pour montrer les soins en premier temps sur le doudou, puis sur la petite fille.

La triade a un impact sur le comportement de l'enfant. En effet, un enfant calme, en confiance, permet une prise en soin dans de bonnes conditions. Or, comme le dit le docteur dans la vidéo : « Un enfant qui va s'endormir en étant angoissé va plus facilement tousser, il va nécessiter plus de drogues pour s'endormir et il peut y avoir plus de complications d'ordre respiratoire sur un enfant qui n'est pas calme. Ce rôle de calmer l'enfant c'est pour son bien-être mais c'est aussi pour sa sécurité ». (La maison des Maternelles, 2017, m.3 :48).

À la fin de la vidéo, on peut voir les parents qui retrouvent leur petite fille, en lui affirmant que maman et papa l'ont bien attendue comme prévu afin d'affirmer à l'enfant qu'ils ne lui ont pas menti et que tout s'est passé comme ils lui avaient expliqué.

4.4 La négociation et les distractions en pédiatrie

4.4.1 La négociation dans le soin

En pédiatrie, la négociation et la distraction prennent une place importante dans la prise en soin de l'enfant. Dans le *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*, la négociation est définie comme « *Individus en interaction sociale, capables de parler et d'agir, engageant une relation interpersonnelle. Les acteurs recherchent une entente sur une situation d'action, afin de coordonner leurs actions vers un consensus commun, reposant sur des objectifs définis.* » (Paillard, 2018, p. 283). Dans une situation en pédiatrie, la négociation correspondra aux étapes par lesquelles devra passer l'équipe soignante, les moyens qu'elle mettra en place, afin que l'enfant accepte l'objectif commun : la réalisation du soin.

Un refus de soin n'est pas seulement l'opposition de l'enfant face au soin, mais c'est aussi une manière de communiquer et d'exprimer ses peurs et préoccupations. Arrive alors l'importance de la négociation en pédiatrie avec l'utilité de la communication. Cette négociation doit se faire dans un contexte de confiance entre les soignants, le patient et sa famille afin qu'elle se passe au mieux. En effet, si le patient a confiance en ses soignants, la négociation sera plus simple et le soin sera accepté plus facilement. Négocier, ce n'est pas seulement convaincre quelqu'un de faire quelque chose. C'est aussi l'aider à comprendre l'utilité de ce soin et comprendre pourquoi l'enfant refuse afin de le mettre par la suite en confiance et d'utiliser des moyens de distraction pour le conduire à l'acceptation.

Les parents ont toute leur place dans la négociation. Ils sont le lien entre l'équipe et le patient.

L'article « *C'est pour ton bien* ». *Face au refus de soin de l'enfant* de Sébastien Rouget nous rappelle qu'entre 2 ans et 7 ans, nous sommes dans le stade préopératoire. Le concept de l'abstrait est difficile à comprendre pour l'enfant. Il ne va donc pas bien assimiler pourquoi on lui fait un soin douloureux, par exemple. Souvent, l'enfant va se montrer agité en cas de refus du soin. L'équipe va donc mettre en place des techniques de distraction ou d'analgésie avant d'en arriver à la contention qui est violente pour un enfant, et traumatisante.

En effet, l'auteur explique : « *Bien souvent, le refus d'un soin est l'invitation à un dialogue constructif avec l'enfant et ses parents au cours duquel on tentera à la fois de préserver la santé de l'enfant et d'accorder de la valeur à sa parole.* » (Rouget, 2017, p. 154).

- Quelques lois...

Lorsque nous parlons de négociation, c'est qu'il y a forcément un refus de soin. Il est donc tout de même intéressant de faire un point sur les droits de l'enfant et l'obligation d'information. Dans la loi du 4 mars 2002, *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, on y retrouve l'article L1111-2 : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé.* » et concernant les mineurs : « *Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle* ». L'article L1111-4 : « *Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.* »

Enfin, l'article 371-1 du Code civil dit : « (...) *Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité.* » Il est donc important de respecter le consentement de l'enfant et de ne pas minimiser son refus de soin.

La charte européenne de l'enfant hospitalisé de 1995 ajoute : « *Les enfants doivent être informés des actes et examens nécessaires à leur état de santé en fonction de leur âge et de leur faculté de compréhension, dans la mesure du possible et indépendamment de l'indispensable information de leurs représentants légaux.* »

Malgré le fait que de nombreuses lectures existent sur la négociation en général, il est difficile de trouver des ouvrages traitant uniquement de la négociation en pédiatrie car c'est un concept qui est rapidement assimilé à la distraction. Suite aux lectures que j'ai réalisées, j'ai tout de même réussi à discerner une différence entre négociation et distraction. En effet, comme vu précédemment, la négociation est le fait de trouver un compromis avec l'enfant.

Par exemple, lors d'un soin, nous pouvons dire à l'enfant qu'à la fin de celui-ci, il aura le « Diplôme du courage ». Alors que la distraction, que nous allons définir juste après, est une technique pour détourner l'attention et n'implique pas de compromis.

4.4.2 Objectifs de distraction en pédiatrie

D'après *Pédiadol*, qui est une association d'information et de diffusion des données sur la douleur chez l'enfant, la distraction « *consiste à le rendre inattentif à ce qui lui fait peur ou qui le gêne en focalisant ses pensées sur ce qui lui plaît, ce qui est agréable, ludique ou captivant.* » (Pédiadol, 2019). La distraction est un enjeu important dans la prise en charge de la douleur de l'enfant. Elle correspond au fait de dissocier la pensée de l'enfant de ce qui lui fait peur, ce qui l'angoisse ou encore ce qui lui fait mal. C'est le dissocier du soin et le ramener à son univers d'enfant, avec des choses, des sujets, des jeux qu'il aime. En effet, nous savons qu'une mauvaise gestion de la douleur chez l'enfant laisse des traces mnésiques et a donc un impact sur les prises en charge suivantes. Nous pouvons la qualifier comme une approche complémentaire aux antalgiques permettant de rassurer les enfants, d'établir une relation de confiance et de faire en sorte que les soins se passent dans de bonnes conditions afin d'éviter les phobies ultérieures.

Sur le site *Sparadrap*, qui est une association pour les enfants malades, nous pouvons voir que la distraction, en plus d'être mise en place afin de rassurer l'enfant, et d'assurer le bon déroulement du soin, elle permet également d'éviter toute forme de contention afin d'éviter que l'enfant mémorise le soin de manière négative.

4.4.3 Les techniques de distraction

Néanmoins, afin de distraire efficacement l'enfant, il est important de bien connaître celui-ci, ses patients, mais également ce qu'il aime moins afin de cibler la distraction qui fonctionnera le mieux durant un soin. Une fois de plus, les parents jouent un rôle important afin de nous orienter vers la distraction adaptée à leur enfant. Il est important de laisser le choix à l'enfant, de le questionner, mais aussi de questionner les parents si besoin. Il est vrai que dans certains services tels que les services de chirurgie, lorsqu'il s'agit d'une opération programmée par exemple, des questionnaires sont donnés lors de la consultation d'anesthésie, à l'enfant et à la famille, pour cibler les préférences de l'enfant et la distraction la plus adéquate. Il faudra alors noter les centres d'intérêt de l'enfant, ce qui le calme efficacement...

Il est vrai que lorsque le soignant connaît le patient, il a plus de facilité à effectuer le soin et ce dernier est de meilleure qualité. Cette méthode a été mise en place au Centre Hospitalier de Cholet, en service de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire.

Comme le dit Françoise Galland, directrice et co-fondatrice de l'association, dans son article sur Sparadrapp, publié en 2018 s'intitulant « *Distraire les enfants lors des soins* », « *L'idéal est d'essayer d'associer les sensations que l'enfant va ressentir pendant le soin à l'histoire qui est raconté, au livre qui est lu (quelque chose qui colle quand il faut décoller le pansement, quelque chose qui est froid et qui mouille quand on désinfecte...) et d'utiliser des métaphores (le petit hérisson qui pique au moment de la piqûre...)* ». Cette phrase explique qu'il y a des possibilités pour aider un enfant à mieux supporter un soin en transformant le soin en une histoire amusante. Il est recommandé de commencer la distraction avant le début du soin. Les parents ont une fois de plus un rôle important à ce moment-là comme le dit l'auteure : « *Selon le type de distraction, la personne responsable pourra bien-sûr, faire participer les autres personnes présentes (autres soignants, parents...)* ». (Galland, 2018).

Il existe différentes méthodes de distraction telles que les Kaléidoscopes, les bulles de savon, la musique, les comptines, les dessins animés, les jeux variés avec de la lumière, de la musique, des couleurs ou encore les colonnes de bulles. Comme dit sur Pédiadol, « *Il s'agit de concurrencer les sensations et les émotions négatives qui peuvent être déclenchées par la situation de soin.* » (Pédiadol, 2019).

Un enfant âgé de 5 ans comme Antoine dans ma situation, a besoin que l'on focalise entièrement son attention. Plus l'enfant grandit, plus il sera simple d'utiliser sa capacité abstractive. Il pourra alors utiliser son imaginaire.

L'hypnose, la relaxation, le jeu, la RESC, la respiration, pouvant être intégrées dans le quotidien des soignants en pédiatrie et sont également des techniques de distraction. Des formations peuvent être demandées pour l'hypnose ou encore la RESC. Françoise Billot, professionnelle de santé en pédiatrie, en parle dans un article intitulé *La distraction : une place à part entière dans le soin*. Elle souligne l'importance cruciale de ces pratiques afin d'apaiser l'anxiété et d'atténuer la douleur des enfants hospitalisés.

Suite à cela, je me suis également penchée sur l'article *Hypnose et distraction préopératoire chez l'enfant*, écrit par Nathalie Bourdaud, qui est une professionnelle de santé spécialisée en anesthésie pédiatrique, afin d'avoir un autre regard sur la distraction. Elle parle de l'importance des techniques non pharmacologiques en pédiatrie.

En effet, elle affirme par son expérience, que la distraction diminue le stress lié à l'hospitalisation. Comme vu précédemment, la distraction comprend tout stimuli non agressif qui orientent l'attention de l'enfant, tels que raconter des histoires, chanter ou utiliser tout autre moyen. Elle affirme également que la présence parentale réduit l'anxiété chez les enfants. En effet, l'auteure travaillant au bloc opératoire, a une réelle expérience sur le sujet. Toute personne allant subir une intervention chirurgicale est amenée à être angoissée. D'autant plus des enfants. Il sera donc intéressant d'avoir des astuces sur la gestion de la douleur et de l'anxiété.

Premièrement, nous pouvons voir la définition qu'apporte l'auteure de l'hypnose. Elle dit que « *L'hypnose est un état de conscience modifié, elle permet de transformer de façon temporaire son attention pour la concentrer sur un point en particulier.* » (Bourdaud, 2018, p. 323). Nous comprenons que l'hypnose a toute sa place en pédiatrie et qu'elle permet avant tout de réduire l'anxiété et la douleur de l'enfant.

De plus, Nathalie Bourdaud affirme que « *En leur demandant de « faire comme si » ou de « faire semblant », ils ont la capacité d'adhérer totalement à une histoire si tant est qu'elle est adaptée à leur stade de développement cognitif.* » (Bourdaud, 2018, p. 323).

En effet, nous pouvons imaginer que, du fait que les enfants, contrairement aux adultes, ont une imagination spontanée. Ils ont une facilité à se mettre dans un monde imaginaire de par les jeux qu'ils font tout seuls, de par l'invention d'histoires... De ce fait, ils sont plus réceptifs que les adultes, du moment que l'histoire demandée est adaptée à son stade de développement cognitif. L'auteure nous prouve que la distraction est utilisée régulièrement chez les enfants, à la maison par exemple. Les parents vont avoir tendance à l'utiliser dans certaines situations de pleurs, d'anxiété et de douleurs lorsque l'enfant tombe, par exemple. En effet, elle affirme : « *La distraction est une technique qu'on utilise au quotidien, en dehors de tout contexte médical : quel parent n'a pas pris dans ses bras son enfant et chanté des chansons après une petite chute...* » (Bourdaud, 2018, p. 327).

Dans l'émission *La Maison des Maternelles*, un reportage a été réalisé sur les urgences pédiatriques. Il s'intitule *Les urgences pédiatriques, le rôle crucial des soignants*. Nous pouvons y voir les nombreuses distractions mises en place par l'équipe des urgences afin que le soin se déroule dans de bonnes conditions. La vidéo se passe avec des enfants d'âges différents et cela nous permet de voir que peu importe l'âge du patient, la distraction est importante pour mettre l'enfant en confiance. On peut alors voir à 1 :30 que l'infirmière demande au petit garçon s'il a une comptine préférée ou si elle mettait une playlist. On en revient au fait qu'il est important de connaître les préférences du patient afin de le prendre en soin de la meilleure façon possible et que la distraction fonctionne. Suite à cela, elle explique à l'enfant le soin et l'utilisation du MEOPA. Nous pouvons voir qu'elle fait connaissance avec l'enfant, lui demande ce qu'il aime, où il aimerait être à ce moment-là afin qu'il puisse se projeter et faire fonctionner son imaginaire. « *On essaie de passer par le jeu, les chansons, des choses qui les rassurent. Quelquefois, on leur pose des petites questions, ils nous racontent leur journée, comment ça s'est passé et ça leur fait oublier un peu ce qu'on fait et du coup le soin est un peu plus facile à faire.* » (La maison des Maternelles, 2023, m. 2 :00).

À la fin de la vidéo, il reste important de bien féliciter l'enfant, de lui dire qu'il a été courageux afin de le revaloriser. Les soins se déroulent dans le calme et avec un petit peu moins d'appréhension.

Urgences pédiatriques : l'hypnose contre le stress, est un autre reportage de cette même émission. Nous pouvons y voir deux infirmières qui font un soin à un jeune garçon qui doit se faire poser un cathéter. Un soin qu'il appréhende beaucoup, mais grâce à la séance d'hypnose, nous voyons que le soin se passe bien et que le petit garçon a à peine ressenti une douleur au moment de la pose du cathéter. La vidéo nous montre le soin en entier et nous permet de voir les techniques qu'utilise l'infirmière pour faire la séance d'hypnose.

5. Enquête exploratoire

Après avoir étudié les divers sujets, il est intéressant de solliciter l'avis des professionnels afin de confronter le cadre de référence avec la pratique observée sur le terrain. L'objectif étant de recueillir plusieurs points de vue. Tout d'abord, nous allons détailler la méthode choisie, l'outil, les lieux d'investigations, la population cible, ainsi que le guide d'entretien. Enfin, nous verrons également les limites et les difficultés rencontrées lors des entretiens.

5.1 La méthode clinique

J'utiliserai comme méthode de recherche, la méthode clinique.

Chaque entretien est traité et analysé individuellement afin d'être par la suite, croisé avec les autres, tout en tenant compte des différentes théories mobilisées par les auteurs.

5.2 L'entretien semi-directif

Afin de confronter mes recherches à la réalité du terrain, et de pouvoir recueillir les données qui sont nécessaires à la réalisation de mon mémoire, j'ai réalisé des entretiens semi-directifs. Selon le site Euréval (2010) : « *L'entretien semi-directif est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien.* »

Cette méthode m'a paru la plus pertinente et laisse la parole aux professionnels tout en instaurant un cadre grâce aux questions brèves sur les thèmes de ma recherche. Grâce à cet outil, je vais pouvoir, durant les entretiens, observer le comportement des personnes interrogées face à mes questions. La communication non verbale peut révéler de nombreuses choses. Notamment les émotions. De plus, l'entretien semi-directif va me permettre d'évaluer la pertinence de ma question de départ. Il permet une interaction avec les professionnelles.

Au début de chaque entretien, je demande si le professionnel est d'accord pour que j'enregistre l'entretien anonymement afin de le retranscrire de la façon la plus fidèle possible, mot pour mot, pour pouvoir l'analyser par la suite.

Cette analyse me permettra de faire ressortir différents points et d'orienter ma piste de réflexions en lien avec ma question de départ.

5.3 La population choisie

Afin de mener mon projet, et dans l'objectif de confronter les données littéraires que j'ai recueillies et celles du terrain, j'ai réalisé mes entretiens auprès de deux auxiliaires de puériculture, ainsi que de quatre infirmières puéricultrices de différents services. Ayant une spécialité en plus du diplôme d'État, les puéricultrices ont un apport de connaissances théoriques et pratiques plus approfondi sur l'enfant et les parents. Ces professionnels pouvant être amenés à faire face à des prises en soin difficiles d'enfants de tout âge lors de soins douloureux.

Je trouve cela important d'interroger des auxiliaires de puériculture, car dans des services tels que la pédiatrie, le binôme est primordial. Notamment lors des soins. L'auxiliaire de puériculture participe tout autant que l'infirmière aux soins et a un rôle essentiel à ce moment-là. C'est la personne la plus proche du patient, elle crée des liens particuliers lors des soins de nursing par exemple. Il peut être intéressant de voir si elles arrivent à rassurer et à distraire l'enfant plus facilement et si les soins se passent mieux en leur présence et lorsque la relation de confiance est établie et solide.

Le fait d'interroger différents professionnels me permet d'avoir accès à différentes expériences et points de vue concernant la prise en soin d'un enfant avec une pathologie chronique et refusant un soin.

Il peut être intéressant d'interroger deux infirmières novices et deux infirmières expertes dans leur domaine. En effet, lors de ma situation, la puéricultrice était novice dans ce service. Je l'étais également de par ma position d'étudiante infirmière.

5.4 Lieu d'investigation

J'ai mené mes entretiens dans différents services. Le choix des services est motivé par l'idée que de nombreux services travaillant auprès d'enfants peuvent rencontrer des situations similaires à celle racontée précédemment. La négociation étant une partie importante pour la réalisation des soins dans de bonnes conditions.

J'ai réalisé un entretien auprès d'une infirmière puéricultrice dans un service de consultations pédiatriques.

Service qui prend en soin chaque jour de nombreux enfants et adolescents.

Ce sont généralement des patients qui viennent en consultation pour la réalisation de soins tels que des pansements, des chimiothérapies, des transfusions... soins pouvant s'avérer être douloureux et/ou angoissants pour des enfants.

Ensuite, j'ai réalisé un entretien dans un service d'urgences pédiatriques. Également auprès d'une infirmière puéricultrice. En effet, dans les services d'urgence, la négociation est également présente. L'enfant arrive, malade, fatigué, sans forcément avec la patience et l'envie de se faire manipuler, de « subir » des soins invasifs.

Enfin, j'ai réalisé deux entretiens dans un service de pédiatrie, auprès d'une infirmière et une auxiliaire de puériculture.

L'avis de deux professionnelles de santé peut être intéressant à avoir, deux professionnelles avec des rôles différents. L'avis de l'auxiliaire de puériculture peut s'avérer être intéressant et pertinent. En effet, dans des services comme les urgences pédiatriques, les consultations ou encore un service d'hospitalisation, l'auxiliaire de puériculture est en première ligne. Le soin se fait généralement en binôme et cette dernière joue un rôle important dans la distraction afin que le soin se passe au mieux pour l'enfant, mais également pour la bonne exécution du soin par l'infirmière.

Il me semblait intéressant d'interroger des infirmières dans des services de courtes durées tels que les urgences ou encore les consultations pédiatriques. Mais également dans des services d'hospitalisation afin de voir si la prise en soin est différente avec des enfants chroniques, par exemple, qui vont venir en consultations et des enfants qui viennent pour la première fois aux urgences.

5.5 Guide d'entretiens

Afin de réaliser mes 4 entretiens semi-directifs, j'ai préparé des questions en lien avec ma question de départ et mon cadre de référence. Les questions sont communes à tous les soignants interrogés et laissent place à tout autre questionnement pouvant venir en fonction des réponses amenées par les professionnels de santé.

Dans l'idée de récolter le plus d'information possible, je demande dans un premier temps aux professionnels que j'interroge de me raconter une expérience vécue de refus de soin d'un enfant. Et les moyens qu'elles ont mis en place, si elles en ont mis, pour parvenir à prodiguer le soin dans de bonnes conditions. Ce guide d'entretien se compose de 6 questions, avec des questions de relance si jamais je ressens le besoin d'approfondir le sujet ou de rediriger la conversation. (Cf annexe III)

5.6 Grille d'analyse

Afin d'analyser plus facilement mes entretiens, j'ai réalisé un tableau pour chaque question posée lors des entretiens. Dans ce même tableau, j'y ai mis les réponses de chacune des personnes interrogées et les lignes correspondantes que nous pouvons retrouver dans les retranscriptions. J'ai trouvé cette méthode plus simple pour comparer les réponses. (Cf annexes IX à XIX)

5.7 Les limites et difficultés lors des entretiens

Il est vrai qu'avant chaque entretien je me sentais stressée, notamment lors du premier entretien où je n'étais pas très à l'aise avec l'exercice.

Certaines questions, notamment celle sur les émotions, n'étaient pas bien posées. Ou du moins, j'ai pu remarquer que, lors des entretiens, je posais peut-être trop de questions en même temps et j'aurais peut-être dû me limiter à une question pour ensuite rebondir et poser la suivante. Car je me suis rendu compte en réécoutant les entretiens, que certaines questions ont été oubliées. Les professionnelles prenaient le temps de répondre à la première partie de ma question, puis la seconde était mise de côté. De plus, j'ai eu deux questions où les réponses s'avéraient être assez similaires.

Si c'était à refaire, je modifierais la tournure de mes questions et je m'entraînerais davantage à réaliser ces entretiens avec des personnes qui ne connaissent pas mon sujet.

Cependant, ça reste une belle expérience. J'ai beaucoup aimé rencontrer différentes professionnelles afin de partager leurs expériences et leurs savoirs.

5.8 Analyse des entretiens

5.8.1 Entretien par entretien

▪ Entretien 1

Sonia, âgée de 26 ans, est puéricultrice aux urgences pédiatriques. Elle est diplômée infirmière depuis quatre ans et demi et puéricultrice depuis trois ans et demi. En sortant de son BAC, elle a de suite intégré la formation d'infirmière et a enchaîné avec la spécialisation de puéricultrice. Elle a travaillé un an environ dans un service de pédiatrie de nuit, aux petits enfants. Pour ensuite aller aux urgences pédiatriques de nuit. Actuellement, elle a un poste aux urgences pédiatriques, mais de jour.

Sonia a fait une formation sur la prise en charge de la douleur en début d'année. Formation où elle y a retrouvé des choses qu'elle mettait déjà en place aux urgences ou même en service.

Elle s'est montrée volontaire pour réaliser l'entretien et s'est même proposée elle-même. Nous pouvons voir que tout au long de l'entretien, elle me donne des exemples de situations afin d'être plus claire dans ses explications. Ce que j'ai trouvé très bien pour mieux imaginer la prise en soin, mais c'est également quelque chose qui a enrichi l'entretien. Elle a beaucoup utilisé « du coup », ou encore « des fois ».

L'entretien a duré 19 minutes. À la fin, Sonia m'a demandé si elle avait bien répondu à mes questions et m'a dit que, si j'avais besoin, je pouvais la contacter. Elle était soucieuse de bien faire.

Dans un premier temps, on a vu les difficultés auxquelles était confrontée Sonia avec les enfants âgés de 3 et 6 ans. Elle dit que la difficulté première, ça va être l'acceptation du soin. Le fait de devoir leur expliquer et leur faire comprendre le soin, pourquoi il est réalisé, qu'elle est obligée de le faire. Elle explique également qu'il y a des soins qui sont plus difficiles à faire accepter que d'autres. Elle donne alors l'exemple de la prise de sang qui s'avère être un soin difficile à faire accepter à l'enfant et, à contrario, un aérosol qui est plus facile.

Nous avons ensuite parlé de la triade. Elle définit la triade en disant que c'est l'enfant, le parent et le soignant. Elle rajoute que, selon elle, la triade est essentielle en pédiatrie. Sonia explique par la suite que les équipes travaillent toujours à trois.

Tous les soins sont réalisés avec les parents, pour qu'ils aient leur rôle et qu'ils soient pleinement intégrés dans le soin en les faisant participer. Les parents ont un rôle de distraction pour l'enfant. De plus, elle ajoute que, selon elle, c'est plus rassurant pour l'enfant d'avoir un parent à ses côtés pour le distraire plutôt qu'une personne, un autre membre de l'équipe qu'il ne connaît pas. Elle finit par ajouter : « *C'est toujours bien, on les intègre pleinement dans le soin et on travaille ensemble en pédiatrie sur toutes les tranches d'âge, que ça soit du plus petit, tu vois, ça va être un allaitement, tu fais une prise de sang au sein. Jusqu'à très tard (...)* ». (L42-43) Elle affirme que c'est un travail « *en collaboration avec le parent* ». (L51)

Enfin, elle définit la place de l'enfant comme étant « *centrale* ». (L51)

En ce qui concerne la place des parents, elle affirme que quelques fois le parent peut s'avérer être un frein à la prise en soin de l'enfant. Tout en ajoutant que généralement tout se passe bien et que les parents sont aidants. Cependant, il arrive que le stress du parent suite à une mauvaise expérience, par exemple, puisse impacter l'enfant. Elle donne l'exemple d'un soin qui a été difficile sur l'enfant la fois précédente, ce qui angoisse du coup le parent. Ce qui fait que ce dernier est davantage concentré sur ce que fait l'infirmière et non plus sur l'enfant. Elle ajoute : « *il faut vraiment qu'on soit tous centrés sur l'enfant.* » (L66) Sonia explique alors que pour sortir de cette atmosphère négative, il peut arriver que l'équipe soit obligée de recentrer le parent sur l'enfant et que, si vraiment la situation est difficile, il est arrivé de proposer aux parents de sortir le temps du soin. Il est même arrivé que le parent appréhende tellement le soin, qu'il sort de la salle de soin de lui-même afin de ne pas perturber l'enfant. Elle ajoute que si les deux parents sont présents, il est possible de garder le parent le plus serein face à la situation, afin que l'enfant ne ressente pas les émotions de l'autre parent.

Sonia finit par ajouter qu'il y a également le travail en collaboration avec l'auxiliaire de puériculture. En effet, chaque soin est réalisé en sa présence.

Donc, lorsque l'équipe se trouve dans une situation plus difficile où le parent n'arrive pas à être rassurant pour l'enfant, l'auxiliaire de puériculture est là également pour le distraire, afin que le soin se passe au mieux.

Nous avons par la suite abordé le refus de soin. Sonia a affirmé y avoir déjà été confrontée. Afin de remédier à cela, elle confie que, selon elle, le plus important, c'est de tout expliquer à l'enfant. D'expliquer comment le soin va se dérouler, pourquoi il est fait...

En effet, avec l'appréhension, les enfants peuvent vite avoir peur et refuser tout soin. Elle dit qu'il est très important de prendre le temps. La puéricultrice affirme que souvent elle montre à l'enfant avant de réaliser le soin sur lui. Elle les rassure en disant que papa et maman restent, et qu'ils sont avec lui. De plus, elle précise toujours que des choses sont mises en place afin qu'il n'ait pas mal. Ensuite, elle dit que quelques fois elle peut également proposer de mettre un dessin animé pendant le soin, une musique. Une fois de plus, elle intègre les parents dans le soin en les faisant participer, là par exemple, en donnant des idées de musiques, de dessin animé que l'enfant aime particulièrement.

Enfin, Sonia dit se servir également des objets transitionnels, par exemple du doudou de l'enfant. Elle fait au doudou le soin avant de le faire sur l'enfant. Elle affirme que, souvent, c'est quelque chose qui les rassure, car ils veulent avoir la même chose que doudou.

Aux urgences, elles utilisent également beaucoup les gommettes, qu'elles collent sur les pansements, sur les cathéters, sur les masques d'aérosols...

Sonia termine cette partie en précisant de nouveau : « *Toujours expliquer.* » (L160)

La puéricultrice nous racontera alors l'histoire d'une jeune fille de 10 ans, qui est arrivée aux urgences pour une découverte de diabète. Elle est arrivée aux urgences en acidocétose. C'est Sonia qui a fait son accueil et qui l'a suivi tout au long de la prise en soin jusqu'à son entrée en service de pédiatrie. Elle a créé un lien particulier, car c'est une annonce qui change la vie de l'enfant, mais également du parent et de la famille. Après avoir réalisé tous les examens et les soins nécessaires, l'annonce est faite. Malgré le fait que la maman s'attendait au diagnostic, le choc était présent. Sonia entra de nouveau dans la chambre et toutes les deux étaient en train de pleurer.

La petite fille dit à l'infirmière qu'elle pleure parce qu'elle voit sa maman triste et non plus pour la découverte de son diabète. Elles sont alors restées un moment à discuter, pour rassurer la patiente et sa maman. C'est une situation qui a touché Sonia, car la jeune fille était très courageuse, volontaire pour apprendre et comprendre sa pathologie et surtout impactée par les émotions de sa maman.

La puéricultrice a donc fixé des petits objectifs à l'enfant, sous forme de jeu. Quelques jours plus tard, Sonia est allée voir la patiente en service pour avoir des nouvelles, car elle devait avoir une permission pour les fêtes de Noël.

Toutes les trois étaient très contentes de se revoir et la jeune fille encore plus d'annoncer qu'elle avait atteint les objectifs et qu'elle avait donc été autorisée à rentrer chez elle pour Noël.

Enfin, Sonia explique que pour gérer au mieux les émotions des patients, tout passe une fois de plus par la communication. « *mettre des mots, expliquer, leur demander qu'est ce qui fait peur, oui, communiquer.* » (L284-285)

▪ **Entretien 2**

Emma, âgée de 41 ans, est diplômée auxiliaire de puériculture depuis 2017. Elle a d'abord travaillé en pouponnière durant 5 ans. Anciennement préparatrice en pharmacie, elle a souhaité explorer un nouvel univers qui était tout de même en lien avec son ancien métier, celui du milieu hospitalier. Elle a donc intégré l'hôpital en 2022, dans un service de Pédiatrie.

Emma a différentes formations qu'elle utilise au quotidien telles que la RESC ou encore la réflexologie. Elle dit y voir des bénéfices lorsque les enfants sont stressés ou remplis d'émotions. Elle a généralement des retours positifs des parents et des enfants.

Emma était très enjouée de réaliser l'entretien, mais à la fois très stressée, car elle voulait absolument répondre correctement aux questions et avait peur d'être « *hors sujet* ». L'entretien a duré une quinzaine de minutes.

Elle explique que la principale difficulté rencontrée en pédiatrie, notamment chez les plus petits, est le refus de soin. Elle l'explique par le fait que l'enfant n'a pas la capacité de verbaliser tout ce qu'il ressent et toutes ses peurs : « *ils n'ont pas la facilité de pouvoir exprimer et donner toutes les informations au niveau verbal, euh par rapport aux plus grands, où ils verbalisent beaucoup plus.* » (L20-21) Elle va alors aborder le consentement au soin en disant que la priorité : « *C'est de respecter leur accord, entre guillemets, tout en étant capable de pouvoir faire les soins qu'ils sont aussi obligatoires de faire, pour leur bien...* » (L24-25)

Emma explique que, selon les tranches d'âge, les difficultés ne sont pas forcément les mêmes. En effet, entre 3 et 5 ans, ils n'ont pas les mêmes facultés, ils ne sont pas au même niveau d'apprentissage qu'un enfant de plus de 6 ans.

Et concernant les bébés, elle dit trouver la prise en soin plus simple, car un bébé a besoin de contenance, et les parents ou l'équipe peuvent se montrer contenant ce qui est rassurant pour l'enfant.

L'auxiliaire de puériculture interrogée définit la triade en disant : « *La triade, ça va être le soignant, l'enfant et le parent.* » (L38)

Elle dit que le parent a une place très importante. Selon elle, c'est un soutien de l'enfant, une réassurance afin de mettre en place une relation de confiance avec le soignant. Le soignant quant à lui a une grande partie de son attention sur l'enfant. Nous imaginons donc que, selon elle, le patient est au centre de la prise en charge. Emma parle de binôme car, en service de pédiatrie, le binôme infirmière - auxiliaire de puériculture est très présent. Elle définit la triade en disant : « *J'imagine, en fait, un fil entre eux, et le fil du parent vers l'enfant. Voilà comment je l'ai un peu dans la tête. Et après, il y a quand même un trait entre le parent et le soignant, mais qui serait en pointillé.* » (L55 à 57) Tous les trois sont liés.

Suite à cela, elle admet que dans certaines situations, le parent peut s'avérer être un frein. Elle nous raconte la situation d'un enfant qui refusait la prise d'un traitement en tapant les soignants, en leur crachant dessus... La maman disait clairement devant son enfant que même à la maison il ne prenait pas de médicament, que c'était comme ça, que c'était sûr qu'il allait refuser à l'hôpital... La maman était peu optimiste face à la situation, ce qui confortait l'enfant dans son idée de refuser le traitement.

Emma explique que pour chaque prise en soin, l'équipe explique à l'enfant le soin, pourquoi il faut prendre le traitement. Elles ne forcent pas l'enfant, mais essaient de le convaincre en l'encourageant, en lui expliquant... Suite à une longue négociation, elles ont fait sortir la maman de la chambre afin d'essayer de donner le traitement, ce qui a fonctionné sans user de force. Une fois le retour de la maman en chambre, elle dit : « *oui, mais de toute façon, elle va le vomir.* » (L80), la petite fille l'a vomi. Cette situation montre que le parent a une réelle influence dans le soin. Si ce dernier se montre rassurant, en confiance avec l'équipe, optimiste, le soin avec l'enfant se passera mieux.

Emma a également déjà été confrontée au refus de soins par l'enfant. Régulièrement, il lui arrive d'utiliser l'embaillotage quand l'âge le permet. Elle explique : « *pour redonner le cocon un petit peu utérin de l'enfant* » (L89) ce qui est rassurant et contenant pour eux. Comme dit précédemment, elle discute beaucoup et est beaucoup dans l'explication et l'encouragement avec l'enfant, afin de porter le soin de manière positive et non pas comme un acte agressif.

Elle nous raconte également par la suite une situation qui l'a particulièrement touchée, d'un enfant qui venait pour une bronchiolite. Ce bébé était en détresse respiratoire et a dû être transféré en réanimation. Emma connaissait la maman de la veille, un lien était déjà créé. En voyant la maman très triste et paniquée, avec un tas de questions, elle a pris un temps afin de la rassurer, de lui expliquer comment ça allait se passer afin qu'elle vive le transfert un peu moins brutalement. Emma a été impactée émotionnellement et a eu du mal à « *garder sa place de soignante* ». La maman était toute seule et elle avoue avoir : « *pris les émotions de cette maman-là. Et c'est quelque chose, encore aujourd'hui, souvent, j'y pense* ». (L143-144) Elle explique que la détresse de la maman ainsi que la détresse de l'enfant perçue dans son regard avaient été difficile à gérer. Elle explique cela par le manque d'expérience, car c'était à son arrivée dans le service de pédiatrie.

Afin de gérer au mieux ses émotions, elle admet en parler avec l'équipe. « *L'avantage dans ce service-là, c'est qu'on est une équipe, je pense, soudée et à l'écoute des unes des autres. Donc ça, c'est vraiment le point sur lequel je pense aujourd'hui qui permet de pouvoir travailler sur des périodes parfois un peu difficiles. C'est que quand c'est dur, on parle beaucoup, on évacue verbalement.* » (L153 à 156). Elle dit utiliser également des méthodes alternatives pour évacuer un niveau émotionnel telles que les séances de RESC, par exemple, car elles sont plusieurs à avoir la formation dans ce service.

▪ Entretien 3

Clara, âgée de 27 ans, est infirmière depuis 2020. Elle a travaillé dans une clinique, en médecine interne et en service Covid, à l'obtention de son diplôme. En décembre 2020, elle est entrée à l'hôpital, sur le pôle femme-mère-enfant. Depuis juillet 2021, elle a un poste en service de pédiatrie, aux petits enfants.

Elle a la formation sur la gestion de la douleur. Mais également sur l'aromathérapie et enfin le niveau 1 en RESC qu'elle trouve très utile en pédiatrie et qu'elle utilise régulièrement. Les enfants de tout âge sont selon elle très réceptifs.

Clara était volontaire pour faire l'entretien avec moi, elle s'est elle-même proposée. En début d'entretien, elle m'a dit être stressée, mais surtout par le fait d'être enregistrée. Elle s'est exprimée tout au long de l'entretien d'une manière claire et posée.

Premièrement, tout comme les entretiens précédents, elle cible la principale difficulté à la prise en charge pédiatrique comme étant le refus de soin. Notamment chez les plus jeunes où la communication est plus difficile. (L15) Quant aux plus grands, ils sont tout autant stressés par les soins, mais il est plus simple de négocier et d'expliquer les choses. (L18)

Elle nous parle également de mémoire de la douleur pour les plus petits. Ça peut être une des raisons du refus de soin selon Clara. (L21) Une seconde difficulté que nous avons abordée avec l'infirmière est le refus des parents ou encore le stress de ces derniers.

Elle définit la triade comme un triangle soignant, parent et enfant. Selon elle, le soignant a un rôle à jouer principalement avec l'enfant afin de le rassurer, de le divertir, de faire le soin dans les meilleures conditions possible. (L28) Quant à lui, le parent va également avoir toute sa place dans le divertissement de son enfant. Enfin, elle dit que le lien entre parents et soignants, durant le soin, est moindre. Hormis lorsque le parent a lui aussi besoin d'être rassuré afin d'être par la suite rassurant avec l'enfant. (L32)

Clara termine en disant que la triade est omniprésente en pédiatrie. Pour chaque prise en soin. (L37-38)

Cependant, elle admet que le parent peut se révéler être un frein à cette prise en charge. Certains refusent le soin, d'autres sont un frein car ils appréhendent tout autant que l'enfant l'acte. Elle nous raconte la situation d'une petite fille à qui elle a dû reposer un cathéter. Or le soin avait été difficile aux urgences. Le papa était donc réfractaire, voyant que sa fille était énervée et se débattait. L'équipe a donc mis en place des alternatives afin de calmer l'enfant, avec de la musique, des jouets... Elles ont par la suite proposé de l'emballoter tout en disant que, si elle ne voulait pas, elles enlèveraient l'emballotage. Une fois emballotée par l'auxiliaire de puériculture, contenue et rassurée, la petite fille s'est calmée et papa a pu jouer avec sa fille pendant que l'infirmière posait le cathéter. Le soin s'est finalement bien déroulé. Tout ça pour expliquer que, finalement, avec l'appréhension du parent, l'enfant n'arrive pas à faire confiance à l'équipe et les soins sont plus difficiles.

Clara nous raconte qu'elle a également déjà été confrontée à un refus de soins venant de l'enfant cette fois-ci. La petite fille criait fort, se débattait et ne voulait pas écouter ce que disait l'équipe. L'infirmière a donc décidé de laisser le traitement à la maman, afin de laisser la petite fille tranquille, qu'avec sa maman. En se disant que peut-être qu'elle refusait parce que le traitement était donné par des personnes qu'elle ne connaissait pas, mais maman n'a pas réussi non plus. L'équipe a proposé des distractions, des jeux, elle a beaucoup négocié, discuté et expliqué les choses. Malgré une heure de négociation, la petite fille n'a pas voulu prendre son traitement. Elle pense réellement que la négociation joue un rôle important en pédiatrie.

L'infirmière a été confrontée à plusieurs situations qui l'ont touchée, notamment une qui l'a impactée particulièrement. Elle s'est occupée d'un bébé en détresse respiratoire, très fatigué. Après lui avoir fait des soins, elle a réalisé une séance de RESC afin de l'apaiser et parce qu'elle se sentait « *démunie* » (L117). Elle s'est demandé par la suite si la séance de RESC n'avait pas pu être réalisée avant le prélèvement sanguin... Plus tard dans la nuit, le bébé continuait à se dégrader malgré tout ce qui avait été mis en place. L'émotion qu'a ressentie Clara est la « *frustration* » principalement. (L129) Elle dit qu'il est difficile de décrocher des fois quand certaines situations nous touchent, que nous n'arrivons pas à apaiser le patient. Elle avait cette « *impression de ne pas faire assez* ». (L134)

Clara dit que certaines situations peuvent impacter sa vie personnelle. Afin de gérer ses émotions et de réussir à couper avec le travail une fois en repos, elle fait des séances de RESC afin de décompresser. De plus, elle parle beaucoup avec ses proches, ce qui l'aide à couper. (L143 à 145).

▪ **Entretien 4**

Floriane, âgée de 33 ans, est diplômée infirmière depuis 2014. Elle a de suite travaillé en pédiatrie, de nuit, aux grands enfants, durant 6 ans. En 2020, elle est partie en école de puéricultrice. En revenant, elle était sur le pôle. Elle a donc fait différents services tels que la maternité ou encore la néonatalogie. Elle a ensuite obtenu un poste aux urgences pédiatriques où elle est restée environ 2 ans et demi. Depuis 3 mois, elle travaille aux consultations pédiatriques. Mais elle explique qu'elle travaille sur la partie PASS pédiatrique. C'est un service qui permet aux enfants et aux familles qui n'ont pas de couverture sociale de bénéficier de soins. (L12)

En plus de ses qualifications, elle s'est formée à la RESC, au niveau 1, car elle s'est rendu compte que c'est une formation qui « *permet aux soins de mieux se dérouler* ». (L110) Elle nous parle aussi du fait que des collègues à elle sont formées à l'hypnose. Nous en déduisons que de nombreuses médecines alternatives sont utilisées sur le pôle femme-mère-enfant.

L'entretien a duré une vingtaine de minutes.

Concernant les difficultés qu'elle rencontre lors de la prise en charge pédiatrique, elle nous évoque la barrière de la langue. Depuis qu'elle est à la consultation PASSE, elle y est davantage confrontée. Elle dit qu'il est difficile de se faire comprendre par l'enfant, car premièrement elles n'arrivent pas à se faire comprendre par le parent. (L27) Si le parent ne comprend pas, il est dans l'incapacité d'expliquer et de rassurer l'enfant. Elle dit utiliser des traducteurs afin de faciliter la consultation. Elles peuvent également faire appel à un interprète, ce qui permet de créer une confiance avec les familles et l'enfant car, il y a une meilleure communication. (L34) Floriane explique également qu'elle peut être confrontée aux difficultés qu'elle a rencontrées dans chacun des services dans lesquels elle est passée ; « *le consentement aux soins.* » (L37)

Afin d'avoir ce consentement, elle utilise différents outils ainsi que la communication. (L38-39)

Floriane ne met pas de mots précis sur ce qu'est la triade. Cependant, elle dit que celle-ci a une réelle importance et que la confiance que l'on gagne avec le parent entraîne la confiance avec l'enfant. Il est donc important, selon elle, de créer en premier lieu une relation de confiance avec le parent, afin que ce dernier puisse mettre en confiance l'enfant. (L45-46)

D'après la puéricultrice, le parent doit être intégré dans le soin. Ils ont un « *rôle participatif*. » (L64 à 66). Elle met au même niveau la place du parent et celle de l'enfant. (L53) Même si, en tant que professionnelles, l'interaction se fera davantage avec le patient au moment du soin. Elle met en valeur le trio, car les soins sont expliqués à chacun.

Elle ajoute que généralement les parents restent durant le soin. Sauf lorsqu'ils ne sont pas à l'aise avec le geste.

Cependant, malgré le fait que la triade soit importante, il est arrivé que le parent soit un frein à cette prise en charge. En effet, elle nous dit que lorsque les parents sont stressés, ils ont du mal à donner leur confiance. Il faut donc prendre du temps pour gagner cette confiance. (L74-75)

Floriane avoue que, sur la consultation, elle n'a jamais été confrontée à un refus de soins, car ce sont des enfants qui savent que c'est pour les aider et pour qu'ils entrent dans un parcours de soins comme tout le monde. De plus, ce sont « *des enfants ayant eu une vie difficile et qui ont besoin d'attention*. » (L87) Il peut simplement y avoir la peur du geste, mais avec des explications, le soin se passe bien.

Elle dit que, dans les autres services dans lesquels elle a pu travailler, la relation de confiance joue un rôle clé dans la prise en charge. (L98)

Au niveau de la gestion de ses émotions lors de situations difficiles pour elle, elle nous dit qu'aux consultations PASSE, elle est dans une autre émotion. Surtout dans l'empathie, car ce sont des histoires difficiles. Mais elle a toujours réussi à se protéger et à faire la part des choses. (L126)

Cependant, aux urgences pédiatriques, c'était plus difficile pour elle. Notamment lorsqu'elle a su qu'elle était enceinte. Elle stressait beaucoup et « *craignait que cela impacte son bébé et sa santé* ». (L138) À son retour du congé maternité, d'autres émotions sont entrées en jeu. Elle faisait une sorte de transfert lorsqu'elle voyait des enfants âgés du même âge que son bébé. (L145-146) (L153) Il y a donc eu des moments où elle a dû passer le relais, lors de situations d'urgences vitales. Elle n'était pas capable, selon elle, de faire la part des choses.

Elle nous confie que pour se protéger de toutes ces émotions, de toutes ces situations difficiles à voir et à entendre, elle fait en sorte de tout laisser aux vestiaires une fois la journée terminée. (L173) Elle se dit qu'il y a l'équipe suivante qui prend le relais et qu'elle a fait son maximum durant la journée. C'est comme ça que Floriane arrive à couper.

Enfin, afin de faire face à un refus de soin d'un enfant, sa technique, c'est la distraction, en lui expliquant simplement les choses (L197) Elle explique à l'enfant que c'est pour son bien. (L202) Le soutien des parents est important à ce moment-là. (L208)

Les méthodes de distraction qu'elle propose sont la musique, les dessins animés, parler de ce qui plait à l'enfant.

Elle nous parle également de récompenses, telles que les diplômes, les petits cadeaux, des petits jeux qui sont offerts par des associations. Il existe des diplômes du courage afin de rendre fier l'enfant et de « *lui faire oublier le côté négatif* ». (L230)

5.9 Synthèse de l'enquête exploratoire

L'étude menée auprès de trois infirmières et d'une auxiliaire de puériculture révèle une diversité sociologique intéressante. Deux d'entre elles, Sonia et Floriane sont infirmières puéricultrices. Une, Clara, est infirmière et enfin la quatrième, Emma est auxiliaire de puériculture. Trois d'entre elles ont suivi des formations spécifiques sur les médecines alternatives, à savoir la RESC ou encore l'aromathérapie. Toutes exercent en milieu hospitalier et elles ont toutes exercé uniquement avec les enfants, à l'exception de Clara qui a travaillé quelques mois dans des services d'adultes. Elles sont diplômées depuis moins de dix ans, sauf Floriane qui est diplômée infirmière depuis 2014.

5.9.1 L'enfant en pédiatrie

Pour chacune des professionnelles, la difficulté qu'elles rencontrent en priorité lors de la prise en soin d'un enfant dans un service de pédiatrie est le refus de soin, le consentement aux soins.

Je cite pour Sonia aux urgences pédiatriques : « *Les difficultés, ouais c'est de leur faire comprendre qu'il va y avoir des soins, qu'on est obligé de les faire* » (L22) ou encore : « *Sur la prise en charge des enfants de 3 à 6 ans, la difficulté, ça va être de... de leur faire accepter les soins, de leur expliquer.* » (L24) Emma, auxiliaire de puériculture : « *Et c'est vrai que c'est un âge où ils ont aussi cette capacité de pouvoir, voilà, être beaucoup plus dans le refus, vraiment au niveau corporel* » (L22-23) Clara, infirmière : « *Les difficultés qu'on rencontre dans la prise en charge des enfants, c'est principalement le refus de soins, euh bah surtout avec les plus jeunes où ils ne communiquent pas forcément verbalement.* » (L15-16)

Quant à Floriane, infirmière puéricultrice depuis peu aux consultations PASS, la principale difficulté va être la barrière de la langue : « *La première difficulté que je rencontre au niveau de la consultation PASS c'est qu'il y a une barrière de la langue* » (L22-23). Cependant, elle dit que dans les autres services où elle a travaillé, et même aux consultations, il y a également le refus de soins : « *Ensuite on a les difficultés de base d'un enfant sur lequel on va devoir faire des soins, et pour lequel des fois il n'est pas forcément d'accord, donc notre difficulté, c'est le consentement aux soins, d'avoir son accord* » (L35 à 37)

Elles expriment toutes le fait qu'au début de la prise en charge du patient, il est difficile de réaliser un soin sans avoir sa confiance. Peu importe l'âge de celui-ci. Elles s'accordent également sur le fait qu'il est plus ou moins facile de réaliser des soins selon l'âge de l'enfant, car plus l'enfant est grand, plus il a les capacités de comprendre la nécessité des soins même, s'il peut être tout autant angoissé. La tranche d'âge entre 3 et 6 ans environ serait pour chacune des professionnelles la plus difficile, car l'enfant a la capacité de dire non, mais n'a pas forcément les capacités cognitives pour comprendre pourquoi il est hospitalisé, pourquoi il doit avoir des soins. Une infirmière, Clara, nous parle également de la mémoire de la douleur qui peut être présente chez ces enfants. En effet, cela entrainerait une appréhension du soin.

Emma dit que chez les bébés, la contenance peut faciliter le soin : le parent mais également le soignant, peut réussir à envelopper l'enfant pour le rassurer, pour le contenir et faire en sorte qu'il se sente en confiance plus rapidement qu'un plus grand.

Avoir la confiance de l'enfant durant le soin est primordial afin de faire l'acte dans les meilleures conditions possibles.

5.9.2 La triade enfant – parents- soignant

Toutes les professionnelles interrogées considèrent la triade comme une relation entre le soignant, l'enfant et le parent.

Je cite : « *La triade pour moi, c'est la triade enfant, donc le patient, le parent et soignant.* » (L30) Sonia; « *La triade, ça va être le soignant, l'enfant et le parent.* » (L38) Emma; « *Pour moi, la triade, euh... c'est dans les soins, c'est le triangle soignant, parent et enfant.* » (L27) pour Clara; « *Effectivement, la triade a une importance vraiment de très haut niveau, parce que si on n'a pas la confiance du parent, on n'aura pas la confiance de l'enfant, donc en fait il faut en premier lieu avoir une relation de confiance avec les parents, pour que le parent puisse expliquer à l'enfant, si le parent est confiant, l'enfant sera confiant.* » (L44-47)

Toutes s'accordent pour dire que la triade est essentielle en pédiatrie, pour tout soin. Elles ajoutent que, pour que le soin se déroule au mieux, il est important d'intégrer pleinement le parent et de le faire participer.

C'est un travail en collaboration où chaque acteur a son rôle et sa place. En effet, elles s'accordent sur le fait que le parent joue un rôle de réassurance auprès de l'enfant, mais également un rôle de distraction. Je cite Clara : « *Le parent, il va jouer un rôle aussi principalement sur l'enfant pour le rassurer, le divertir pendant le soin et faire en sorte que ça se passe bien.* » (L29-30) ou encore Sonia : « *C'est plus rassurant pour un enfant d'être distrait par son parent.* » (L38) et « *On les intègre pleinement dans le soin et on travaille ensemble.* » (L42)

Emma, quant à elle, rajoute le mot « *confiance* » qui, je trouve, est intéressant. « *Moi, dans la triade, je prends le parent comme un soutien de l'enfant, pour une réassurance, pour pouvoir, en fait, venir envelopper un petit peu cette confiance qu'il n'a pas envers le soignant* » (L43-44). Toutes les quatre parlent de cette confiance, mais à des moments différents. Elle est essentielle selon elles pour le bon déroulement du soin et favorise l'acceptation.

Floriane en parle également en disant : « *donc en fait, il faut en premier lieu avoir une relation de confiance avec les parents, pour que le parent puisse expliquer à l'enfant, si le parent est confiant, l'enfant sera confiant* » (L45-47)

Concernant la place de l'enfant, toutes les quatre s'accordent sur le fait que l'enfant occupe une place centrale au sein de la triade. Chacune dit que toute l'attention du soignant est portée sur l'enfant, pour son bien-être, et qu'il y a un travail en collaboration avec le parent pour ce dernier.

Enfin, une fois de plus, les professionnelles sont d'accord sur le fait que l'attention du soignant se dirige vers l'enfant. Floriane admet qu'en premier lieu, l'explication se fait à l'enfant directement avec des mots simples, et par la suite aux parents. Elle ajoute qu'au moment du soin, l'interaction se fait principalement avec l'enfant.

Le soignant doit à la fois impliquer le parent et prodiguer les soins à l'enfant. Clara ajoute que, selon elle, le rôle du soignant envers le parent est moindre. Cependant, elle complète en disant que le soignant est là pour les rassurer afin que les parents soient complètement avec l'enfant pour le mettre en confiance.

Pour Sonia, Emma et Clara, le soignant se dirige principalement vers l'enfant. Mais toutes les quatre sont d'accord sur le fait que le soignant doit se montrer rassurant envers le parent afin que le patient soit lui-même en confiance.

Cependant, chacune d'entre elles a déjà vécu une situation où le parent s'est avéré être un frein à la prise en soin de l'enfant.

Pour Sonia et Clara, elles expliquent cela par le fait que les parents peuvent avoir vécu une mauvaise expérience, il y a donc une appréhension, la peur que le soin se passe de nouveau mal, la peur de voir leur enfant se débattre ou pleurer.

Sonia et Floriane ajoutent que le stress des parents peut être un frein dans certaines situations, car l'enfant va ressentir ce stress et ne va pas se sentir en sécurité et en confiance. Ce qui entraîne le fait que le parent va être davantage concentré sur ce que l'infirmière fait plutôt que sur l'enfant à rassurer, comme le disent Sonia et Clara.

Toutes s'accordent en disant que ça instaure une atmosphère négative et angoissante pour l'enfant. Il va donc falloir prendre plus de temps pour rassurer le parent, le soin va se révéler être plus long.

5.9.3 La négociation et la distraction en pédiatrie

Dans chacune des prises en soin, la négociation et la distraction ressortent. Les quatre professionnelles ont chacune été confrontées à un refus de soin venant de l'enfant cette fois-ci. Sonia, Clara et Floriane s'accordent sur la communication. Avant chaque soin, elles passent un certain temps à expliquer le soin à l'enfant, aux parents, afin d'établir une relation de confiance entre tout le monde et de réduire toute appréhension.

Emma, quant à elle, utilise beaucoup l'emballage chez les plus petits afin que l'enfant se sente contenu, c'est rassurant pour lui.

Clara passe aussi par la négociation, en plus de la communication.

Enfin, chacune fait preuve d'imagination pour trouver des astuces pour divertir l'enfant. En effet, Sonia va quelques fois montrer le soin sur le doudou en premier, ou encore faire imaginer des choses à l'enfant.

Elle dit également mettre des gommettes et décorer les pansements, les plâtres ou encore les cathéters pour rendre le soin plus ludique. Elle affirme une fois de plus que, là, les parents ont tout leur rôle à jouer.

Floriane, elle, dit que tout part de la relation de confiance. Si l'enfant sent son parent en confiance avec le soignant, il n'aura pas d'inquiétude à avoir. Elle ajoute qu'il est possible de proposer d'écouter de la musique, de regarder des dessins animés, de parler de choses que l'enfant aime faire. Il y a également des diplômes du courage qui peuvent être donnés à l'enfant. Elle affirme qu'une fois le diplôme obtenu, ou le petit cadeau, l'enfant repart avec le sourire et est fier de lui. Il oublie le soin qui vient d'être réalisé et ne retient que le positif.

Finalement, en pédiatrie et d'après les témoignages de chacune des professionnelles, les soins passent par la communication, les différentes techniques de distraction. Mais surtout par l'instauration d'une relation de confiance.

5.9.4 Les émotions

Les quatre soignantes ont partagé une situation qui les a marquées lors d'un soin.

Sonia a été touchée par une situation d'annonce d'une pathologie. Finalement, c'est la réaction de l'enfant face à celle de la maman qui a touché le plus la soignante. Le fait que maman pleure et que la petite fille soit touchée par la réaction de sa maman. Elle a su créer une relation de confiance, en discutant, en rassurant et en passant par le jeu avec la jeune fille. Sonia s'est en quelque sorte attachée à cette famille car, quelques jours plus tard, elle est allée la voir en service pour prendre de ses nouvelles.

Emma a été touchée par une situation où elle pense, de par le manque d'expérience, qu'elle a pris toutes les émotions de maman lors d'un moment difficile d'un transfert en réanimation. Sachant que maman était toute seule, sans le papa, ça a créé un lien d'autant plus fort entre la maman et la soignante.

Clara, elle, s'est sentie démunie face à l'inconfort d'un bébé et à la détresse de sa maman.

Malgré la mise en place de différentes choses, telles que la RESC, l'appel au médecin afin d'avoir des antalgiques, différents soins... elle a eu l'impression de ne pas faire assez et a remis en doute ses pratiques et s'est sentie frustrée.

Enfin, Floriane s'est sentie en difficultés après sa grossesse. Lorsqu'elle était aux urgences pédiatriques et qu'elle prenait en charge des enfants de l'âge de son bébé. Elle faisait un transfert lors de plusieurs prises en soin. Elle ressentait beaucoup de stress et ne se sentait pas à l'aise.

Afin d'appréhender au mieux ces émotions, elles s'unissent en disant que la communication, l'explication ou encore la distraction sont importantes. Il est important d'adapter la distraction en fonction de l'âge, nous ne pouvons pas proposer les mêmes choses, nous devons adapter le soin et les explications. Elles pensent toutes les quatre qu'il est important de prendre le temps avec le parent et l'enfant afin d'instaurer le climat de confiance nécessaire à la bonne prise en soin.

Elles vont être d'accord sur le fait que l'anxiété des parents majorait celle des enfants. D'où l'importance de savoir rassurer le parent également et de l'intégrer pleinement au soin.

Afin de gérer leurs propres émotions et de faire en sorte qu'elles n'impactent pas leurs vies personnelles, elles comptent beaucoup sur l'équipe. En effet, Emma et Clara expliquent qu'elles communiquent beaucoup entre elles. De plus, elles sont d'accord sur le fait qu'elles utilisent des médecines alternatives pour elles aussi, en se faisant des séances de RESC par exemple afin de décompresser et de s'apaiser. Clara ajoute que voir ses proches et en parler est tout autant important pour elle.

Floriane quant à elle, a déjà ressenti le besoin de passer le relais à une collègue dans certaines situations qui s'avéraient être trop difficiles pour elle, des situations où elle s'est sentie dépassée. Elle a même quitté son service pour aller découvrir un autre service. Elle ajoute également, qu'une fois dans le vestiaire, elle se dit que le relais est fait, qu'elle a fait son maximum pour l'enfant et que maintenant il faut laisser le travail à l'hôpital, la journée est terminée.

6. Analyse croisée

Dans cette partie, nous allons confronter la théorie vue dans mon cadre de référence avec la pratique observée chez les professionnels lors de mes entretiens. Cette démarche permettra de mettre en lumière les idées principales liées à chaque concept, soit : les difficultés de la prise en charge d'un enfant en pédiatrie, la triade, la négociation et la distraction et enfin les émotions. Cela me permettra de répondre à la question initiale qui est apparue à la suite de ma situation d'appel.

6.1 L'enfant en pédiatrie

Nous avons vu précédemment que le mot enfant vient du latin *infans*, qui signifie « *qui ne parle pas encore* ». L'enfant était donc décrit comme un être humain dans l'incapacité de s'exprimer. Dans le cadre théorique, l'enfant est donc décrit par son incapacité organique à s'exprimer. De ce fait, l'enfant est, par son statut, dépendant des adultes.

À plusieurs reprises durant les entretiens, les professionnelles que j'ai interrogées m'ont parlé des difficultés qu'elles peuvent rencontrer pour faire un soin lorsque l'enfant ne parle pas encore. L'incapacité organique à s'exprimer est reprise pour parler de la spécificité de la pédiatrie et de ses difficultés. Emma, auxiliaire de puériculture en pédiatrie, nous l'exprime en disant : « *plutôt vers l'âge des 3 ans, parce qu'ils n'ont encore pas forcément la facilité de pouvoir exprimer et donner toutes les informations au niveau verbal. [...] C'est peut-être, pour moi, l'âge le plus difficile.* » (L19-20) ou encore : « *Les plus grands ont vraiment plus de compréhension* » (L27). Clara, infirmière, nous en parle également : « *Les difficultés qu'on rencontre dans la prise en charge des enfants, c'est principalement le refus de soins, euh bah surtout avec les plus jeunes où ils ne communiquent pas forcément verbalement.* » (L15-16).

Enfin, Sonia nous confirme que la tranche d'âge choisie, entre 3 et 6 ans est une tranche d'âge où elle arrive à peu près à faire comprendre les soins, mais que ça reste encore assez difficile : « *Ça reste une tranche d'âge où ils arrivent à peu près à comprendre* » (L18) ou encore : « *Sur la prise en charge des enfants de 3 à 6 ans, la difficulté, ça va être de... de leur faire accepter les soins, de leur expliquer.* » (L24) Cette puéricultrice souligne quant à elle, l'incompréhension au soin, en plus de cette incapacité à s'exprimer.

Comme nous avons pu le voir précédemment grâce Aurélien D'Ignazio et Juliette Martin, entre 4 et 5 ans, les enfants ont la notion, la perception des durées. D'où l'importance de leur expliquer et de leur faire comprendre le déroulement du soin.

Nous avons également vu, grâce à Jean Piaget, les différentes étapes du développement de l'enfant. La tranche d'âge dont nous nous sommes le plus intéressé est celle du stade préopérateur : de l'âge de 2 ans à l'âge de 6 ans. C'est une période durant laquelle l'enfant va développer une meilleure compréhension du langage et de la pensée de par le fait de sa scolarité. Ce qui est en lien avec ce que disait Sonia : « *C'est une tranche d'âge où ils arrivent quand même à comprendre* ». (L18)

Emma affirme que la prise en charge des plus grands est plus simple, car ils ont accès à davantage de compréhension et arrivent à prendre sur eux malgré le stress.

Quant aux plus petits, aux bébés, il y a moins de difficultés car le fait d'être contenu, d'être emmaillotté les rassure rapidement.

Nous nous sommes également intéressés à Sigmund Freud qui nous explique les différents stades du développement psychoaffectif de l'enfant. En effet, à partir de 3 ans, l'enfant entre dans le stade phallique et c'est une période où l'enfant commence à s'affirmer. C'est quelque chose que nous avons pu comprendre durant les entretiens. Il est vrai qu'Emma nous a parlé du refus de soin : « *Et c'est vrai que c'est un âge où ils ont aussi cette capacité de pouvoir voilà, être beaucoup plus dans le refus, vraiment au niveau corporel* » (L22-23). Clara nous a également exprimé ses difficultés face aux enfants âgés de 3 à 6 ans, qui sont principalement le refus de soin : « *Mais les plus petits, ils peuvent être dans le refus parce que s'ils ont déjà été hospitalisés, ils peuvent avoir la mémoire de douleur* » (L20-21)

Certains mots reviennent à chaque entretien suite aux refus de soin, tels que l'appréhension, l'anxiété du soin. Clara nous a également parlé de mémoire du soin.

Nous verrons par la suite que chacune des professionnelles interrogées répond aux refus de soins de la même manière, mais avec chacune ses préférences et ses particularités.

Par la suite, Clara aborde une autre difficulté à laquelle elle peut être confrontés quelques fois, qui est le refus de soin venant du parent lorsqu'ils appréhendent le soin, par exemple. Nous en parlerons plus tard.

6.2 La triade enfant – parents – soignant

La triade est une partie essentielle de mon questionnement. J'ai par la suite tenu à demander à chacune des professionnelles comment elle me définirait la triade. Toutes les quatre ont été unanimes en expliquant que c'est la relation entre l'enfant, le parent et le soignant. Selon elles, elle est essentielle en pédiatrie. C'est le fait de travailler ensemble, avec le parent et l'enfant, et d'intégrer chacune des parties dans le soin avec un rôle bien précis. La définition des soignantes est étroitement liée à celle de Pascale Wanquet-Thibault. En effet, l'auteure définit la triade comme « *un ensemble interrelationnel où chaque acteur a un rôle dans le processus de soins.* »

Afin d'en savoir plus, j'ai donc demandé aux soignantes de m'expliquer à quelle place elles mettent chacun des acteurs de cette triade.

Si nous généralisons les pensées des auteurs vus dans le cadre de références et celles des professionnelles interrogées, nous pouvons voir que la place du parent est primordiale dans le soin. En effet, le fait d'intégrer le parent pleinement dans la prise en charge, de le faire participer, de lui expliquer les soins, va permettre de créer une relation de confiance. Le parent va donc se sentir écouté, compris. Un parent rassuré est totalement disponible par la suite pour rassurer à son tour son enfant.

Le fait d'intégrer les parents dans le soin permet d'améliorer l'efficacité des soins. Un enfant qui sent son parent présent, à l'aise et en confiance avec tout ce que font les soignants, sera à son tour confiant et apte à recevoir le soin malgré une appréhension toujours présente.

Il est vrai que tout au long de l'entretien, des mots clefs revenaient, tels que la communication ou encore la mise en confiance. Comme le dit Monique Formarier en 2007, la confiance est essentielle dans la relation soignant-soigné. Bernard Golse en a également parlé en disant que la relation de confiance est nécessaire pour assurer une prise en soin de qualité.

Thibault-Wanquet, en 2008, explique que chaque acteur joue un rôle spécifique et a sa propre place dans le soin. Nous avons vu grâce aux témoignages des soignantes ainsi qu'aux auteurs que la famille doit être présente afin de faire en sorte que le soin se passe dans les meilleures conditions possibles. C'est une figure de référence pour l'enfant et elle apporte le côté rassurant. Sonia, Emma, Clara et Floriane ont toutes les quatre exprimé le fait que le parent amène le côté rassurant à l'enfant et que c'est son rôle premier. Sonia et Clara ont ajouté qu'ils ont aussi pour mission de divertir l'enfant durant le soin.

Selon elles, le parent est un soutien. Autant pour l'enfant que pour l'équipe. En effet, si les parents réussissent à mettre en confiance l'enfant, le soignant peut réaliser le soin sereinement et dans de bonnes conditions.

Nous avons également pu le voir grâce au documentaire dans l'émission La maison des Maternelles où les parents jouent ce rôle de distraction, de divertissement. Les parents sont impliqués dans le soin, ce qui rassure l'enfant.

Nous en arrivons alors aux soignants. En effet, il est présent pour réaliser les soins, mais surtout pour remplir différentes missions. Il doit répondre aux besoins des différents membres de la triade. Toutes ses missions vont lui permettre de réaliser le soin dans de bonnes conditions en créant cette relation de confiance essentielle dans une prise en charge pédiatrique. Le soignant doit rassurer, expliquer, éduquer, impliquer et être attentif aux différents besoins de chacun. C'est également ce qui en ressort des lectures de Thibault-Wanquet. Dans cette relation, l'infirmière et les parents œuvrent pour le bien-être de l'enfant. Pour Emma et Clara, le soignant est surtout tourné vers l'enfant. Pour toutes les quatre, le parent est essentiel dans la prise en soin, mais leur attention est surtout dirigée vers l'enfant.

Nous en arrivons donc au fait que l'enfant est l'élément central du soin triadique. L'attention des parents comme des soignants est portée sur lui. Comme le dit Thibault-Wanquet, il est au cœur des préoccupations. C'est également ce que nous font comprendre les professionnelles interrogées.

Donald Winnicott souligne l'importance du soutien émotionnel pour un développement sain.

Pour conclure, Emma explique clairement la triade en disant : « *J'imagine, en fait, un fil entre eux, et le fil du parent vers l'enfant. Voilà comment je l'ai un peu dans la tête. Et après, il y a quand même un trait entre le parent et le soignant, mais qui serait en pointillé.* » (L55-57)

La relation de confiance revient à de nombreuses reprises lors des entretiens. Que ce soit du point de vue théorique directement sur le terrain auprès des professionnelles de santé interrogées, afin d'établir cette relation de confiance, il faut une communication claire et faire preuve d'écoute et d'empathie auprès du patient, mais également de sa famille. Le fait d'impliquer les parents dans le soin peut également permettre de créer une relation de confiance, car ces derniers se sentiront reconnus dans leur rôle et impliqués.

Nous avons également pu voir, d'après les soignantes, que quelques fois, le parent peut se révéler être un frein à la prise en soin. Notamment lorsqu'il est angoissé par le soin, par l'acte, ou tout simplement par la pathologie. Nous en revenons toujours au même point : il est important de savoir rassurer le parent. Comme dit précédemment, la relation de confiance permet de réduire l'anxiété des parents, ils seront par la suite entièrement concentrés sur leur enfant et pourra à leur tour le mettre en confiance. De plus, l'enfant peut ressentir le stress de ses parents, ce qui peut l'angoisser d'autant plus et, de ce fait, rendre le soin difficile.

6.3 La négociation et la distraction en pédiatrie

En pédiatrie et dans ma situation exposée précédemment, la négociation tient une place importante dans la prise en soin de l'enfant. En effet, nous avons vu dans le cadre de référence que la négociation est définie, par le Dictionnaire des concepts en sciences infirmières, comme « *Individus en interaction sociale, capables de parler et d'agir, engageant une relation interpersonnelle. Les acteurs recherchent une entente sur une situation d'action, afin de coordonner leurs actions vers un consensus commun, reposant sur des objectifs définis.* » (Paillard, 2018, p. 283).

En pédiatrie, ce sont les différentes méthodes que vont utiliser les équipes afin de faire accepter le soin à l'enfant.

Chacune des professionnelles interrogées lors des entretiens a déjà été confrontée à un refus venant de l'enfant. Elles expliquent cela par l'appréhension du soin, la peur de l'inconnu. C'est une manière pour lui d'exprimer ses peurs et ses préoccupations.

En effet, Sébastien Rouget rappelle qu'entre 2 ans et 7 ans, l'enfant est dans le stade préopératoire. Ce qui signifie que l'abstrait est difficile pour lui. Il ne va pas assimiler pourquoi un soin est réalisé. Entre alors en jeu la négociation via la distraction et la communication.

Chacune des soignantes interrogées m'a parlé de différentes techniques qu'elles utilisent afin de faire penser à autre chose l'enfant, afin de le mettre en confiance, de le divertir pour que le soin se passe au mieux. La distraction est une technique pour détourner l'attention.

Pédiadol dit qu'elle : « *consiste à le rendre inattentif à ce qui lui fait peur ou qui le gêne en focalisant ses pensées sur ce qui lui plaît, ce qui est agréable, ludique ou captivant.* » (Pédiadol, 2019).

Nathalie Bourdaud nous donne une définition similaire de la distraction en disant qu'elle correspond à tout stimuli non agressif qui orientent l'attention de l'enfant.

Le but étant donc de dissocier la pensée de l'enfant de ce qui lui fait peur.

Comme nous a dit Clara, l'enfant peut avoir une mémoire du soin. En effet, une mauvaise gestion de la douleur chez l'enfant peut laisser des traces et donc avoir un impact sur les prises en charge futures.

Une fois de plus, la relation de confiance revient. Il est vrai que la distraction permet également de créer ce lien de confiance entre l'enfant, les familles et les soignants et donc de réaliser le soin dans de bonnes conditions.

J'ai alors questionné les professionnelles sur les méthodes qu'elles utilisaient en cas de refus de soin. Sonia et Clara nous expliquent une fois de plus l'importance de la communication. Elles expliquent dans un premier temps, puis montrent le soin. Il arrive à Sonia de le montrer sur le doudou de l'enfant. Elle nous dit, tout comme Floriane, que souvent elles utilisent des gommettes, par exemple, pour décorer les pansements, pour rendre le soin plus ludique. Ou encore des diplômes du courage une fois le soin terminé. La musique ou encore les dessins animés peuvent permettre à l'enfant de s'évader et de penser à autre chose.

Deux d'entre elles utilisent également l'emballage, pour les plus petits. C'est le fait d'envelopper l'enfant, le nourrisson, dans un drap léger en contenant ses bras et ses jambes. Cela permet de contenir et de rassurer l'enfant en lui amenant un sentiment de sécurité.

Enfin, trois des professionnelles interrogées ont des formations sur les médecines alternatives et disent s'en servir régulièrement. Elles utilisent beaucoup la RESC, par exemple, qui est une Résonance Energétique par Stimulation Cutanée. Elles disent s'en servir lorsque l'enfant est douloureux ou agité de par l'angoisse du soin. Les retours sont généralement positifs et cette pratique permet de détendre l'enfant ou de soulager ses douleurs.

Floriane nous parle vaguement de l'hypnose qui est également beaucoup utilisée en pédiatrie et qui fonctionne très bien. Nathalie Bourdaud est d'accord avec ça et affirme que, de par leur imagination spontanée, les enfants sont davantage réceptifs à l'hypnose que les adultes. Ils entrent facilement dans le monde de l'imaginaire.

De par les recherches effectuées précédemment, nous avons pu voir un soin réalisé sous hypnose dans une émission appelée Urgences pédiatriques : l'hypnose contre le stress. La pose d'un cathéter, un soin pourtant redouté par le jeune garçon, mais qui se déroule dans les meilleures conditions possibles grâce à la séance d'hypnose.

Dans le cadre de référence, nous avons vu qu'il existe différentes techniques. Les soignantes et les auteurs s'unissent pour dire qu'il est important de bien connaître l'enfant afin de réussir à le distraire. D'où l'importance de la participation des parents. Ils peuvent dire à l'équipe ce que l'enfant aime écouter, regarder, faire... Ils orientent le soignant car, toutes les distractions ne fonctionnent pas sur tous les patients. Nous sommes chacun sensibles à des choses différentes.

Sonia ainsi que Françoise Galland sont unanimes sur le fait qu'il peut être intéressant d'associer les sensations du soin à une histoire. C'est ce que la puéricultrice fait régulièrement aux urgences. Elle nous donne l'exemple du masque MEOPA qui fait de la fumée comme le dragon. Cela permet à l'enfant de mieux supporter le soin.

Les soignantes ainsi que les auteurs vus précédemment sont d'accords sur l'intérêt de commencer la distraction avant le soin afin que le soin se réalise dans les meilleures conditions possibles. En effet, ça permet de mettre l'enfant dans de bonnes conditions, dans un climat de confiance.

Nous avons pu voir sur Pédiadol les différentes distractions qui peuvent être utilisées telles que les comptines, les dessins animés, la musique, les bulles de savon, les jeux de lumières, de couleurs...

Enfin, l'émission La Maison des Maternelles nous prouve que peu importe l'âge de l'enfant, la distraction est utilisée en pédiatrie, en s'adaptant bien évidemment aux besoins de l'enfant, à son âge et à ses capacités. Elle permet de mettre l'enfant en confiance. On y voit différentes distractions, sans oublier de féliciter le patient à la fin afin qu'il garde tout de même un bon souvenir.

6.4 Les émotions

Nous avons pu constater que les émotions vécues par les soignants sont toutes à l'origine de diverses interactions sociales. Cette analyse rejoint les idées des auteurs que j'ai pu étudier dans mon cadre de référence.

Le dictionnaire Larousse définit l'émotion comme une « *réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement.* »

Catherine Mercadier dit dans son livre *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, que les émotions des soignants sont un élément central. Chaque jour, le soignant va être confronté à des situations qui vont entraîner chez lui différentes émotions qui peuvent impacter le soin ou non. Comme nous l'explique Emma : « *C'était très, très fort émotionnellement. C'était une maman qui était toute seule, le papa n'était pas là et j'ai un peu pris les émotions de cette maman-là.* » (L142) Ou encore Clara qui avoue s'être sentie démunie lors de la prise en charge d'un bébé en détresse respiratoire, face à son inconfort malgré les soins. (L117)

De plus, l'auteure rajoute qu'il est important de ne pas transférer nos propres émotions sur le patient afin qu'il se sente en confiance.

Ce sont des mots qui sont revenus à plusieurs reprises lors des entretiens. Plusieurs fois, le personnel interrogé m'a fait part de l'importance de la mise en confiance des familles afin que l'enfant soit lui-même rassuré et en confiance. C'est dans cette situation que le soin se passe au mieux.

Les émotions qui sont le plus revenues lors des entretiens que j'ai réalisés sont le stress concernant Floriane, qui est un ressenti qui a débuté lorsqu'elle est tombée enceinte. Elle craignait que le stress qu'elle ressentait en service affecte son bébé et sa grossesse. Par la suite, elle faisait beaucoup de transferts avec sa vie personnelle à l'époque où son enfant était encore bébé. Il est vrai que l'anxiété est souvent observée en pédiatrie et peut être amplifiée par la triade. La compassion est une autre émotion retrouvée dans le cas de Sonia et Emma, l'impuissance et la frustration pour Clara.

Grâce à l'ouvrage de Catherine Mercadier, nous avons vu que les soignants utilisaient différentes méthodes afin de maîtriser leurs émotions et de faire en sorte que la vie professionnelle n'impacte pas la vie personnelle. L'auteure parle de l'utilisation de la parole pour détourner l'attention, pour neutraliser l'émotion. En effet, c'est également quelque chose dont le personnel soignant m'a parlé durant les entretiens. Emma et Clara m'ont fait part de leur relation avec l'équipe qui leur permet de discuter de situations difficiles et donc de prendre du recul. Clara ajoute que ça lui arrive d'en parler avec ses proches également.

De plus, nous pouvons imaginer que le fait de distraire l'enfant durant le soin est un moyen pour l'équipe soignante de se détacher et de se protéger également.

L'auteure parle aussi de la blouse blanche du soignant qui s'avère être une protection pour beaucoup de monde. Elle permet de passer à autre chose une fois le service quitté. C'est quelque chose que m'a évoqué Floriane également. Elle ajoute : « *c'est vrai que dans notre métier, le fait de porter la blouse blanche, on se dit, je laisse les problèmes, entre guillemets, je laisse ce que j'ai vécu, je laisse au vestiaire, ça y est, c'est fini, ma journée est finie, j'ai fait ce que je devais faire* » (L173-175)

Les professionnels s'accordent avec les auteurs du cadre de référence sur tout ce qui est de la communication afin de rassurer, sur les explications claires à donner aux patients mais aussi aux familles afin de mettre en confiance, sur la distraction qui joue un rôle primordial en pédiatrie, mais également et surtout sur l'importance de la triade.

Grâce aux témoignages des professionnelles interrogées ainsi qu'aux lectures que j'ai faites dans mon cadre de référence, nous pouvons conclure que les émotions ont un réel impact sur les soins prodigués, mais également sur les familles. Si un soignant se montre angoissé ou peu confiant face à une situation, un transfert peut se faire sur le patient et, auquel cas, le soin sera d'autant plus difficile. Les émotions sont normales, c'est pourquoi les soignants mettent en place des mécanismes de défense afin de les gérer ou des méthodes pour se relaxer et réussir à passer outre une fois la journée terminée.

Comme le disent Nady Van Broack et Jacques Van Rillaer, lors d'une hospitalisation, l'enfant est confronté à plusieurs émotions telles que l'angoisse, la tristesse, la peur ou encore la colère. Clara est la seule à avoir parlé de colère chez l'enfant, elle a elle-même été confrontée à une situation où l'enfant était très énervé : *« du coup la petite était très énervée, elle se débattait beaucoup, elle envoyait tous les membres en l'air. »* (L52)

Concernant les émotions des patients, ici des enfants, nous avons pu constater que la maladie, les soins, génèrent beaucoup d'anxiété. C'est l'émotion qui ressort le plus des entretiens, avec la peur. En effet, le refus de soin de l'enfant est généralement lié à la peur de l'acte. Et l'acte entraîne de l'anxiété. Nous avons vu précédemment la définition de l'anxiété dans le dictionnaire Larousse Médical : *« L'anxiété est un trouble émotionnel se traduisant par un sentiment d'insécurité, d'inquiétude ou d'angoisse. Elle est causée par l'incertitude, l'attente ou la crainte d'un danger à venir, mais intérieur, latent, non défini. »*

Pédiadol explique ce qu'est la mémoire du soin. Elle est définie comme la mémorisation d'évènements douloureux qui entraîne une anticipation du soin et génère donc de l'anxiété. C'est lorsque le soin est un souvenir négatif perçu par l'enfant. L'enfant va donc par la suite appréhender l'hospitalisation, appréhender le soin et être dans le refus.

Clara nous en parle : *« Mais les plus petits, ils peuvent être dans le refus parce que s'ils ont déjà été hospitalisés, ils peuvent avoir la mémoire de douleur »* (L20-21)

L'âge des enfants pour lesquels la gestion des émotions est la plus complexe selon les professionnelles interrogées se trouve entre 3 et 6 ans environ pour chacune d'entre elles. En effet, ça confirme la théorie des auteurs qui disent que c'est une période où nous pouvons voir l'émergence des angoisses chez l'enfant.

L'hospitalisation d'un enfant peut être une réelle épreuve pour les parents également. Je cite Clara : *« Et après on peut être confronté aussi au refus des parents ou au stress aussi des parents par rapport aux soins. »* (L22), *« le papa était un peu réfractaire (à la pose de cathéter) au début parce que ça s'était mal passé aux urgences (...) »* (L48) ou encore Sonia : *« T'as des parents qui sont au juste un frein parce qu'ils vont... Soit ils ont eu des mauvaises expériences »* (L61).

Floriane en parle également : « *Oui, quand les parents sont très stressés, quand ils sont stressés et qu'on a du mal à avoir leur confiance, ça va mettre un petit peu un frein et ça va retarder le soin* » (L71-72)

Une fois de plus, les soignantes s'accordent avec les auteurs pour dire que la relation de confiance et la communication ont un impact positif sur les émotions du patient et de sa famille. Ils sont tous d'accord pour dire que si les parents se montrent rassurants, l'enfant le sera d'autant plus. Cette relation de confiance est basée sur la communication, l'explication claire, l'empathie ou encore l'anticipation, comme nous l'a fait part Emma, afin de réduire le stress.

7. Problématique

En entrant en formation en soins infirmiers et, finalement, depuis le début de mes études d'auxiliaire de puériculture, j'ai toujours eu le projet de devenir infirmière puéricultrice. L'intérêt que je porte à la prise en soin pédiatrique est grand. C'est pourquoi j'ai tenu à faire un mémoire autour de ce thème. Une problématique revenait beaucoup en pédiatrie : celle du refus de soins. J'ai donc par la suite construit un questionnement qui m'a mené à la question de départ suivante : **En quoi la négociation ainsi que la triade influencent l'acceptation des soins invasifs en pédiatrie ?**

Les écrits de différents auteurs ainsi que les témoignages de professionnelles de santé m'ont permis d'approfondir des connaissances sur la prise en soin pédiatrique en général et notamment sur l'impact de la distraction et de la triade durant les soins.

J'ai pu dans un premier temps comprendre les difficultés auxquelles sont confrontées les professionnelles de santé lors de la prise en charge d'un enfant. La difficulté qui ressort à chacun des entretiens en premier étant le refus de soin. De par les lectures que j'ai effectuées durant le cadre théorique, j'ai pu assimiler les différents stades, les différentes périodes d'évolution par lesquelles passent les enfants en fonction de leur âge, et donc comprendre pourquoi, à une certaine période, l'enfant se montre davantage réticent aux soins. Nous avons pu analyser le développement psychomoteur grâce à D'ignazio et Juliette Martin. Nous avons pu en savoir plus sur le développement cognitif de l'enfant grâce au savoir de Jean Piaget qui nous explique les étapes par lesquelles passe l'enfant pour acquérir des connaissances et une compréhension du monde. Et enfin le développement psychoaffectif grâce à Freud ainsi qu'à Winnicott. Ces deux auteurs ont influencé les pratiques d'aujourd'hui.

Winnicott démontre l'importance de la relation mère-enfant. C'est pourquoi je me suis ensuite intéressée à l'importance de la triade en pédiatrie.

Ce mémoire m'a fait prendre conscience de l'importance de la collaboration entre les parents et les soignants qui s'avère être finalement bénéfique pour chacune des parties. Il m'a permis de bien comprendre que chacune des personnes faisant partie de la triade a une place essentielle et joue un rôle dans le déroulé de la prise en soin.

Les témoignages des soignantes s’alignaient avec les pensées des auteurs en démontrant que le parent a tout son rôle à jouer dans la prise en soin de son enfant. En effet, il doit pouvoir rassurer l’enfant et le divertir. C’est pourquoi, il est important que le parent soit lui-même rassuré et en confiance durant l’hospitalisation. En effet, un parent en confiance et serein pourra à son tour rassurer son enfant et transmettre des ondes positives. Dans ces conditions, le soin se déroulera au mieux. Entre alors en jeu la relation de confiance qui prime dans le milieu de la santé.

Le soignant, quant à lui, doit avoir toute son attention sur l’enfant, mais sans oublier le parent. En effet, son rôle premier est de prendre soin du patient, mais, comme vu précédemment, pour que le soin se déroule dans de bonnes conditions, le parent doit faire partie de cette prise en charge. Le professionnel de santé doit alors intégrer pleinement le parent dans le soin et le mettre en confiance.

Relation de confiance qui doit également être créée avec le patient. Les soignantes interrogées m’ont alors expliqué que la communication joue un rôle très important. Prendre le temps avant le soin est essentiel pour finalement en gagner par la suite. Le soin ne se déroulera que mieux.

Enfin, il est évident que l’enfant est au centre de toute cette prise en soin.

Face aux refus de soins auxquels sont confrontés régulièrement les soignants, j’ai ensuite voulu en savoir plus sur les différentes méthodes utilisées pour pallier à ces refus. Que ce soit en théorie ou en pratique, ce qui revient le plus est la distraction et la négociation. Les lectures m’ont permis de comprendre le but de ces distractions et les soignantes interrogées m’ont cité celles qu’elles utilisaient le plus.

J’ai pu remarquer que les professionnelles ayant des formations supplémentaires sur les médecines alternatives, par exemple, l’utilisent sur de nombreuses prises en soin, avec l’accord des familles et des patients. Généralement, les retours sont positifs. En effet, Clara, Emma et Floriane qui sont formées à la RESC toutes les trois, m’ont certifié l’utiliser régulièrement afin de détendre les enfants, les apaiser, avant, pendant ou après le soin.

Emma nous parle également de réflexologie, Clara d’aromathérapie et Floriane d’hypnose. Toutes sont des formations connues pour être demandées en pédiatrie et beaucoup utilisées. Sonia, quant à elle, n’a pas encore eu l’occasion d’accéder à ces formations, mais dispose de la formation sur la gestion de la douleur et dit utiliser chaque jour ce qui lui a été enseigné.

Ce sont des formations que certaines utilisent également entre elles pour relâcher la pression lorsque certaines prises en soin ont été difficiles ou qu'elles ont du mal à passer à autre chose dans des situations complexes. Car il est vrai que nous avons pu voir que, lors d'une prise en soin pédiatrique, les émotions sont mises à rude épreuve. Celles du patient, mais aussi du soignant, face à la détresse de l'enfant et de sa famille. Il est donc utile de trouver des alternatives afin d'éviter que la vie professionnelle empiète sur la vie privée du soignant.

Ce travail de fin d'études m'a aidé à trouver des réponses à mes questions, mais en a également généré de nouvelles, notamment l'impact de l'utilisation des médecines alternatives.

8. Question de recherche

En quoi les médecines alternatives participent-elles au bon déroulement du soin en pédiatrie ?

Conclusion

Pour conclure, ce cheminement professionnel a été très enrichissant pour moi. Il m'a permis d'approfondir mes connaissances et de mieux saisir la complexité de la relation de soin en pédiatrie. J'ai également acquis de nombreux savoirs sur la prise en charge de l'enfant et des parents. En est ressortie l'importance de la communication, de la relation de confiance avec l'enfant, mais également et surtout avec le parent.

Il est vrai qu'en pédiatrie, la réalisation d'un geste peut s'avérer compliquée. La qualité du soin ne repose pas seulement sur le geste technique, mais sur la relation humaine que nous arrivons à construire. Il est important de s'adapter à l'âge de l'enfant, à son niveau de compréhension et à son niveau de développement. J'ai pu comprendre grâce aux recherches et aux savoirs des professionnels qu'il est utile de prendre en compte l'imaginaire, ses besoins, son vécu, son développement cognitif ainsi que psychoaffectif.

Nous avons également pu voir que le parent a toute sa place au sein de la triade. C'est une ressource importante pour l'enfant, mais aussi pour le soignant. La présence des parents favorise la mise en place de conditions favorables pour un soin. Le parent est un repère pour l'enfant et un partenaire, un collaborateur pour le soignant.

Enfin, ce mémoire marque la fin de mes trois années de formation en soins infirmiers. Trois années riches en émotions, en découvertes, en apprentissages et en remises en question. Mais ce que je retiendrai ce sont bel et bien les rencontres humaines que j'ai pu y faire. Aussi bien à l'IFSI qu'en stage, auprès des professionnels, mais surtout auprès des patients. Certaines situations m'ont bousculée, mais m'ont à la fois permis de m'interroger sans cesse sur nos pratiques et m'ont fait grandir. C'est une formation qui nous apprend beaucoup de choses sur nous-mêmes et nous permet de dépasser nos limites.

Ce travail de fin d'études ainsi que l'ensemble des expériences que j'ai pu vivre durant ces trois années ont enrichi ma réflexion sur ma pratique professionnelle. Je me promets de continuer à porter une attention particulière au bien-être du parent présent, d'écouter les besoins, les ressentis, les « mots » de l'enfant, ses émotions. Et je me promets de tout mettre en œuvre afin que le soin se passe dans les meilleures conditions possibles pour que l'enfant reparte de l'hôpital avec un souvenir positif.

Ils m'ont permis de me construire en tant qu'infirmière et ont surtout confirmé mon projet qui me tient à cœur depuis le début : devenir infirmière puéricultrice.

Aujourd'hui, je suis certaine d'avoir trouvé ma voie, le métier que j'ai toujours rêvé de faire.

Bibliographie

- Billot, F. (2012). *La distraction : une place à part entière dans le soin*. Cahiers de la puéricultrice, 255, 10-13.
- Bloch, H. (1993). *Le grand dictionnaire de psychologie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bourdaud, N. (année). *Hypnose et distraction préopératoire chez l'enfant*. MAPAR.
- Delphine. (2016). *Regard du patient : « La relation soignant-soigné est primordiale »*. Infirmiers.com. <https://www.youtube.com/watch?v=w4jI7IMde9E>
- Dumas, M.-F. (2011). *Les émotions des soignants : L'empathie et ses limites*. Paris : Éditions Elsevier Masson.
- Eureval. (2014). *Fiche technique : L'entretien*. Eureval.
- Golse, B. (2006). *Les enjeux de la relation soignant-soigné en pédiatrie*. Paris : Éditions Doin.
- Golse, B. (2009). *La relation thérapeutique en pédiatrie*. Paris : Éditions Dunod.
- Héloïse. (2016). *Regard du patient : « J'ai confiance en mon infirmière »*. Infirmiers.com. <https://www.youtube.com/watch?v=rCadhIUE3rk>
- Humanium. (n.d.). *La Convention relative aux droits de l'enfant*. Humanium.
- La Maison des maternelles. (2017). *Comment rassurer un enfant à l'hôpital ?* France Télévisions. <https://www.youtube.com/watch?v=r5uHMw0iGns>

- La Maison des maternelles. (2017). *Urgences pédiatriques : l'hypnose contre le stress*. France Télévisions. <https://www.youtube.com/watch?v=QFf5skW6x4c>
- La Maison des maternelles. (2023). *Aux urgences pédiatriques, le rôle crucial des soignants*. France Télévisions. <https://www.youtube.com/watch?v=19jCkoo2pQ0>
- Larousse. (s.d.). *Émotion*. Dans *Le grand dictionnaire de la langue française* (10e éd.). Larousse.
- Le Robert. (s.d.). *Pédiatrie*. Dans *Le grand dictionnaire encyclopédique* (édition). Le Robert.
- Manoukian, A. (2007). *La relation soignant-soigné*. Paris : Dunod.
- Piaget, J. (2012). *La psychologie de l'enfant*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Saldmann, P.-H. (2010). *Le grand livre de l'hygiène de vie*. Paris : Leduc.
- Séguret, S. (2015). *Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie*. Paris : Éditions Masson.
- Sillamy, N. (2009). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : PUF (Presses Universitaires de France).
- UNICEF. (n.d.). *La Convention internationale des droits de l'enfant - Version pour les enfants*. UNICEF.
- Wallon, H. (2004). *Psychologie du développement*. Paris : Armand Colin.
- Wanquet-Thibault, P. (2004). *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital*. Paris : Masson.

- Wanquet-Thibault, P. (2005). *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*. Paris : Masson.
- Winnicott, D. W. (1975). *Le jeu et la réalité*. Paris : Gallimard.
- Giffard, B. (2024, 31 janvier). *Suite aux Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant : des annonces en demi-teinte*. Revue Trait d'Union. <https://revuetraitdunion.org/actualite/vie-des-secteurs/enfance/suite-aux-assises-de-la-pediatrie-et-de-la-sante-de-lenfant-des-annonces-en-demi-teinte/>
- D'Ignazio, A., & Martin, J. (2022). *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (2e éd.). Dunod.
- Miguët-Danzin, P. (2024, 15 mars). *Le développement de l'enfant de 3 à 6 ans*. <https://maternelle-38.web.ac-grenoble.fr/sites/default/files/inline-images/phPq3E9ght8qg48VnPVvbyrVYVMVMRXGC9Qe3UpNT6l9SbkVVD0.pdf>
- Pediadol. (s.d.). *Mise au point : Distraction lors des soins*. Pediadol. <https://pediadol.org/mise-au-point-distraction-lors-des-soins/>
- Sparadrap. (s.d.). *Distraire les enfants lors des soins*. Sparadrap. <https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/distraire-les-enfants-lors-des-soins>
- Rouget, S. (2017). « C'est pour ton bien ». Face au refus de soin de l'enfant. *Enfances & Psy*, 2017(1), 146–154. <https://shs.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2017-1-page-146>
- Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. (s.d.). *Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé*. Hôpital Trousseau. <https://trousseau.aphp.fr/charte-europ-enfant-hospi/>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (s.d.). *Charte de la personne hospitalisée*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

- Hôpital à Domicile 35. (2021). *Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé*. <https://had35.fr/wp-content/uploads/2021/09/DI153-charte-europeenne-de-l-enfant-hospitalise.pdf>
- Dessin sur la première page réalisé par mon papa : Patrick Pieri.

Annexe

Sommaire des annexes

<i>Annexe I Demande d'entretiens intra-hospitalier</i>	<i>I</i>
<i>Annexe II Réponse entretien CHA</i>	<i>II</i>
<i>Annexe III Réponse entretien CHA</i>	<i>III</i>
<i>Annexe IV Entretien semi-directif</i>	<i>IV</i>
<i>Annexe V Grille Entretiens</i>	<i>V</i>
<i>Annexe VI Entretien 1</i>	<i>VII</i>
<i>Annexe VII Entretien 2</i>	<i>XIV</i>
<i>Annexe VIII Entretien 3</i>	<i>XXI</i>
<i>Annexe IX Entretien 4</i>	<i>XXVI</i>
<i>Annexe X Grille d'analyse : Talon sociologique</i>	<i>XXVI</i>
<i>Annexe XI Grille d'analyse : La prise en soin d'un enfant</i>	<i>XXIX</i>
<i>Annexe XII Grille d'analyse : La triade</i>	<i>XXXI</i>
<i>Annexe XIII Grille d'analyse : La triade question 2</i>	<i>XXXII</i>
<i>Annexe XIV Grille d'analyse : La triade question 3</i>	<i>XXXIV</i>
<i>Annexe XV Grille d'analyse : La triade question 4</i>	<i>XXXV</i>
<i>Annexe XVI Grille d'analyse : La triade question 5</i>	<i>XXXVII</i>
<i>Annexe XVII Grille d'analyse : La négociation et la distraction</i>	<i>XXXIX</i>
<i>Annexe XVIII Grille d'analyse : Les émotions</i>	<i>XLII</i>
<i>Annexe XIX Grille d'analyse : Les émotions</i>	<i>XLV</i>
<i>Annexe XX Grille d'analyse : Les formations</i>	<i>XLVIII</i>
<i>Annexe XXI Charte Européenne de l'Enfant hospitalisé</i>	<i>XLIX</i>
<i>Annexe XXII Charte de la personne hospitalisée</i>	<i>L</i>
<i>Annexe XXIII Les grandes étapes du développement de l'enfant de 3 à 6 ans</i>	<i>LI</i>
<i>Annexe XXIV L'évolution du bonhomme selon Jacqueline Royer</i>	<i>LII</i>

Annexe I Demande d'entretiens intra-hospitalier



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Madame Pieri Célia
Étudiante en soins infirmiers
Adresse : 61 rue Alphonse Daudet
84 700 Sorgues
Téléphone : 06.48.05.57.20
Mail : piericeliaa@gmail.com

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des Soins

Avignon, le 14 février 2025

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser un entretien dans le service : Urgences Pédiatriques, Consultations Pédiatriques, Petits Enfants

Auprès de la (des) population(s) : 1 IPDE de chaque service + 1 AP des Petits Enfants.

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : L'influence de la négociation et de la triade lors de soins invasifs en pédiatrie.

Veillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par ma Directrice de Mémoire.

□ En pièces jointes

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

PIERI Célia

Etablissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse 740 chemin des Meinajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05

Annexe II Réponse entretien CHA



Direction Des Soins
Tél. [REDACTED]
secrétariat

Affaire suivie par [REDACTED]
Cadre Supérieur de Santé
chargé de missions à la
direction des soins
[REDACTED]

Madame Célia PIERI
61 rue Alphonse Daudet
84700 SORGUES

Avignon, le 19/02/2025

OBJET : TFE
NRéf. : 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 :

- [REDACTED] cadre de santé des urgences pédiatriques au [REDACTED]
- [REDACTED] cadre de santé pédiatrie grands et consultations pédiatriques au [REDACTED]

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]



[REDACTED]

Annexe III Réponse entretien CHA

C Célia Pieri <piericeliaa@gmail.com> jeu. 27 févr. 11:44 ☆ 😊 ↶ ⋮
À [REDACTED]
Bonjour,
Je me permets de vous envoyer un mail car j'ai reçu votre accord pour réaliser des entretiens dans le cadre de mon TFE.

Je dois réaliser un entretien aux urgences pédiatriques, aux consultations, et deux aux petits enfants. Seulement vous ne m'avez pas donné les contacts de la cadre des petits enfants. Est-ce parce que ce n'est pas possible? ou une erreur?

Je m'excuse du dérangement,
Cordialement
PIERI Célia

S [REDACTED] jeu. 27 févr. 12:49 ☆ 😊 ↶ ⋮
À moi, [REDACTED]
Bonjour Madame,

Vous n'aviez pas ciblé les services sur votre courrier c'est pour cela que je vous ai demandé de vous adresser au secrétariat afin de vous communiquer les coordonnées des cadres des services concernés.

Mme [REDACTED] cadre de santé aux urgences pédiatriques [REDACTED]
Mme [REDACTED] cadre de santé aux consultations au [REDACTED]
Mme [REDACTED] cadre de santé en pédiatrie petits au [REDACTED]

Bien Cordialement

Annexe IV Entretien semi-directif

Question de départ :

En quoi la négociation et la triade influencent-t-elles l'acceptation des soins invasifs en pédiatrie ?

Talon sociologique

- Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ?
 - Age ?
 - L'année d'obtention du diplôme, IDE, IPDE, AP ?
 - Parcours professionnel ?
 - Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service ?

Mon mémoire se base sur les thèmes suivants :

1. L'enfant en pédiatrie

- A quelles difficultés êtes-vous confronté(e) lors de la prise en charge d'un jeune enfant ?

2. La triade enfant-parents-soignant

- Pouvez-vous expliquer ce qu'est, selon vous, la triade ?

Relance : Généralement, quelle place est donnée aux parents dans la prise en soin de leur enfant ? Et celle du soignant ?

Avez-vous déjà vécu une situation où, au contraire, le parent était un frein ou a refusé le soin ?

3. La négociation et la distraction en pédiatrie

- Avez-vous déjà été confronté(e) à un refus de soin venant de l'enfant ? si oui, qu'avez-vous mis en place ?

Relance : Quels moyens avez-vous utilisés ? Avez-vous des formations spécifiques ?

4. Les émotions

- Pouvez-vous me raconter un exemple de situation qui vous a touché(e) ?

Relance : Comment avez-vous réagi ? Comment gérez-vous les émotions de l'enfant ?

Annexe V Grille Entretiens

GRILLE ENTRETIENS

THÈMES	CE QUE JE VEUX SAVOIR	QUESTIONS
<i>Faire connaissance avec la soignante interrogée ainsi que découvrir son parcours</i>	Connaissances sur la professionnelle interrogée	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous vous présenter ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Age ○ Année d'obtention du diplôme • Pouvez-vous présenter le service dans lequel vous travaillez ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service ○ Parcours professionnel
<i>L'enfant de 3 à 6 ans</i>	<p>Les principales peurs et angoisses de l'enfant âgés de 3 à 6 ans</p> <p>Comment l'enfant fait-il comprendre ses peurs et ses angoisses</p> <p>L'enfant a-t-il une autre perception de la douleur et du stress à cet âge-là</p> <p>Il y a-t-il une différence entre un enfant qui a déjà été hospitalisé et un enfant pour qui c'est la première fois ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A quelles difficultés êtes-vous confronté(e) lors de la prise en charge d'un jeune enfant ?
<i>La triade enfant – parents - soignant</i>	<p>Qu'est ce que la triade selon le soignant</p> <p>L'importance de la triade lors d'un soin</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous expliquer ce qu'est, selon vous, la triade ?

	<p>Peut-elle s'avérer être un frein</p> <p>La différence de prise en soin lorsque les parents sont impliqués dans le soin</p> <p>La différence de prise en soin lorsque l'enfant est seul</p>	<p><u>Relance</u> : Généralement, quelle place est donnée aux parents dans la prise en soin de leur enfant ? et celle du soignant ?</p> <p>Avez-vous déjà vécu une situation où, au contraire, le parent était un frein ou a refusé le soin ?</p>
La distraction / la négociation	<p>Les difficultés que peuvent rencontrer les soignants et que faire dans cette situation</p> <p>Les différentes distractions à mettre en place en pédiatrie</p> <p>Le soignant a-t-il bénéficié de formations autour de la prise en soin de l'enfant qui l'ont aidé</p> <p>Les différentes distractions à mettre en place en pédiatrie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà été confronté(e) à un refus de soin venant de l'enfant ? Si oui, qu'avez-vous mis en place ? <p><u>Relance</u> : Quels moyens avez-vous utilisés ? Avez-vous des formations spécifiques ?</p>
Les émotions	<p>Connaître les principales émotions dont le soignant est confronté</p> <p>La gestion des émotions, comment les surmonter</p> <p>L'impact qu'ont les émotions sur le soin</p> <p>Les soignants ont-ils exprimés ces émotions devant les collègues ou encore le patient en question</p> <p>Le ressenti du soignant face à la souffrance, à l'angoisse de l'enfant hospitalisé mais également à l'angoisse des parents</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous me raconter un exemple de situation qui vous a touché(e) ? <p><u>Relance</u> : Comment avez-vous réagit ? Comment gérez-vous les émotions de l'enfant ?</p>

Annexe VI Entretien 1

Entretien N°1 : IPDE 1 – Urgences pédiatriques CHA – Sonia

1 **1. Alors, du coup, je vais déjà te demander de commencer par te présenter, présenter**
2 **ton parcours professionnel, ton expérience.**

3
4 Et du coup, je m'appelle S, j'ai 26 ans. Ça fait trois ans et demi que je suis puér et quatre ans
5 et demi que je suis infirmière, donc j'ai enchaîné les deux.

6 Du coup, j'ai fait un an à peu près de pédiatrie chez les petits de nuit, après j'ai fait à peu près
7 deux ans de nuit aux urgences pédiatriques et là je suis passée récemment de jour. Voilà.

8
9 **2. Donc, à quelle difficulté tu peux être confrontée lors de la prise en charge d'un jeune**
10 **enfant ?**

11
12 Alors, jeune enfant, tu as une tranche d'âge ?

13
14 Moi : oui entre 3 et 6 ans.

15
16 Quelle difficulté je peux avoir entre 3 et 6 ans ? Euh bah... Sur la prise en charge des enfants
17 de 3 à 6 ans, la difficulté, ça va être de... de leur faire accepter les soins, de leur expliquer.
18 Après, ça reste une tranche d'âge où ils arrivent à peu près à comprendre. Plus petit, j'ai un
19 peu plus de difficultés, mais 3 ans, on arrive quand même un petit peu déjà à amorcer
20 l'explication.

21 Après, des fois, il y a des choses qui sont un peu plus compliquées que d'autres, mais les
22 difficultés, ouais c'est de leur faire comprendre qu'il va y avoir des soins, qu'on est obligé de
23 les faire. Et c'est plus leur faire comprendre, je dirais, sur cette tranche d'âge. Et il y a des soins
24 qui sont un peu plus compliqués que d'autres, à 3 ans, faire comprendre l'aérosol, ça va.

25 La prise de sang, ça reste un peu plus compliqué et après, plus on avance dans l'âge, plus ils
26 comprennent le principe de la prise de sang. Voilà, je crois que c'est ça.

27

28 **3. Est-ce que tu pourrais m'expliquer, selon toi, ce qu'est la triade ?**

29

30 Alors, la triade pour moi, c'est la triade enfant, donc le patient, le parent et soignant. Du coup,
31 nous, pour moi, la triade bah elle est essentielle en pédiatrie.

32 On travaille toujours à 3, donc surtout aux urgences, on fait pas mal de soins et tout, on fait
33 tous les soins avec les parents, donc ils sont intégrés dans le soin. Quand on fait des prises de
34 sang, euh qu'on fasse des sutures, des aérosols, tout ça, en fait, on les intègre pleinement
35 dans le soin. Si ça va être une suture, on va peut-être faire tenir le Méopa aux parents pour
36 qu'ils puissent bah discuter avec son enfant, le distraire et en même temps lui tenir le masque.
37 Comme ça, nous, ça nous permet de... de travailler avec le médecin tranquillement et d'être
38 aussi dans la distraction. Mais déjà, c'est plus moi, je trouve, c'est plus rassurant pour un
39 enfant d'être distrait par son parent tu vois si c'est la maman qui tient le masque et qui le
40 regarde, qui le distrait, qui le fait penser, c'est mieux que ça soit moi avec ma grosse tête : « *tu
41 ne me connais pas qu'est-ce que tu veux* ».

42 C'est toujours bien, on les intègre pleinement dans le soin et on travaille ensemble en
43 pédiatrie sur toutes les tranches d'âge, que ça soit du plus petit, tu vois, ça va être un
44 allaitement, tu fais une prise de sang au sein. Jusqu'à très tard, vraiment, après toi, tu as une
45 tranche d'âge plutôt 6-3 ans, c'est ça ? Mais oui, enfin, surtout à cette tranche d'âge, on
46 travaille franchement à... tous les trois.

47

48 **4. Ok. Et tu donnerais quelle place à l'enfant, du coup, dans le soin ?**

49

50 C'est le centre, en fait, on est les parents et le soignant au milieu, enfin, non, sur le côté, et
51 l'enfant au milieu. Et du coup, sa place, elle est centrale, on travaille du coup en collaboration
52 avec le parent, bah du coup, pour le bien-être de l'enfant, pour que ça se passe bien. Et voilà,
53 je dirais une place centrale.

54

55 **5. Ok. Est-ce que tu as déjà vécu une situation où le parent, au contraire, était plus un**
56 **frein qu'une aide ?**

57

58 Ben ouais, des fois, les parents, c'est... La plupart du temps, ils sont vachement aidants et ça
59 se passe super bien. Des fois, c'est un peu plus un frein parce que, bah... je vais prendre
60 l'exemple des urgences, on a pas mal de soins invasifs qui peuvent être douloureux, etc.

61 Donc, t'as des parents qui sont au juste un frein parce qu'ils vont... Soit ils ont eu des
62 mauvaises expériences, donc dès qu'on arrive pour une prise de sang en chambre, on leur dit
63 qu'on va faire une prise de sang : « *mais vous n'y êtes pas arrivé, la dernière fois, ils ont eu du*
64 *mal et tout* » enfin... Ça instaure tout de suite une atmosphère négative. Puis le parent, du
65 coup, est vachement centralisé sur ce que nous on fait, il est plus sur son enfant. Alors que,
66 au juste, quand je te disais la triade, il faut vraiment qu'on soit tous centrés sur l'enfant.

67 Du coup, bah moi sur l'enfant et mon soin et le parent vraiment que sur son enfant et du coup,
68 ça casse un petit peu tout ça parce que franchement, les parents, des fois, ils sont même plus
69 sur leur enfant, ils sont sur nous à regarder ce qu'on fait et tout. Donc ouais, souvent... Enfin,
70 souvent, non pas du tout. Quelquefois, il peut y avoir des... des... enfin ça peut être des freins
71 et dans ces cas-là, soit on essaie de casser cette atmosphère négative et les faire bien
72 recentrer sur leur enfant, leur dire : « *la dernière fois, c'était compliqué, c'est pas grave, on va*
73 *réessayer, peut-être que cette fois-ci, ça va mieux se passer. Concentrez-vous sur votre enfant,*
74 *regardez pas ce qu'on fait* ». Donc des fois, ça marche et du coup, on arrive à casser ce truc et
75 les parents comprennent que bah du coup, on n'a pas le choix. De toute façon, même si c'est
76 mal passé la dernière fois, il va falloir qu'on le refasse et qu'on en a besoin cette fois-ci.

77 Soit des fois, ça arrive qu'on propose aux parents de sortir, de faire les soins sans lui. Bah du
78 coup, il n'y a plus de triade parce que du coup, il ne sera qu'avec l'enfant. Mais des fois, ils
79 acceptent, ils comprennent que... Ouais, des fois, ils s'en rendent compte, les parents.

80 « *Ouais, non, je vais être un frein, je vais vous stresser, ça sert à rien.* » Et puis aux urgences,
81 on a souvent les deux parents et souvent, ce qui est bien, c'est pour ça que ça n'arrive pas
82 souvent. Souvent, quand t'as les deux parents, s'il y en a un qui est négatif, il y en a un qui va
83 être plutôt dans le positif et tout.

84 Donc on essaie des fois, si je te donne l'exemple, si c'est le père, il va être stressé, il va dire la
85 dernière fois, c'est mal passé et tout. La mère, elle va calmer un peu le jeu en disant : « *oui*
86 *mais tu vois, cette fois-ci, on en a besoin, on va réessayer, ça sera peut-être différent. La*
87 *dernière fois, il était vraiment fatigué, là ça va mieux.* »

88 Elle casse un petit peu ce truc et du coup, on propose aux parents qui est un peu dans le
89 négatif de sortir et du coup, bah on a toujours cette triade parce qu'il y a toujours un des deux
90 parents et on garde un peu le parent qui reste dans le côté positif et qui va au juste être
91 concentré sur son enfant et pas sur nous. Après, ça arrive que des fois, les parents ne veulent
92 pas sortir. Du coup, on leur propose, après c'est jamais une obligation hein, on leur propose
93 et ça va, des fois, on arrive à avoir la maman qui calme un petit peu bébé qui est avec lui, le
94 père qui nous fixe et qui est sur nous, mais au moins il y a quelqu'un avec l'enfant. Et puis, ce
95 que je t'ai pas dit, c'est qu'on travaille beaucoup en collaboration avec les AP, on fait tout le
96 temps tous les soins avec les AP. Et du coup, toi en tant qu'infirmière, des fois, t'es en
97 minimum de concentration, donc t'arrives à bien te concentrer sur ton soin. Euh...

98 Et l'AP, elle est vraiment dans la distraction avec le parent, donc elles sont vraiment toutes les
99 deux sur l'enfant. Et toi, surtout quand c'est au début, que tu sais que t'apprends, que t'es pas
100 à l'aise avec la technique et tout, au moins ça peut te permettre d'être bien concentrée sur
101 ton soin. Et tu sais que l'enfant il est distrait et toi tu peux te concentrer entre guillemets sur
102 ta petite veine, sur ton truc.

103 Mais après, avec l'expérience, ça vient, t'arrives à faire ton soin et le distraire en même temps.
104 Du coup, ça lui fait trois distractions, l'enfant. Il a du monde qui lui parle.

105

106 **6. Ok. Est-ce que, bon j'imagine que oui, mais est-ce que t'as déjà été confrontée à un**
107 **refus de soins venant de l'enfant cette fois ?**

108

109 Oui.

110

111

112 **7. Et qu'est-ce que t'as mis en place ?**

113

114 Déjà, moi je trouve qu'il faut bien leur expliquer, parce que des fois c'est non, mais ils savent
115 même pas pourquoi.

116

117 **Moi : C'est l'appréhension.**

118

119 C'est l'appréhension, du coup, expliquer, prendre le temps d'expliquer à l'enfant. Moi j'aime
120 bien leur montrer, que ce soit le masque d'aérosol, le cathéter, des fois on en a dans les
121 poches, on leur fait montrer que c'est une petite paille en plastique, sur les soins qu'on peut
122 avoir, si c'est un pansement, leur expliquer ce qu'on va faire, que... les rassurer en leur disant
123 qu'il y aura toujours maman ou papa avec eux, que... qu'on va mettre des choses pour ne pas
124 avoir mal.

125 Le masque des fois c'est un peu compliqué, surtout que toi t'as une tranche d'âge de 3 à 6 ans,
126 à 3 ans, des fois ils ont un peu du mal, même plus grand parce que ça a une odeur au début,
127 donc ça peut faire tourner un peu la tête, donc ça fait une sensation bizarre. Donc euh... Au
128 début on peut avoir aussi des refus, mais moi j'essaie de bien leur expliquer tout en amont.
129 *« On va mettre le masque, tu vas voir au début ça sent pas très bon, mais après ça fait des
130 trucs rigolos et tout. »* Donc euh...

131 Moi je pense que pour éviter le refus, leur expliquer... Qu'est-ce qu'on peut faire d'autre ?
132 Franchement pour éviter le refus, genre, pour éviter qu'ils disent non, j'explique d'abord,
133 après on essaye. Puis je mets d'autres petites choses en place, par exemple s'il faut faire une
134 prise de sang, il va me dire non, je vais lui expliquer qu'est-ce que c'est que la prise de sang,
135 qu'est-ce qu'on va mettre autour. Pour faire la prise de sang, moi je te propose qu'on mette
136 le non pas, qu'on mette un petit dessin animé, qu'est-ce que tu voudrais mettre et tout.

137 Franchement prendre 5-10 minutes à chaque début de soins et leur expliquer. Le masque, moi
138 j'aime bien prendre le doudou aussi, je prends un masque, des fois il y en a qui traînent. Leur
139 mettre sur doudou et dire : *« on va faire comme doudou, on va mettre le masque à aérosol,
140 ça va faire de la fumée, ça va faire du bruit. »*

141 Imaginer un peu le truc, souvent ça marche bien, le petit dragon qui fait de la fumée. Tu vois
142 tu imagines, tu leur fais un peu imaginer le truc, le transformer, l'amener dans le jeu en fait.
143 Souvent. Surtout sur les tout tout petits.
144 Et voilà, qu'est ce que je fais. Après je mets plein de trucs, des fois je mets des gommettes sur
145 le masque. Ils aiment bien.
146 Sur le masque d'aérosol, sur les cathéters aussi, des fois on leur met des petites gommettes
147 comme ça. Tu vois, t'as un petit pansement. Leur faire un petit peu plus accepté aussi, parce
148 qu'à la fin aussi, ce qui peut se passer c'est qu'ils arrachent tout.
149 Si on a fait un pansement, un cathéter et tout, c'est qu'ils arrachent tout. Donc euh... Il y a
150 aussi je pense des fois à l'après, après les parents ils nous aident vachement. Quand je te dis
151 la triade aussi, bah qu'est-ce qu'ils aiment ? C'est les parents qui vont nous dire mettez du
152 tchoupi, mettez-lui ça.
153 La dernière fois le masque, pas du tout parce qu'en plus il y a des expériences, « *le masque ça*
154 *l'excite plus qu'autre chose. On ne le fait pas et tout* », ok on ne le fait pas. Enfin moi je me
155 réfère toujours aux parents, qu'est-ce qu'on pourrait faire.
156 Et pareil pour les cathéters, est-ce que vous pensez qui va l'arracher ? Est-ce qu'on met un
157 gros pansement ? Est-ce qu'on met une petite gommette dessus ? Donc l'après aussi, toujours
158 être dans l'explication. Même l'après tu vois, tu vois là t'as un pansement, on a bloqué la main,
159 mais il faut y faire attention. C'est pour te soigner.
160 Après quand tu rentreras à ta maison, on l'enlèvera tout ça. Toujours expliquer.

161

162 **8. T'as fait des formations toi ?**

163

164 Euh... Je fais une formation douleur.

165 Je l'ai fait quand ? Je l'ai fait en début d'année. Après elle nous a un peu expliqué tout ça, mais
166 c'est déjà ce qu'on mettait en place. Après dans les moyens médicamenteux, t'as aussi dès
167 l'accueil, on leur met un patch d'EMLA là.

168 Donc ça marche plutôt bien. Puis ça leur fait un petit peu plus la tranche d'âge que t'as, tu
169 peux dès le début leur expliquer. Déjà ça les rassure un petit peu.

170 Quand tu t'attends à ce qu'ils aient une prise de sang dès l'accueil, soit ils sont déshydratés ou
171 autre, tu mets un petit patch, à l'accueil tu lui expliques. Tu dis : « *bah c'est pour endormir la*
172 *main, parce que peut-être qu'après ma copine va faire un petit soin, mais ta main fera déjà*
173 *dodo, donc tu sentiras pas.* » Donc déjà ça amène le truc. Et des fois, bah dès la...
174 Des enfants, si tu leur expliques et tout, des fois... Puis les parents aussi, si t'as des parents qui
175 continuent leur expliquer en salle d'attente : « *tu vois la dame elle t'a mis un patch, peut-être*
176 *qu'on va faire la prise de sang, maman elle restera toujours avec toi* » tout ça. Moi des fois si
177 j'explique quand je sais qu'ils vont avoir une prise de sang et que c'est en plus dans une tranche
178 d'âge, ou ils sont... avec l'explication ils arrivent à comprendre. Donc des fois je briefe un peu
179 les parents, je leur dis : « *si vous pouvez leur expliquer avec vos mots à vous, les mots de*
180 *maman, que... bah du coup ce qu'on va faire.* »
181 Et ouais des fois ça se passe super bien quand ils ont déjà le patch et tout. « *Oui bah l'infirmière*
182 *m'avait dit que maman fait dodo, et bah maman elle fait dodo maintenant ma main* » et tout.
183

184 **9. Est-ce que tu pourrais me raconter un exemple de situation qui t'a touchée, parce**
185 **que là je veux passer sur la partie émotion, qui t'a un peu plus touchée, où t'as eu du**
186 **mal soit à faire le soin, soit...**

187
188 Une situation où j'ai eu du mal à faire le soin, ou pas, mais qui m'a touchée.
189 J'ai eu une louloute il y a 3 mois, c'était une découverte de diabète.
190 Elle avait 10 ans, elle était avec sa maman et euh... bon elle est arrivée en acidocétose, elle
191 était pas flamme flamme, c'était son médecin traitant qui l'a envoyée parce qu'il avait pris une
192 glycémie et du coup qui était élevée au cabinet médical, du coup elle est arrivée. La maman
193 s'attendait un petit peu au diagnostic mais elle n'était pas sûre parce que le médecin n'a pas
194 voulu s'avancer en disant bah du coup le sucre est un petit peu élevé, je vous envoie vers les
195 urgences, ça peut ressembler à un diabète mais on n'est pas sûr. Du coup moi j'ai été en double
196 accueil parce qu'il y avait du monde à ce moment-là, donc c'est moi qui la reçois à l'accueil.
197 Je refais une glycémie qui s'est élevée, l'acétonémie aussi élevée, donc je mets deux patchs
198 comme là. Donc la maman me dit alors et tout, ça ressemble fortement à un diabète, moi
199 aussi j'ai un taux élevé mais on va faire des examens complémentaires, vous allez voir le

200 médecin. Donc on l'installe assez rapidement parce que c'est une découverte de diabète et
201 moi j'avais fini d'aider ma collègue à l'accueil, on avait passé la vague et tout, donc je suis
202 retournée en salle et du coup vu bah vu qu'elle était déjà en salle et que je l'avais vue à
203 l'accueil, je me suis loguée sur elle, j'ai dit bon bah je vais m'en occuper dans sa prise en charge.
204 Du coup euh... je lui fais les examens avant que le médecin arrive, donc après on a l'habitude,
205 donc découverte de diabète, tu fais déjà un ECG, tu fais une bandelette urinaire, donc j'ai
206 donné tout ce qu'il fallait, je lui fais l'ECG, je l'ai mis en chemise, j'ai dit : « *bon bah maintenant*
207 *on n'a plus qu'à attendre le docteur* » et tout, j'avais expliqué pourquoi on mettrait les patchs
208 d'EMLA, elle avait déjà eu des prises de sang, donc elle était plutôt à l'aise avec ça, elle m'a
209 dit : « *mais déjà moi j'ai pas peur des prises de sang* » donc très bien. Et du coup le médecin
210 arrive avant même de faire les examens, il lui annonce que du coup c'est un diabète, qu'on
211 allait faire des examens complémentaires mais que ouais c'était un diabète avéré et du coup
212 voilà. Après du coup moi je retourne dans la chambre pour poser le cathéter, on a un gros
213 bilan à faire pour les découvertes de diabète, poser deux cathéters parce que du coup vu
214 qu'elle va avoir souvent des prises de sang, ce que moi j'aime bien faire c'est lui poser un
215 cathéter pour qu'elle ait l'insuline et tout et un deuxième cathéter au pli du coude où après
216 elle aura des prises de sang toutes les deux heures et tout.
217 Moi j'ai dit on fait ce cathéter là pour les prises de sang comme ça on récupère sur ce cathéter-
218 là, on ne fait plus de piqûres, c'est deux piqûres et on n'en parle plus. Elle me dit ok et en fait
219 quand je rentre dans la chambre après l'annonce, toutes les deux elles étaient en pleurs et
220 euh... je sentais que la petite elle pleurerait pas parce qu'elle avait peur elle parce qu'elle était
221 encore petite, 10 ans, elle ne comprenait pas forcément ce que ça allait faire dans sa vie, le
222 diabète tout ça, que c'était à vie, qu'elle allait avoir des médicaments, elle ne comprenait pas
223 trop. En fait c'est de voir sa mère qui pleurait et du coup je rentre et je lui dis : « *bah Louloute*
224 *pourquoi tu pleures ?* » Elle me dit : « *bah je sais pas ma maman elle pleure et tout, moi j'ai*
225 *peur, qu'est ce qui va se passer ?* » Elle était pleine de questions et sa mère qui essaie de la
226 rassurer, elle dit « *non mais en fait c'est le choc mais t'inquiète pas et tout, on va te soigner et*
227 *tout.* » Bon du coup...
228 Je discute un petit peu avec elle, il y avait une étudiante infirmière avec moi à ce moment-là
229 et on discute toutes les quatre, elle me dit mais je vais pouvoir manger du sucre ou pas. Mais

230 en fait elle m'avait touchée parce que tu sentais qu'elle pleurait parce que sa mère pleurait,
231 pas forcément parce qu'elle avait peur du diabète ou de la prise de sang parce que pour le
232 coup elle était super à l'aise avec les soins, ça ne lui faisait pas du tout peur mais elle pleurait
233 juste parce qu'elle voyait sa mère pleurer et euh... à côté de ça elle était aussi pleine de
234 questions mais pas dans la peur, elle me dit : « *est ce que je vais pouvoir manger du sucre et*
235 *l'insuline, je vais l'avoir toute ma vie ?* » plein de questions et tout. Moi j'ai commencé à lui
236 répondre et tout, après je lui dis : « *mais tu sais tu vas aller dans un service où il y a plein*
237 *d'infirmières, elles sont spécialistes du diabète, elles vont t'expliquer plein de choses et tout* »
238 et c'était le moment, je te dis il y a deux mois c'est que c'était avant Noël, il restait une semaine
239 pour Noël. Elle elle me dit : « *tu penses que je vais pouvoir sortir pour Noël ?* » et tout, j'ai dit :
240 « *bah en une semaine tu sais ça peut peut-être se jouer peut-être que tu peux avoir une*
241 *permission parce que tu auras déjà un petit peu les médicaments* » et tout et du coup on a
242 tourné sur le ton de l'humour et tout, j'ai dit : « *tu sais tu vas avoir plein de cours avec*
243 *maman* », parce que le papa travaillait beaucoup donc il ne pouvait pas être disponible, j'ai
244 dit : « *tu sais tu vas avoir plein de cours avec maman sur le diabète et tout et si tu veux sortir*
245 *dans une semaine en permission pour Noël, ce qu'il faut que tu fasses c'est que tu sois la*
246 *première de la classe du diabète.* »
247 Elle regarde sa mère elle dit : « *ah ouais maman il faut qu'on soit les premières et tout, il faut*
248 *avoir 20 sur 20 aux évaluations* », j'ai dit : « *exactement si vous avez toutes les deux 20 sur 20*
249 *sur les évals et tout vous allez pouvoir sortir* » et tout et genre toujours trop motivée les deux
250 à sortir, ah bah ok parce qu'elle va avoir des cours tu sais chez les grands et tout, du coup j'ai
251 dit bah « *au cours et tout je veux que vous soyez les premières de la classe* » et tout, ah ouais
252 ok, bah du coup on a un peu discuté, ça a bien pris 20 minutes et tout ah « *bah ouais moi je*
253 *veux bien être la première comme ça on sort maman* » et tout, j'ai dit en plus je sais qu'elle
254 avait beaucoup de frères et sœurs, je crois qu'elle avait 5 ou 6 et j'ai dit : « *tu sais tu pourras*
255 *leur expliquer et tout parce que j'ai dit maintenant ça va concerner tout le monde, tout le*
256 *monde va devoir être à fond sur le diabète* », elle dit : « *ah ouais je vais pouvoir leur expliquer*
257 *tout ce qu'on va apprendre maman il faudra qu'on dise à mon petit frère* » et tout, il faudra
258 réagir en cas d'hypo, d'hyper, elle me dit ah ok du coup elle était super motivée, ça avait l'air
259 d'être une fille très scolaire et tout, elle disait : « *moi j'ai toujours des bonnes notes et tout bah*

260 *ça aussi je m'en vais être trop forte et tout maman »*, du coup ça s'est transformé en rire, elle
261 avait encore les larmes aux yeux la mère mais du coup ça m'avait touché tous les deux, après
262 du coup l'étudiante elle a fait les soins, elle lui a posé les deux cathéters, ça s'est extrêmement
263 bien passé on avait mis le Méopa aussi et du coup euh... voilà après la mère elle allait un petit
264 peu mieux, elle avait compris, elle voyait que la glycémie descendait parce que du coup on l'a
265 hyper hydraté, que ça descendait tout doucement et... mais elle était pleine de questions, c'est
266 pour ça qu'elle m'a touchée parce que du coup quand la glycémie descendait, je lui ai dit : « *ah*
267 *bah tu vois ça descend tout doucement c'est bien, faut pas que ça descende trop vite* » elle me
268 disait : « *mais si ça descend trop vite, qu'est-ce qu'on fait et tout, c'est grave ?* » je lui ai dit :
269 « *bah oui si ça descend trop vite c'est grave, c'est pas bien pour ton cerveau* » et tout elle me
270 disait : « *ah oui donc faut pas que ça descende trop* » et tout, du coup j'ai repris la glycémie
271 toutes les heures et après elle me faisait trop rire au bout de la troisième et tout, genre elle
272 devait avoir je sais pas 2,70, elle me disait : « *ah ça va parce que tout à l'heure c'était 3 donc*
273 *ça descend tout doucement c'est bien* » oui exactement, c'est très bien. Voilà donc euh... et
274 après du coup j'ai dû la revoir 2-3 jours après, non après Noël, une semaine après j'y suis
275 retournée et je lui avais demandé si elle avait pu sortir pour Noël, elle m'a dit qu'elle était
276 sortie pour Noël et elle m'avait montré ses cadeaux Noël, elle m'avait même montré ses
277 Tamagochi et tout ça m'avait touché cette histoire avec sa maman.

278

279 **10. Et t'as d'autres techniques entre guillemets pour gérer les émotions de l'enfant ou à**
280 **part bien communiquer ?**

281

282 Euh... Pour gérer leurs émotions... Ouais, franchement à part bien communiquer, que ça soit
283 dans le positif ou le négatif, quand ils ont des émotions qu'est-ce que je peux faire oui
284 expliquer, franchement juste pour les émotions, mettre des mots, expliquer, leur demander
285 qu'est ce qui fait peur, oui communiquer.

286

287 *Moi : ben voilà c'est tout, merci beaucoup en tout cas.*

288

289 Je t'en prie, merci à to

Annexe VII Entretien 2

Entretien N°2 : AP 1 – Pédiatrie Petits-Enfants CHA – Emma

1 **1. Alors, est-ce que dans un premier temps, tu peux te présenter, présenter ton parcours**
2 **professionnel ? Depuis combien de temps tu es dans ce service-là ?**

3
4 Donc, euh... E, j'ai 41 ans. J'ai été diplômée d'AP en 2017. Euh... j'ai commencé mon expérience
5 en tant qu'AP au sein de la Pouponnière pendant 5 ans.

6 Et après ça, j'ai eu besoin d'aller explorer d'autres univers. Et celui de l'hôpital euh... était assez
7 intéressant pour moi pour pouvoir accompagner, de retrouver un peu mon expérience aussi
8 d'avant, parce que j'étais préparatrice en pharmacie. Donc, d'être dans le soin un petit peu,
9 voilà, ce médical.

10 Et en fait, voilà, les deux s'alliaient très bien. Donc, j'ai commencé à l'hôpital au service des
11 petits en 2022 pour le renfort bronchio.

12
13 **Moi : D'accord.**

14
15 **2. Voilà. Donc ensuite, est-ce que tu as déjà été confrontée à des difficultés lors de la**
16 **prise en charge d'un jeune enfant ? Là, je cible surtout la tranche d'âge entre 3 et 6**
17 **ans, mais si... tu as connu d'autres difficultés...**

18
19 3 et 6 ans. Ça va être plutôt chez les enfants qui vont être euh... plutôt vers l'âge des 3 ans,
20 parce qu'ils n'ont encore pas forcément la facilité de pouvoir exprimer et donner toutes les
21 informations au niveau verbal, euh par rapport au plus grand, où ils verbalisent beaucoup plus.
22 Et c'est vrai que c'est un âge où ils ont aussi cette capacité de pouvoir voilà, être beaucoup
23 plus dans le refus, vraiment au niveau corporel. Donc, c'est là aussi où il y a, il y a un côté qui,
24 pour moi, est important. C'est de respecter leur accord, entre guillemets, tout en étant
25 capable de pouvoir faire les soins qu'ils sont aussi obligatoires de faire, pour leur bien, pour
26 lesquels ils sont aussi hospitalisés.

27 Mais c'est peut-être l'âge voilà, où les plus grands ont vraiment plus de compréhension, donc
28 on peut poser plus de choses un peu plus concrètes ou des mots qu'ils comprendront plus
29 facilement. L'enfant de 3 ans, c'est un peu plus difficile, parce que voilà ; il y a encore cet
30 apprentissage que l'enfant de 6 ans n'a pas encore acquis. Donc c'est peut-être, pour moi,
31 l'âge le plus difficile.

32 Ou, moi, je vais le ressentir, entre guillemets, parce que je pense qu'un bébé, on peut avoir,
33 nous, quelque chose de, une contenance plus forte. Donc c'est ce qui fait aussi qu'on sent
34 moins de difficultés, mais est-ce qu'au final, pour l'enfant, c'est plus facile, je ne suis pas sûre.
35

36 **3. Est-ce que tu peux me définir, m'expliquer ce qu'est, selon toi, la triade ?**

37

38 La triade, ça va être le soignant, l'enfant et le parent.

39

40 **4. À quelle place tu mettrais le parent ?**

41

42 Dans la prise en charge ? Une place qui est importante, qui doit être là, mais mon attention,
43 elle sera quand même visée sur l'enfant. En fait, moi, dans la triade, je prends le parent comme
44 un soutien de l'enfant, pour une réassurance, pour pouvoir, en fait, venir envelopper un petit
45 peu cette confiance qu'il n'a pas envers le soignant. Le soignant se dirige vers l'enfant, plutôt,
46 et avoir une aide du parent. Voilà comment je le vois, en fait, dans la triade. Je sais pas si je
47 suis claire.

48

49 **5. Et les autres, du coup, l'enfant, le soignant, comment tu définis leur place ?**

50

51 Leur place, alors euh le soignant, moi, je le pense beaucoup en binôme, parce que c'est la
52 façon dont on travaille. Est-ce que juste la position que j'ai, ou est-ce qu'on peut parler du
53 soignant comme une unité ? Donc, une unité, voilà, on fait vraiment le binôme du soignant, il
54 est en lien pour pratiquer les soins auxquels il a besoin sur l'enfant.

55 Donc, c'est vraiment, on va faire, pour moi, j'imagine, en fait, un fil entre eux, et le fil du parent
56 vers l'enfant. Voilà comment je l'ai un peu dans la tête. Et après, il y a quand même un trait
57 entre le parent et le soignant, mais qui serait en pointillé.

58

59 **6. Est-ce que tu as déjà vécu une situation où le parent est plus un frein qu'un soutien**
60 **à la prise en soin de l'enfant ?**

61

62 Oui, euh... une situation où il y avait une prise de médicaments qui était refusée par l'enfant,
63 avec vraiment un refus où il crachait, il tapait les soignants. Et en fait, là, c'était pour cette
64 situation-là, la maman qui formulait, voilà vraiment verbalement, à haute voix, que son enfant
65 ne prenait jamais rien, que de toute façon, à la maison, c'était comme ça, et que là, c'était
66 pareil. Et elle euh, elle était dans le... elle portait son enfant, mais en allant un peu en
67 contradiction avec le, « *je vous laisse donner le médicament* », mais elle la gardait un peu
68 contre elle pour qu'on ne soit pas en capacité de pouvoir lui donner le médicament.

69 Nous, on est parti du fait que même si l'enfant ne veut pas, il y a la prise de médicaments,
70 mais on ne le force pas. On essaye de lui expliquer le pourquoi, du comment, que c'est
71 important, et qu'à un moment donné, malheureusement, il faut pour guérir, prendre ce
72 médicament. Donc, on va avoir peut-être une insistance sur la prise, mais tout en étant avec
73 des gestes doux, avec un encouragement, avec des choses un petit peu pour porter ça quand
74 même positivement, et pas comme un acte un peu agressif.

75 Et à un moment donné, euh... voilà, on a senti que là, dans le lien maman-enfant, il y avait
76 quelque chose qui bloquait à tout ça. Donc euh... on a essayé en fait de proposer à la maman
77 de sortir de la chambre pour couper, en fait. Et là, en fait, l'enfant, il a pris le médicament, on
78 a fait rentrer la maman, et là, la maman, on lui a expliqué qu'elle l'avait bien pris, que ça s'était
79 bien passé, sans user de force ou quoi que ce soit.

80 Et la maman, elle dit : « *oui, mais de toute façon, elle va le vomir* ». Et bien, elle l'a vomi.

81

82 **Moi : D'accord.**

83

84 **7. Est-ce que tu as déjà été confrontée à un refus de soins venant de l'enfant cette fois**
85 **? Et si oui, qu'est-ce que t'as mis en place ? Qu'est-ce que tu as fait ?**

86

87 Oui, c'est arrivé lors des euh... des aérosols.

88 Souvent, c'est des choses où c'est des soins un petit peu où l'enfant peut refuser. Alors, j'utilise
89 souvent le... le fait... l'emballage pour redonner le cocon un petit peu utérin de l'enfant
90 pour déjà avoir moins de difficultés sur les mouvements quand ils ne sont pas en accord avec
91 ça. Et de les emmailloter en les berçant, en fait, ça, ça donne un côté plus doux.

92 Et finalement, l'enfant accepte le, le soin avec moins de difficultés, même s'il va avoir un
93 moyen de dire que c'est pas forcément OK pour lui, par des pleurs. Mais il ne sera plus dans
94 quelque chose d'agressif ou vraiment de violent au niveau de son corps.

95

96 **8. Est-ce que tu as fait des formations spécifiques, soit sur la médecine alternative, soit**
97 **sur la douleur ?**

98

99 La RESC.

100 Euh, je travaille aussi en réflexologie, pas forcément avant les soins, mais pour soulager des
101 fois des voilà, des maux ou des angoisses, des choses un petit peu difficiles pour les enfants.
102 Donc ça, c'est des choses que j'utilise aussi en pratique, en service, mais toujours avec l'accord
103 des parents et de l'enfant.

104

105 **Moi : Et tu as vu des bénéfices ?**

106

107 Oui, quand il y a des enfants qui voilà, qui vont avoir des fois un temps d'adaptation.

108 Donc on y va des fois progressivement et au niveau de l'anxiété, au niveau du stress, des
109 émotions aussi, on a vraiment des retours positifs, même qui sont visualisés par les parents
110 ensuite, après le soin.

111

112 **Moi : D'accord.**

113

114 Et quand ils sont souvent aussi démunis, c'est quelque chose qu'on apporte aussi comme une
115 possibilité de pouvoir travailler.

116 Et là, les parents sont souvent, voilà, acceptent, je pense aussi plus facilement que si on les
117 aurait eu dans un autre cas, en dehors du service hospitalier.

118

119 **9. Et pour finir, est-ce que tu peux me raconter un exemple de situation qui t'a touché,**
120 **qui a été peut-être compliquée lors d'un soin ou pas?**

121

122 Oui, une situation au tout début. La première année de bronchio, c'était un enfant qui était
123 vraiment un nouveau-né.

124 Il avait quelques jours, il était rentré pour bronchio et on travaillait à ce moment-là donc en
125 binôme. J'avais fait ma première garde avec une infirmière ou une puér, et le lendemain, je
126 tournais avec une autre personne. Et au premier tour, on a... je revoie ce petit bébé avec sa
127 maman.

128 Au niveau de l'état général de l'enfant, je l'ai trouvé vraiment en état euh... il se dégradait. Et
129 euh... en fait, comme c'était une nouvelle puér qui était là, qui ne connaissait pas l'enfant,
130 c'est vrai que là, il y a eu vraiment un échange entre ce que j'avais vu avant. Donc il y a
131 vraiment une cohésion et un travail ensemble.

132 Donc ça, c'était... ça portait quelque chose de vraiment top et de complet sur la prise en
133 charge. Et en fait, au moment où on a senti que cet enfant allait être rapatrié en SUV pour
134 pouvoir aller en réa, il y a eu quelque chose, voilà, j'ai senti que la maman ne comprenait pas
135 forcément ce qui était en train de se passer. Et on a eu, euh... et comme la personne avec qui
136 j'étais en binôme, elle m'a dit : *« comme tu connais l'enfant, pose-toi, va... Si tu sens que cette
137 maman, elle ne sait pas ce qui va se passer. Oui, je suis OK, j'avance dans le tour »* et j'ai pris
138 du temps avec cette maman pour anticiper un petit peu ce qui allait se passer, pour qu'elle ne
139 vive pas quelque chose de difficile brutalement au moment où elle allait monter et prendre
140 conscience de ce qui se passait.

141 Et ça, ça a été, je pense aussi par le manque d'expérience.

142 Moi, je venais d'arriver, mais j'ai senti, c'était très, très fort émotionnellement. C'était une
143 maman qui était toute seule, le papa n'était pas là et j'ai un peu pris les émotions de cette
144 maman-là. Et c'est quelque chose, encore aujourd'hui, souvent, j'y pense.

145 Et elle a été réhospitalisée pour la bronchio de son enfant quelques mois après et tout. Et il y
146 avait eu quelque chose d'assez fort et on avait pu rééchanger sur cette situation. Et ça, ça fait
147 partie des expériences avec beaucoup d'émotions et de l'enfant parce que j'avais vu aussi
148 cette détresse aussi dans le regard de ce bébé-là où je sentais que là, c'était dur pour lui.

149

150 **10. Est-ce que tu as des techniques pour gérer toi tes propres émotions ? Est-ce que ça**
151 **t'arrive de passer le relais ? Est-ce que ça t'arrive de... ça devient trop compliqué ?**

152

153 Ouais... L'avantage dans ce service-là, c'est qu'on est une équipe, je pense, soudée et à l'écoute
154 des unes des autres. Donc ça, c'est vraiment le point sur lequel je pense aujourd'hui qui
155 permet de pouvoir travailler sur des périodes des fois un peu difficiles. C'est que quand c'est
156 dur, on parle beaucoup, on évacue verbalement.

157 Il y a un lâcher prise qui permet de pouvoir être OK pour revenir sur les gardes après. Et ça,
158 c'est quelque chose qui rend le travail assez fort et une entente qui est importante pour
159 pouvoir tenir et gérer les émotions. Après, il y a des méthodes alternatives aussi que j'utilise
160 pour gérer, pour évacuer au niveau émotionnel aussi les situations, le trop plein. Voilà.

161 Mais qui vont être personnelles ou aussi en interne. Quand on tourne avec certaines, on se
162 fait des séances de RESC.

163

164 **Moi : D'accord. Voilà. OK, c'est tout pour moi. Merci.**

165

166 Merci beaucoup. Merci à toi.

Annexe VIII Entretien 3

Entretien N°3 : IDE 2 – Pédiatrie Petits-Enfants CHA – Clara

1 **1. Alors, dans un premier temps, est-ce que tu peux te présenter et m'expliquer ton**
2 **parcours, depuis combien de temps tu es dans le service ?**

3
4 Alors oui, moi je m'appelle C, j'ai 27 ans, j'ai eu mon diplôme d'infirmière en 2020. J'ai travaillé
5 un petit peu dans une clinique avant d'arriver à l'hôpital après mon diplôme, euh...
6 principalement en médecine interne et en service Covid. Et ensuite, je suis arrivée sur l'hôpital
7 en décembre 2020, où j'ai d'abord...euh... j'ai toujours été sur le pôle mère-enfant, mais j'ai
8 tourné dans plusieurs services et je suis chez les petits depuis juillet 2021 à peu près, depuis
9 l'été 2021. Euh, voilà...

10
11 **2. Donc à quelles difficultés tu as déjà été confrontée lors de la prise en charge d'un**
12 **jeune enfant, et plus précisément d'un enfant âgé entre 3 et 6 ans ?**

13
14 Euuuh... Alors les difficultés qu'on rencontre dans la prise en charge des enfants, c'est
15 principalement le refus de soins, euh bah surtout avec les plus jeunes où ils ne communiquent
16 pas forcément verbalement, euh correctement, où ce n'est pas forcément fluide dès 3 ans.
17 Donc euh, ça peut être un petit peu plus compliqué. Après, avec les plus âgés, on arrive à leur
18 expliquer, même s'ils peuvent être stressés, angoissés, des soins, on arrive à négocier et ça se
19 passe bien.

20 Mais les plus petits, ils peuvent être dans le refus parce que s'ils ont déjà été hospitalisés, ils
21 peuvent avoir la mémoire de douleur, donc ils n'aiment pas spécialement. Et après on peut
22 être confronté aussi au refus des parents ou au stress aussi des parents par rapport aux soins.

25 **3. Est-ce que tu pourrais m'expliquer selon toi ce qu'est la triade ?**

26

27 Pour moi, la triade, euh... c'est dans les soins, c'est le triangle soignant, parent et enfant.

28 Ou... Nous, les soignants, on va jouer un rôle principalement avec l'enfant pour le soigner et
29 lui faire les soins nécessaires. Le parent, il va jouer un rôle aussi principalement sur l'enfant
30 pour le rassurer, le divertir pendant le soin et faire en sorte que ça se passe bien. Euh, après,
31 on a un rôle moindre avec les parents, mais par exemple quand ils sont stressés, on va servir
32 à les rassurer et qu'ils puissent être complètement avec l'enfant derrière pour rassurer aussi
33 l'enfant.

34

35 **Moi : Donc c'est quelque chose que tu vois beaucoup en pédiatrie ?**

36

37 C'est quelque chose qu'on a tout le temps pratiquement pour chaque enfant, dans chaque
38 chambre, pour chaque soin, presque pour chaque soin, sauf cas exceptionnel, mais dans la
39 majorité des cas, oui.

40

41 **4. Est-ce que tu as déjà eu une situation où au contraire le parent était plus un frein**
42 **dans la prise en soin de l'enfant ?**

43

44 Euh... Oui, enfin... il y a des parents qui refusent catégoriquement les soins et dans ce cas
45 même en négociant des soins, on n'y peut rien. Après récemment, j'ai vécu une situation où
46 c'est le papa qui était présent, où il a été un petit peu un frein dans la situation, où en fait
47 j'avais des traitements à faire en intraveineux à une petite fille de 2 ans et demi.

48 Et euh... le cathéter n'était plus fonctionnel, donc j'ai dû lui reposer le cathéter. Et le, le papa
49 était un peu réfractaire au début parce que ça s'était mal passé aux urgences, elle ne voulait
50 pas trop, ça a été un petit peu fait de force en première intention. Et avec nous ça avait
51 commencé à mal se passer, du coup la petite était très énervée, elle se débattait beaucoup,
52 elle envoyait tous les membres en l'air.

53 Et du coup on a essayé de mettre en place des choses, on a mis une musique qu'elle aimait
54 bien en fond, on lui a proposé des jouets. Et puis finalement j'ai fini par l'emballoter parce

55 qu'elle n'était pas réceptive aux autres techniques et le papa ne voulait pas que je l'emmailote
56 au début. Donc j'étais avec l'auxiliaire, on lui a bien expliqué que si elle n'acceptait pas on
57 finirait par l'enlever, mais qu'on pouvait tester voir si elle allait se calmer ou si au contraire ça
58 allait l'énerver encore plus.

59 Et en fait même qu'elle était grande, ça l'a beaucoup calmée, elle a arrêté de pleurer, elle s'est
60 tout de suite calmée. Papa il a pu jouer avec elle à côté, on lui a sorti d'autres jouets, il a joué
61 avec elle à côté et le soin s'est super bien passé finalement.

62

63 **5. Est-ce que tu as déjà été confrontée à un refus de soins venant de l'enfant cette fois-**
64 **ci ? Et qu'est-ce que tu as pu mettre en place ? Est-ce que ça a fonctionné ?**

65

66 Oui, alors, j'ai déjà eu un refus de soins d'un enfant pour un traitement PER OS où en fait la
67 petite n'a pas du tout voulu prendre l'antibiotique.

68 Elle était vraiment dans le refus, euh et tellement que j'ai essayé de lui expliquer mais en fait
69 elle ne me laissait pas parler. Dès que je disais un mot, elle euh, elle pleurait, elle criait fort
70 pour ne pas m'entendre. Du coup j'ai laissé la seringue à maman en lui expliquant la nécessité
71 qu'elle prenne son traitement.

72 Et en fait euh, j'ai dit à maman que je revenais dans pas longtemps après et en fait la mère
73 n'avait pas réussi non plus à lui donner. Elle se mettait dans un état euh... très énervée pour
74 ne pas prendre son médicament. Donc maman n'a pas réussi, on a réessayé plusieurs fois en
75 essayant de négociant, de négocier pardon, lui disant que c'était important, qu'il fallait que
76 même à la maison elle l'aurait et qu'il faudrait qu'elle continue de le prendre etc.

77 Et la petite elle n'a jamais voulu. Et ça a duré une heure comme ça, je suis restée une heure
78 avec la maman à essayer de discuter, de voir si elle aimait des choses ou si on pouvait essayer
79 de le mettre dans une compote ou dans un jus de pommes. Mais elle n'a pas voulu et la petite
80 elle n'a jamais réussi à prendre son traitement.

81

82 **Moi : Et les autres fois tu ne sais pas si ça a été...**

83

84 Non, moi je l'avais sur mon deuxième soir donc en fait je ne sais pas si les autres jours, je ne
85 sais pas comment ça s'est passé mais la maman me disait qu'à la maison elle prenait
86 difficilement par la bouche aussi. C'était déjà compliqué.

87

88 **6. Est ce que toi tu as des formations, tu as fait des formations spécifiques sur les**
89 **médecines alternatives ou pas ? Sur la douleur ? Peu importe.**

90

91 Alors moi j'ai eu une formation sur la douleur au niveau des antalgiques, j'ai eu une formation
92 sur l'aromathérapie récemment et euh, j'ai le niveau 1 en RESC qui peut être très utile en
93 pédiatrie, qu'on utilise quand même souvent.

94

95 **Moi : Et toi tu as déjà pu l'utiliser ?**

96

97 Oui, je l'utilise assez régulièrement dans le service. Les bébés sont généralement très réceptifs
98 et après pour les plus grands quand ils sont douloureux et qu'on n'a plus d'alternative, euh, ça
99 marche quand même plutôt pas mal dans la majorité des cas.

100

101 **7. Ok. Est-ce que tu aurais un exemple de situation que tu as vécu qui t'a touché**
102 **particulièrement ?**

103

104 J'ai eu une situation qui m'a touchée où j'ai pris mon poste à 19h. Le médecin était déjà dans
105 une chambre pour réévaluer un enfant qui était en difficulté respiratoire mais qui avait déjà
106 une assistance respiratoire mise en place.

107 Et euh, donc euuh... le médecin est venu à moi pour me dire qu'il fallait que je fasse des soins
108 pendant mon tour etc. Donc c'est l'enfant que j'ai vu en priorité, il fallait que je lui fasse un
109 prélèvement sanguin en capillaire. Et en fait quand je suis rentrée dans la chambre, l'enfant
110 était déjà très inconfortable. Il était douloureux, il avait du mal à respirer, il était en... il avait
111 des difficultés.

112 La maman était très jeune donc elle se sentait impuissante aussi, elle ne savait pas comment
113 rassurer bébé, comment être auprès de lui, elle n'osait pas le prendre dans ses bras puisqu'il

114 était relié quand même avec le scope donc avec plein de petits fils autour de lui. Et en fait du
115 coup j'ai commencé à lui faire un tour de constante pour avoir une première idée pour
116 commencer la nuit. Je lui ai fait les soins ensuite et après je lui ai fait une séance de RESC parce
117 que euh... en fait je me suis sentie démunie avec ce bébé, je me suis dit peut-être qu'en faisant
118 les soins pas très sympa au début et ensuite en le calmant peut-être qu'il sera plus apaisé.
119 Après avec le recul peut-être que j'aurais dû faire l'inverse, peut-être que j'aurais dû lui faire
120 la RESC avant le petit prélèvement sanguin. Euh... J'ai expliqué à maman que, euh, je lui avais
121 mis un petit peu dans les bras, ensuite on l'a reposé, qu'elle pouvait rester auprès de lui etc.
122 Je l'avais emmaillotté après la séance de RESC ce qui l'avait bien soulagé, il s'était endormi un
123 petit peu après.
124 J'ai appelé plusieurs fois le médecin parce que le bébé se dégradait malgré tout ce qu'on avait
125 déjà mis en place et euh je lui ai fait les antalgiques en systématique. Après la première séance
126 de RESC il a réussi à s'apaiser un petit peu mais il ne s'améliorait pas au niveau respiratoire et
127 puis il s'est vite réveillé. Maman elle s'est sentie impuissante donc elle m'a rappelé, je lui ai
128 refait une séance de RESC et en fait il n'était pas beaucoup mieux.
129 Donc en fait c'est difficile aussi de gérer nos émotions et on se sent frustré quand on a tout
130 mis en place parce que j'avais fait tous les antalgiques en systématique pour essayer de le
131 soulager. J'avais mis en place ce que je pouvais moi pour ce petit bébé de 4 mois pour essayer
132 de le soulager et ça n'a pas fait. Donc des fois on rentre chez nous, on n'est pas sereine non
133 plus.
134 On aurait aimé faire plus mais on ne peut pas faire plus. Voilà.

135

136 **8. Est-ce que tu as des méthodes pour passer outre et te vider la tête en rentrant chez**
137 **toi ? Est-ce que tu sais comment gérer tes propres émotions ? Est-ce que ça t'impacte**
138 **dans ta vie personnelle ?**

139

140 Alors selon les situations je pense que ça impacte un petit peu sur le jour qui suit notre garde
141 surtout. Euh, bah parce que c'est frustrant, on aimerait faire plus et des fois on ne peut pas
142 faire plus, on a déjà tout mis en œuvre.

143 Après dans l'équipe des petits on est plusieurs à avoir la RESC donc de temps en temps on
144 essaie de se faire des séances pour essayer de décompresser et s'apaiser les unes les autres.
145 Et puis d'en parler aussi, soit avec l'équipe, soit avec nos proches, ça aide beaucoup.
146
147 **Moi : Ok, c'est tout pour moi, merci beaucoup !**

Annexe IX Entretien 4

Entretien N°4 : IDE 3 – Consultations Pédiatriques CHA – Floriane

1 **1. Alors déjà, est-ce que tu peux euh commencer par te présenter, ton âge, quand est-**
2 **ce que t'as obtenu le diplôme, ton parcours professionnel ?**

3
4 Ok, euuuuh, donc moi je m'appelle F j'ai 33 ans, euh j'ai été diplômée infirmière en 2014, j'aiiii
5 travaillé en pédiatrie tout de suite, euh en tant qu'infirmière de nuit dans un service de
6 médecine euuuh, grands enfants, euuuh pendant 6 ans. Ensuite je suis partie à l'école de Puer,
7 euh et quand je suis revenue, j'étais toujours de nuit mais sur le euh pool de remplacement
8 du pôle, donc là j'ai tourné dans les services de maternité néonate essentiellement, et ensuite
9 j'ai eu un poste aux urgences pédiatriques, où j'y suis restée 2 ans et demi, et là depuis 2 mois
10 environ, presque 3 mois, je suis sur le poste de la consultation de pédiatrie, mais euh la partie
11 euh PASS pédiatrique, donc en fait c'est la permanence d'accès aux soins, c'est un service un
12 peu particulier par rapport aux consultations, mais ça reste euh, c'est une consultation enfants
13 environnement, où euh on permet aux enfants et aux familles qui n'ont pas de droit de
14 couverture sociale, de bénéficier de soins, euh donc ils ont une consultation médicale, on
15 fait une prise de sang, on met à jour les vaccins, et ensuite ils ont une, une, évaluation sociale
16 pour euh voir leur droit à la sécurité sociale.

17
18 **2. Ok. Est-ce que tu as déjà été confrontée à des difficultés lors de la prise en charge**
19 **d'un enfant, et quelles sont -elles, les difficultés qui ressortent le plus ? En sachant**
20 **que la tranche d'âge que j'utilise c'est plus entre 3 et 6 ans, après on peut parler de**
21 **différentes tranches d'âge aussi.**

22
23 Ok. Euh. Alors moi les difficultés, la première difficulté que je rencontre au niveau de la
24 consultation PASSE, c'est que euh, qu'il y a une barrière de la langue, donc euh en fait ce sont
25 souvent des familles qui arrivent de pays étrangers, qui ne parlent pas français, et ... et qui ont
26 des fois eu un parcours migratoire pour arriver jusqu'en France assez compliqué, euh... avec
27 des antécédents un peu, je dirai psychologiques hein, des fois c'est pas évident par où ils

28 passent. Donc déjà c'est une première difficulté, puisqu'on n'arrive pas à se faire comprendre
29 au sein des parents, enfin avec les parents, et du coup c'est difficile de se faire comprendre
30 pour l'enfant. Donc ça c'est notre plus grosse difficulté sur la consultation PASSE.

31

32 Euh... Maintenant on a des outils qui nous permettent d'essayer de se faire comprendre, avec
33 notamment l'utilisation de Google Traduction ect, où nous sur la consultation on peut faire
34 appel à un interprète, c'est-à-dire qu'on appelle un service d'intrepreneurariat... d'interprétariat
35 (rires) euuh... qui... qui nous met en relation par téléphone avec un interprète, euh qui va
36 traduire ce qu'on demande, ce qu'on va faire pour expliquer. Et du coup là on a un peu plus
37 de compréhension et un peu plus de confiance avec la famille. Ensuite euh... on a les difficultés
38 de base d'un enfant sur lequel on va devoir faire des soins, euh et pour lequel des fois il n'est
39 pas forcément d'accord, euh... donc notre difficulté c'est le consentement aux soins, voilà.
40 D'avoir son accord, d'essayer de ne pas faire le soin sous la force hein, parce que ce n'est pas
41 du tout dans les règles, voilà, euh voilà, d'expliquer et d'essayer que le soin se passe bien, et
42 du coup on va mettre en place plusieurs outils. (rires) Je pense que ça vient après...

43

44 **3. Oui... Est-ce que tu pourrais m'expliquer aussi ce qu'est selon toi la triade, comment**
45 **tu la définirais, et à quelle place tu mettrais les parents, l'enfant, le soignant ?**

46

47 Ok et bah... Effectivement la triade a une importance vraiment de très haut niveau, parce que
48 si on n'a pas la confiance du parent, on n'aura pas la confiance de l'enfant, hum... donc en fait
49 il faut en premier lieu avoir une confiance... une relation de confiance avec les parents, euh
50 pour que le parent puisse expliquer à l'enfant euh, si le parent est confiant, l'enfant sera
51 confiant, donc qu'il puisse expliquer ce qu'on va faire, euh... et euh... du coup j'ai l'impression
52 de m'écarter de la question, et après c'est quoi ?

53

54 **Moi : Non... La place de chacun, chacune des personnes.**

55

56 Ah voilà... Pour moi une fois qu'on a une confiance et qu'on a mis le parent.. qu'on a intégré
57 le parent dans notre soin, ils ont tous les deux une place importante, autant l'enfant que le

58 parent, après forcément on va beaucoup plus interagir avec l'enfant au moment du soin, en
59 tout cas avant on va expliquer aux parents, on l'explique à l'enfant aussi avec des mots
60 appropriés, mais voilà, au moment du soin on va interagir avec lui, avec l'enfant, mais on est
61 vraiment euh dans un trio très important, après moi je, c'est très rare quand les parents
62 sortent au moment des soins, pour les prises de sang, vraiment la plupart, enfin tous y restent,
63 sauf si vraiment ils ont peur du geste, ils ont peur de l'injection, ils ont peur de voir du sang
64 etc, pas de l'injection, euh du soin, s'ils ont peur de voir du sang, bon là, c'est eux qui
65 demandent, voilà, mais si c'est ok pour eux, ils restent et ça se passe bien.

66

67 **Moi : Ils ont un rôle... enfin participatif ?**

68

69 Oui, des fois ils peuvent leur tenir la main, ils peuvent leur parler, ça les rassure d'entendre la
70 voix, de les sentir présents, euh voilà, tenir la main, avoir un contact, oui oui tout à fait ils
71 participent à rassurer l'enfant.

72

73 **4. Et est-ce que tu as déjà vécu une situation où au contraire le parent a été plus un**
74 **frein dans la prise en soin ?**

75

76 Euh... Oui, quand les parents sont très stressés, quand ils sont stressés et qu'on a du mal à
77 avoir leur confiance, bah ça va mettre un petit peu un frein et ça va retarder le soin, on va
78 prendre beaucoup plus de temps, on va essayer d'expliquer mieux, avec d'autres mots peut-
79 être, et là oui ça peut être un frein, après le stress des parents, l'angoisse, tout ça ça peut être
80 des freins, parce que du coup on va prendre plus de temps pour avoir euh... retrouver une euh
81 sérénité de la part des parents. Ouais.

82

83 **5. Euh... Est-ce que tu as déjà été confrontée à un refus de soins venant de l'enfant cette**
84 **fois-ci ? Et qu'est-ce que tu as mis en place ? Est-ce que tu as une situation précise en**
85 **tête ?**

86

87 Euh... Au niveau de la consultation PASS, vu que ça fait quelques mois que j'y suis, euh, j'ai
88 jamais eu de refus de soins, parce qu'en fait ce sont des enfants euh, qui... quand ils arrivent
89 ici, ils savent que c'est pour les aider, ils savent qu'on ne leur fait rien de euh... mal, entre
90 guillemets, qu'on n'est pas là pour les embêter, justement on est là pour qu'ils retrouvent une
91 santé, et qu'ils puissent aller à l'école avec des vaccinations à jour, et qu'ils puissent rentrer
92 dans un parcours de soins comme tout le monde. Donc en général ils se laissent faire, c'est
93 surtout des enfants qui ont vécu des choses beaucoup plus difficiles, et du coup le fait juste
94 qu'on s'en occupe, qu'on soit à côté d'eux, qu'on leur parle, qu'on voilà, bah déjà on a fait
95 presque 90% du travail. Euh...

96

97 Donc c'est très rare que j'ai des refus de soins, après bien sûr quand ils sont plus petits, donc
98 en dessous de 3 ans, bah, forcément quand on va faire une prise de sang ou une vaccination,
99 c'est plus compliqué parce qu'il y a l'aiguille qui fait peur, il y a le geste, il y a ... ça fait mal, etc.
100 Mais en général, en expliquant bien, euh... ça se passe.

101

102 **Moi : Et dans les autres services dans lesquels tu as travaillé avant ?**

103

104 C'est pareil. C'est pareil euh... Voilà...

105 Moi je pars du principe que c'est surtout la relation de confiance. Si on a ça avec l'enfant, euh,
106 il va nous voir comme une personne importante, et il va se dire, ah oui j'ai confiance en cette
107 personne, je sais qu'elle va faire ce qu'elle me dit, et on ne va pas le surprendre. Et euh.. Voilà.
108 Donc c'est pareil.

109

110 **6. Tu as des formations toi spécifiques euh... sur les médecines alternatives ?**

111

112 Alors oui, j'ai la RESC, le niveau 1, c'est la Résonance Énergétique par Stimulation Cutanée. Par
113 euuh... Attends... Oui c'est ça, stimulation. Bon, tu couperas... (rires)

114 En gros j'avais fait cette formation de RESC pendant que je travaillais aux urgences, parce que
115 je me suis rendue compte que... qu'on pouvait apaiser certaines angoisses, certaines douleurs,
116 juste en posant nos bouts de doigts sur des points spécifiques sur le corps. Euuh. Et qu'on s'est

117 rendu compte que ça permettait d'améliorer le déroulé du soin, selon ce qu'on fait, sur un
118 enfant qui arrive, qui est très angoissé, on peut lui faire une petite séance de RESC avant de
119 faire le soin, et ça se passe bien. Euh... Donc voilà, du coup j'ai été formée à ça, et j'ai pu le
120 mettre en application pendant les urgences, alors. Pendant mon service des urgences.

121

122 Pas là aux consultations encore, j'ai pas revu ça, j'ai pas eu besoin de refaire. Mais oui, c'est
123 très, très bien, et j'ai des collègues qui sont formés à l'hypnose, et ça c'est super. Dès qu'on
124 peut, on essaye de l'utiliser.

125 Alors dans l'urgence, des fois c'est pas toujours facile, mais on essaye un maximum de faire.
126 Ok, c'est très cool.

127

128 **7. Et est-ce que tu as une situation à me raconter, où tes émotions ont impacté ta prise**
129 **en soin, ou tu as dû passer le relais, ou tu as dû faire, enfin je sais pas quel moyen**
130 **t'as utilisé, mais ça a été compliqué pour toi.**

131

132 Alors euh... Au niveau de la consultation, pour l'instant, c'est vrai que euh je suis dans
133 l'émotion, dans l'empathie beaucoup. Euh... Bon déjà notre cœur de métier, voilà c'est ça,
134 mais encore plus, parce qu'en fait on se dit, ils arrivent de pays étrangers, euh... certains ont
135 vécu dans la rue, ou dans des conditions vraiment très euh... instables, et très précaires. Euh...
136 Donc du coup quand on repense à ça, alors même si on les a pas vus vivre dans ces moments-
137 là, mais en tout cas on y pense, et forcément ça fait un peu plus d'empathie.

138

139 Euh... Ensuite, j'ai pas ressenti de, deeee... situation où j'ai dû passer le relais, en tout cas sur
140 la consultation PASS, jusque maintenant, j'ai réussi à gérer, et à faire la part des choses, et à
141 me protéger. Euh. Par contre aux urgences, c'était plus compliqué, euh... ça l'était d'autant
142 plus quand je suis moi-même devenue maman. (rires) Euh... Quand j'ai su que j'étais enceinte,
143 rapidement, au bout de 4 mois et demi de grossesse, je me sentais plus à l'aise dans le service,
144 et je stressais beaucoup, déjà de par la fatigue qu'entraînait le service des urgences sur mon
145 physique à moi, et sur ma grossesse.

146 Et j'avais peur que le trop de stress que j'ai comme émotion aux urgences, euh joue sur ma
147 grossesse, et sur mon bébé qui était en moi en train de grandir. Donc euh, donc j'ai dû
148 m'arrêter assez rapidement, parce que je me sentais plus à l'aise de continuer comme ça.
149 Euh... Donc il y a eu cette pause-là, et quand je suis revenue après mon congé maternité, j'ai
150 ressenti des choses en émotion que je ne ressentais pas avant d'être maman. Et euh...

151

152 Comme par exemple, ne serait-ce que faire un transfert, de voir des enfants arriver du même
153 âge que le mien, ou voir plus jeunes, et me dire, ah mais moi je suis passée par là, mais il
154 n'avait pas eu tout ça, euh... les pauvres, moi j'ai de la chance finalement, il est en bonne santé,
155 Olala les pauvres, et c'est une émotion que je ressentais qui s'est vraiment euh multipliée en
156 étant maman. Et donc c'est aussi un peu euh pourquoi je suis partie du service des urgences,
157 et que j'ai préféré me, me, me diriger vers un service un peu différent, parce que c'était
158 devenu trop pour moi, et voilà, c'est du perso, enfin voilà, je le ressens comme ça, mais c'était
159 compliqué, notamment quand on recevait des, des enfants aussi qui s'étaient en urgence
160 vitale, (toux) qu'on plaçait en SUV, en salle d'urgence vitale, pour des détresses respiratoires,
161 pour des fièvres mal tolérées, pour des convulsions, pour plein de choses, et du coup à chaque
162 fois, à chaque fois, ça me renvoyait à moi, à mon bébé, et c'est dur de faire la part des choses,
163 bon il faut y travailler, c'est sûr, hein, mais euh, mais voilà, c'était une émotion qui m'a trop
164 envahie, et voilà. Et, et, et donc à ce moment-là, effectivement, j'ai demandé du relais.

165

166 **Moi : Ok, c'était la technique à toi.**

167

168 Oui, et notamment sur un euh, un bébé qu'on a reçu en SUV, et qui pour lequel en fait, déjà
169 j'avais perdu un peu mes moyens euh à la suite de mon congé mater, de ne pas travailler
170 depuis un moment, de s'y remettre, c'était dur, et euh de par la situation, qui... c'était un bébé
171 d'à peu près du même âge, avec bien sûr des, des... antécédents médicaux, mais bon, même,
172 c'était dur, et là j'ai pas pu rester et j'ai demandé du relais. Mais voilà, c'était une situation
173 d'urgence quoi.

174

175 Là aussi, ici, aux consultations, j'ai encore pas... ressenti ce genre de... J'arrive à affronter, voilà,
176 comme je disais tout à l'heure, l'empathie par rapport à ces enfants qui ont vécu dans des
177 conditions vraiment très précaires. Bon, j'arrive à me protéger un peu de ça, voilà ; d'être là
178 pour eux, mais que ça ne m'envahisse pas trop.

179

180 **8. Et sinon, est-ce que t'as des techniques, entre guillemets, pour justement te protéger**
181 **? Est-ce que t'arrives à couper quand tu rentres chez toi ?**

182

183 Alors la technique, euh... c'est vrai que dans notre métier, le fait de porter la blouse blanche,
184 on se dit, on se dit bah, voilà je laisse les problèmes, entre guillemets, je laisse ce que j'ai vécu,
185 je laisse au vestiaire, ça y est, c'est fini, ma journée est finie, j'ai fait ce que je devais faire,
186 voilà, ça c'est mon moyen à moi, j'ai fait ce que je devais faire, je pense que j'ai fait mon
187 maximum, et je rentre chez moi en me disant, voilà, j'ai fait mon maximum, maintenant, euh...
188 il y a aussi le relais des collègues qui permet de se dire, bon, il y a un relais, il y a un suivi, voilà,
189 euh... et j'arrive à couper.

190

191 Une fois que je suis dans ma voiture et que je suis chez moi, j'arrive à faire la part des choses.
192 Et ça, c'est quelque chose que j'arrive à faire même avant la grossesse, mais là, après la
193 grossesse, j'ai dû faire un travail quand même sur moi, pour un peu plus, parce que sur
194 certaines situations, aux urgences, même arriver à la maison, c'était dur pour moi euh.. voilà,
195 d'arrêter d'y penser, et c'était trop présent pour moi. J'ai du un peu... Bah. C'est le fait de
196 m'éloigner du service des urgences qui m'a aidée aussi.

197

198 Mais oui, mais après, il faut réussir à se protéger, à se dire, on fait ce qu'on peut, le moment
199 où on est là, et voilà, après, on fait de notre mieux. Voilà. (rires)

200

201 **9. Et à la limite, est-ce que tu as une méthode pour gérer les émotions des enfants au**
202 **mieux ?**

203

204 Ah oui, euuuh... j'ai pas forcément...

205

206 **Moi : Qu'est-ce que tu mets en place à ce moment-là, quand il y a un refus de soins ?**

207

208 Ça va dépendre ouais, ça va dépendre de l'émotion. Si c'est un refus de soins, baaah... ma
209 méthode, ça va être d'essayer de le distraire en pensant à autre chose, en lui disant que.. en
210 lui expliquant par des mots simples ce qu'on va faire, qu'on est là pour qu'il aille mieux, qu'il
211 puisse rentrer à la maison, que nous, on ne veut pas qu'il reste à l'hôpital des jours et des
212 jours.

213

214 Donc, il faut lui faire comprendre ce qu'on va faire a de l'importance pour lui, et qu'on est là
215 pour l'aider et pas pour l'embêter. Souvent, je dis ça. Je dis, mais tu sais, on n'est pas là pour
216 t'embêter, on est là pour t'aider.

217 Et si tu es ici, c'est que tu es malade et que tu as besoin de soins. Donc, on est là pour t'aider
218 et que tu ailles mieux, que tu retrouves une santé et une forme que tu avais avant, etc. Euh...

219 Mais toujours pareil, si derrière, on a le parent qui freine, forcément, ça va freiner.

220 Mais si on a le parent qui est de notre côté et qui nous dit, mais oui, tu vois, elle a raison, elle
221 est infirmière, écoute-la, tout ça, ça va, ça passe mieux. Après, effectivement, la distraction
222 est un bon moyen. On peut lui proposer d'écouter. Euh...

223

224 Moi, souvent, j'ai proposé aux urgences d'écouter de la musique, regarder un dessin animé,
225 qu'il ou qu'elle nous parle de quelque chose qui lui plaît euh... Voilà. C'est vrai, la tranche d'âge
226 est intéressante sur laquelle tu travailles, parce qu'à partir de 3 ans, on est sur des enfants qui
227 comprennent et on a un euh, un réel échange. Sur des enfants en dessous de 3 ans, c'est plus
228 compliqué.

229 Et souvent, moi, j'ai fait des soins où même si on lui explique, etc., bah, il y a quand même des
230 pleurs pendant le soin. Mais malheureusement, si c'est des enfants de moins de 3 ans, on sait
231 que voilà, le cerveau est encore en construction. On sait qu'il y a des choses, il ne peut pas
232 l'entendre, il ne peut pas le comprendre.

233 C'est de par son âge, il ne comprend pas. Il... Voilà. Après, il y a des fois, ça ne sert à rien de
234 s'énerver, ça ne sert à rien de persister. De toute façon, son âge fait que son cerveau ne
235 comprend pas.

236 Il n'est pas encore formé tout à fait. Donc malheureusement, on fait. Après, ça oublie vite
237 aussi un enfant. (rires)

238 Mais ça va être effectivement la première distraction. Et même la récompense aussi par le jeu.
239 Ou même par le jeu.

240 Dire, tu vois, regarde là, on fait ça. C'est comme si on jouait à ça. Ou enfin... Je ne sais pas, je
241 n'ai pas trop d'exemples.

242 Et la récompense, elle a beaucoup de place, enfin d'importance. En me disant, moi j'ai eu
243 donné aux urgences des petits diplômes de courage. Avec le prénom de l'enfant. Et là, quand
244 on leur rend, ils sont trop contents, ils sont fiers. Et ils ont même oublié ce qui s'est passé
245 avant. Et eux, ils ne retiennent que le positif en fait.

246

247 Donc euh les récompenses, des petits cadeaux, des petits jeux. On a souvent des associations
248 qui nous donnent. Et du coup, on profite de ça et on fait ça.

249

250 Notamment aussi au niveau de la consultation là. Depuis quelques mois que j'y suis, pareil
251 hein. C'est des enfants, on leur donne un livre.

252 On a l'impression de leur avoir donné de l'or. Quoi, enfin, pour eux c'est... Donc pareil, sur des
253 soins qui se passent bien. Et même si ça ne se passe pas bien, que j'ai eu du mal à... Qu'on a
254 fait le soin et que c'était difficile. Derrière, ils ont quand même la récompense. Et du coup,
255 bah je vois l'enfant avec le sourire. Et voilà, j'ai gagné. J'ai fait mon soin. Et à la fin, j'ai l'enfant
256 qui est content et qui ne repart pas avec une image négative. Donc ça c'est important.

257

258 [Moi : Ok. C'est tout pour moi. Merci beaucoup.](#)

259

260 Bah de rien.

Annexe X Grille d'analyse : Talon sociologique

Talon sociologique			
But : Connaissances sur la professionnelle interrogée			
Question 1 : Pour commencer pouvez-vous vous présenter ?			
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Votre âge ◦ L'année d'obtention de votre diplôme IDE, IPDE, AP ? ◦ Votre parcours professionnel ? ◦ Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service ? 			
	Age	Diplôme AP/IDE/ IPDE	Parcours Professionnel
Urgences Pédiatriques Sonia	26 ans (L4)	Ça fait trois ans et demi que je suis puér et quatre ans et demi que je suis infirmière, donc j'ai enchaîné les deux. (L4-5)	J'ai fait un an à peu près de pédiatrie chez les petits de nuit, après j'ai fait à peu près deux ans de nuit aux urgences pédiatriques et là je suis passée récemment de jour. (L6-7)
Pédiatrie Petits-Enfants Emma	41 ans (L4)	J'ai été diplômée d'AP en 2017. J'ai eu besoin d'aller explorer d'autres univers. Et celui de l'hôpital euh... était assez intéressant pour moi pour pouvoir accompagner, de retrouver un peu mon expérience aussi d'avant, parce que j'étais préparatrice en pharmacie. (L6-7-8)	J'ai commencé mon expérience en tant qu'AP au sein de la Pouponnière pendant 5 ans. (L4-5) J'ai commencé à l'hôpital au service des petits en 2022 pour le renfort bronchio. (L10-11)

Pédiatrie Petits-Enfants Clara	27 ans (L4)	J'ai eu mon diplôme d'infirmière en 2020. (L4)	J'ai travaillé un petit peu dans une clinique avant d'arriver à l'hôpital (...) principalement en médecine interne et en service Covid. (L5-6) Je suis arrivée sur l'hôpital en décembre 2020. J'ai toujours été sur le pôle mère-enfant, mais j'ai tourné dans plusieurs services et je suis chez les petits depuis juillet 2021 à peu près, depuis l'été 2021. (L7-8)
Consultations Pédiatriques	33 ans (L4)	J'ai été diplômée infirmière en 2014 (L4) Ensuite je suis partie à l'école de Puer (L6)	J'ai travaillé en pédiatrie tout de suite de nuit dans un service de médecine, grands enfants, pendant 6 ans. (L5) (...) sur le pôle de remplacement du pôle, donc là j'ai tourné dans les services de maternité néonatal essentiellement, et ensuite j'ai eu un poste aux urgences pédiatriques, où j'y suis restée 2 ans et demi (L7-8)

			là depuis 2 mois environ, presque 3 mois, je suis sur le poste de la consultation de pédiatrie, mais la partie passe pédiatrique (L9-10)
--	--	--	--

Annexe XI Grille d'analyse : La prise en soin d'un enfant

<h1>L'enfant</h1>	
But : Les principales peurs et angoisses de l'enfant âgés de 3 à 6 ans	
Comment l'enfant fait-il comprendre ses peurs et ses angoisses	
Question 2 : A quelles difficultés êtes-vous confronté(e) lors de la prise en charge d'un jeune enfant ?	
Urgences Pédiatriques Sonia IPDE	<p>Ça reste une tranche d'âge où ils arrivent à peu près à comprendre (L18)</p> <p>Les difficultés, ouais c'est de leur faire comprendre qu'il va y avoir des soins, qu'on est obligé de les faire (L22)</p> <p>Sur la prise en charge des enfants de 3 à 6 ans, la difficulté, ça va être de... de leur faire accepter les soins, de leur expliquer. [...] À 3 ans, faire comprendre l'aérosol, ça va. La prise de sang, ça reste un peu plus compliqué. (L24-25)</p>
Pédiatrie Petits-Enfants Emma AP	<p>Ça va être plutôt chez les enfants qui vont être euh... plutôt vers l'âge des 3 ans, parce qu'ils n'ont encore pas forcément la facilité de pouvoir exprimer et donner toutes les informations au niveau verbal. [...] C'est peut-être, pour moi, l'âge le plus difficile. (L19-20)</p> <p>Et c'est vrai que c'est un âge où ils ont aussi cette capacité de pouvoir voilà, être beaucoup plus dans le refus, vraiment au niveau corporel. (L22-23)</p> <p>Il y a un côté qui, pour moi, est important. C'est de respecter leur accord (L23-24)</p> <p>Les plus grands ont vraiment plus de compréhension (L27)</p> <p>L'enfant de 3 ans, c'est un peu plus difficile (L29)</p> <p>Je pense qu'un bébé, on peut avoir, nous, quelque chose de, une contenance plus forte. Donc c'est ce qui fait aussi qu'on sent moins de difficultés, mais</p>

	est-ce qu'au final, pour l'enfant, c'est plus facile, je ne suis pas sûre. (L32-33-34)
Pédiatrie Petits-Enfants Clara IDE	<p>Les difficultés qu'on rencontre dans la prise en charge des enfants, c'est principalement le refus de soins, euh bah surtout avec les plus jeunes où ils ne communiquent pas forcément verbalement. (L15-16)</p> <p>Avec les plus âgés, on arrive à leur expliquer, même s'ils peuvent être stressés, angoissés, des soins, on arrive à négocier (L17-18)</p> <p>Mais les plus petits, ils peuvent être dans le refus parce que s'ils ont déjà été hospitalisés, ils peuvent avoir la mémoire de douleur (L20-21)</p> <p>Et après on peut être confronté aussi au refus des parents ou au stress aussi des parents par rapport aux soins. (L22)</p>
Consultations Pédiatriques Floriane IPDE	<p>La première difficulté que je rencontre au niveau de la consultation PASSE, c'est qu'il y a une barrière de la langue (L22-23)</p> <p>Donc déjà c'est une première difficulté, puisqu'on n'arrive pas à se faire comprendre avec les parents, et du coup c'est difficile de se faire comprendre pour l'enfant. (L26-28)</p> <p>Ensuite on a les difficultés de base d'un enfant sur lequel on va devoir faire des soins, et pour lequel des fois il n'est pas forcément d'accord, donc notre difficulté c'est le consentement aux soins, d'avoir son accord (L35-37)</p>

Annexe XII Grille d'analyse : La triade

<h1>La Triade</h1>	
But : Comment est définie par le soignant le terme « triade »	
Question 2 : Pouvez-vous expliquer ce qu'est, selon vous, la triade ?	
Urgences Pédiatriques Sonia IDE	La triade pour moi, c'est la triade enfant, donc le patient, le parent et soignant. (L30) La triade bah elle est essentielle en pédiatrie. (L31) On travaille toujours à 3. (L32) On fait tous les soins avec les parents, donc ils sont intégrés dans le soin. (L33) On travaille ensemble en pédiatrie sur toutes les tranches d'âge (L42)
Pédiatrie Petits- Enfants Emma AP	La triade, ça va être le soignant, l'enfant et le parent. (L38)
Pédiatrie Petits- Enfants Clara IDE	Pour moi, la triade, euh... c'est dans les soins, c'est le triangle soignant, parent et enfant. (L27)
Consultations Pédiatriques	Effectivement la triade a une importance vraiment de très haut niveau, parce que si on n'a pas la confiance du parent, on n'aura pas la confiance de l'enfant, donc en fait il faut en premier lieu avoir une relation de confiance avec les parents, pour que le parent puisse expliquer à l'enfant, si le parent est confiant, l'enfant sera confiant (L44-47)

Annexe XIII Grille d'analyse : La triade question 2

<h1>La Triade</h1>		
But : Quelle place est attribuée dans le soin pour chaque personne formant cette triade.		
Question 3 : Quelle place donnez-vous aux parents ?		
Urgences Pédiatriques Sonia IPDE		<p>On fait tous les soins avec les parents, donc ils sont intégrés dans le soin (L33)</p> <p>C'est plus rassurant pour un enfant d'être distrait par son parent (L38)</p> <p>On les intègre pleinement dans le soin et on travaille ensemble (L42)</p> <p>On va peut-être faire tenir le Méopa aux parents pour qu'ils puissent bah discuter avec son enfant, le distraire (L35-36)</p> <p>On est les parents et le soignant au milieu, enfin, non, sur le côté, et l'enfant au milieu. (L50)</p>
Pédiatrie Enfants Emma AP	Petits-	<p>Une place qui est importante, qui doit être là (L42)</p> <p>Moi, dans la triade, je prends le parent comme un soutien de l'enfant, pour une réassurance, pour pouvoir, en fait, venir envelopper un petit peu cette confiance qu'il n'a pas envers le soignant. (L43-44)</p> <p>Un fil entre eux, et le fil du parent vers l'enfant. Voilà comment je l'ai un peu dans la tête. Et après, il y a quand même un trait entre le parent et le soignant, mais qui serait en pointillé. (L56-57)</p>
Pédiatrie Enfants Clara IDE	Petits-	<p>Le parent, il va jouer un rôle aussi principalement sur l'enfant pour le rassurer, le divertir pendant le soin et faire en sorte que ça se passe bien. (L29-30)</p>

<p>Consultations Pédiatriques Floriane IPDE</p>	<p>(...) donc en fait il faut en premier lieu avoir une relation de confiance avec les parents, pour que le parent puisse expliquer à l'enfant, si le parent est confiant, l'enfant sera confiant (L45-47)</p> <p>Pour moi une fois qu'on a une confiance et qu'on a intégré le parent dans notre soin, ils ont tous les deux une place importante, autant l'enfant que le parent (L52-53)</p> <p>(...) c'est très rare quand les parents sortent au moment des soins (L57)</p> <p>(...) ils (les parents) participent à rassurer l'enfant. (L65-66)</p>
---	--

Annexe XIV Grille d'analyse : La triade question 3

<h1>La Triade</h1>	
But : Quelle place est attribuée dans le soin pour chaque personne formant cette triade.	
Question 3 : Quelle place donnez-vous à l'enfant ?	
Urgences Pédiatriques Sonia IDE	C'est le centre (L50) Sa place, elle est centrale (L51) On est les parents et le soignant au milieu, enfin, non, sur le côté, et l'enfant au milieu. (L50) Elle est centrale, (la place de l'enfant) on travaille du coup en collaboration avec le parent, bah du coup, pour le bien-être de l'enfant, pour que ça se passe bien. (L51)
Pédiatrie Petits- Enfants Emma AP	Un fil entre eux, et le fil du parent vers l'enfant. Voilà comment je l'ai un peu dans la tête. Et après, il y a quand même un trait entre le parent et le soignant, mais qui serait en pointillé. (L56-57)
Pédiatrie Petits- Enfants Clara IDE	
Consultations Pédiatriques	Pour moi une fois qu'on a une confiance et qu'on a intégré le parent dans notre soin, ils ont tous les deux une place importante, autant l'enfant que le parent (L52-53) (...) après forcément on va beaucoup plus interagir avec l'enfant au moment du soin (L53-54)

Annexe XV Grille d'analyse : La triade question 4

<h1>La Triade</h1>	
But : Quelle place est attribuée dans le soin pour chaque personne formant cette triade.	
Question 3 : Quelle place donnez-vous au soignant ?	
Urgences Pédiatriques Sonia IPDE	Ça nous permet de... de travailler avec le médecin tranquillement et d'être aussi dans la distraction. (L37) On est les parents et le soignant au milieu, enfin, non, sur le côté, et l'enfant au milieu. (L50)
Pédiatrie Petits- Enfants Emma AP	Le soignant se dirige vers l'enfant (L45) Le soignant, moi, je le pense beaucoup en binôme, parce que c'est la façon dont on travaille. (L51) Un fil entre eux, et le fil du parent vers l'enfant. Voilà comment je l'ai un peu dans la tête. Et après, il y a quand même un trait entre le parent et le soignant, mais qui serait en pointillé. (L56-57)
Pédiatrie Petits- Enfants Clara IDE	Nous, les soignants, on va jouer un rôle principalement avec l'enfant pour le soigner et lui faire les soins nécessaires. (L28) On a un rôle moindre avec les parents (L31) On va servir à les rassurer et qu'ils puissent être complètement avec l'enfant derrière pour rassurer aussi l'enfant. (L32)
Consultations Pédiatriques Floriane IPDE	Effectivement la triade a une importance vraiment de très haut niveau (L44)

(...) en tout cas avant on va expliquer aux parents, on l'explique à l'enfant aussi avec des mots appropriés, mais au moment du soin on va interagir avec lui, avec l'enfant, mais on est vraiment dans un trio très important (L54-56)

Annexe XVI Grille d'analyse : La triade question 5

<h1>La Triade</h1>	
But : Les freins à la triade.	
Question 3 : Avez-vous déjà vécu une situation où, au contraire, le parent était un frein ou a refusé le soin ?	
Urgences Pédiatriques Sonia IPDE	<p>La plupart du temps, ils sont vachement aidants (L58)</p> <p>T'as des parents qui sont au juste un frein parce qu'ils vont... Soit ils ont eu des mauvaises expériences (L61)</p> <p>Ça instaure tout de suite une atmosphère négative. Puis le parent, du coup, est vachement centralisé sur ce que nous on fait, il est plus sur son enfant. (L64-65)</p> <p>Quelquefois, il peut y avoir des... des... enfin ça peut être des freins et dans ces cas-là, soit on essaie de casser cette atmosphère négative et les faire bien recentrer sur leur enfant (L70 à 72)</p> <p>Ouais, des fois, ils s'en rendent compte, les parents. « Ouais, non, je vais être un frein, je vais vous stresser, ça sert à rien. » (L79-80)</p>
Pédiatrie Petits- Enfants Emma AP	<p>Oui, euh... une situation où il y avait une prise de médicaments qui était refusée par l'enfant (...) la maman qui formulait, voilà vraiment verbalement, à haute voix, que son enfant ne prenait jamais rien, que de toute façon, à la maison, c'était comme ça, et que là, c'était pareil. (L62 à 66)</p> <p>Elle portait son enfant, mais en allant un peu en contradiction avec le, « <i>je vous laisse donner le médicament</i> », mais elle la gardait un peu contre elle pour qu'on ne soit pas en capacité de pouvoir lui donner le médicament. (L66-68)</p>

		<p>(...) on a essayé en fait de proposer à la maman de sortir de la chambre pour couper, en fait. Et là, en fait, l'enfant, il a pris le médicament, on a fait rentrer la maman (...)</p> <p>Et la maman, elle dit : « <i>oui, mais de toute façon, elle va le vomir</i> ». Et bien, elle l'a vomi. (L76 à 80)</p>
Pédiatrie Enfants Clara IDE	Petits-	<p>Oui, enfin... il y a des parents qui refusent catégoriquement les soins et dans ce cas même en négociant des soins, on n'y peut rien. (L44-45)</p> <p>(...) le papa était un peu réfractaire (à la pose de cathéter) au début parce que ça s'était mal passé aux urgences, (...) du coup la petite était très énervée, elle se débattait beaucoup, elle envoyait tous les membres en l'air. (L48 à 52)</p> <p>(...) on lui a bien expliqué que si elle n'acceptait pas on finirait par l'enlever, (l'emmaillotage) mais qu'on pouvait tester voir si elle allait se calmer ou si au contraire ça allait l'énerver encore plus. (L56 à 58)</p>
Consultations Pédiatriques Floriane IPDE		<p>Oui, quand les parents sont très stressés, quand ils sont stressés et qu'on a du mal à avoir leur confiance, ça va mettre un petit peu un frein et ça va retarder le soin (L71-72)</p> <p>(...) après le stress des parents, l'angoisse, tout ça ça peut être des freins, parce que du coup on va prendre plus de temps pour retrouver une sérénité de la part des parents. (L74-75)</p>

Annexe XVII Grille d'analyse : La négociation et la distraction

<h3>La négociation et la distraction</h3>	
But : Connaître les moyens à mettre en place lorsque nous sommes face à un refus de soin.	
Question 3 : Avez-vous déjà été confronté(e) à un refus de soin venant de l'enfant ? si oui, qu'avez-vous mis en place ?	
Urgences	Oui. (L109)
Pédiatriques	Déjà, moi je trouve qu'il faut bien leur expliquer, parce que des fois c'est non, mais ils savent même pas pourquoi. (L114)
Sonia IPDE	C'est l'appréhension. Moi j'aime bien leur montrer (L119) (...) les rassurer (...) (L122) (...) j'explique d'abord, après on essaye. (L132) j'aime bien prendre le doudou aussi (L138) Imaginer un peu le truc, souvent ça marche bien, le petit dragon qui fait de la fumée. Tu vois tu imagines, tu leur fais un peu imaginer le truc, le transformer, l'amener dans le jeu en fait. (L141-142) (...) des fois je mets des gommettes sur le masque. Ils aiment bien. (...) Leur faire un petit peu plus accepté aussi, parce qu'à la fin aussi, ce qui peut se passer c'est qu'ils arrachent tout. (L144-147) après les parents ils nous aident vachement. Quand je te dis la triade aussi, bah qu'est-ce qu'ils aiment ? (L150) Toujours expliquer (L160)
Pédiatrie	Oui, c'est arrivé lors des euh... des aérosols. (L87)
Petits-Enfants	
Emma AP	Alors, j'utilise souvent le... le fait... l'emballage pour redonner le cocon un petit peu utérin de l'enfant (L89)

	<p>Et de les emmailloter en les berçant, en fait, ça, ça donne un côté plus doux. (L91)</p> <p>Et finalement, l'enfant accepte le, le soin avec moins de difficultés (...) Mais il ne sera plus dans quelque chose d'agressif ou vraiment de violent au niveau de son corps. (L92 à 94)</p>
<p>Pédiatrie Petits- Enfants Clara IDE</p>	<p>Oui, alors, j'ai déjà eu un refus de soins d'un enfant pour un traitement (L66)</p> <p>(...) j'ai essayé de lui expliquer mais en fait elle ne me laissait pas parler. Dès que je disais un mot, elle euh, elle pleurait, elle criait fort pour ne pas m'entendre. Du coup j'ai laissé la seringue à maman en lui expliquant la nécessité qu'elle prenne son traitement. (L68 à 71)</p> <p>(...) on a réessayé plusieurs fois en essayant de négociant, de négocier pardon (L74)</p> <p>Et ça a duré une heure comme ça, je suis restée une heure avec la maman à essayer de discuter, de voir si elle aimait des choses ou si on pouvait essayer de le mettre dans une compote ou dans un jus de pommes. (L77 à 79)</p>
<p>Consultations Pédiatriques Floriane IPDE</p>	<p>Au niveau de la consultation PASS, vu que ça fait quelques mois que j'y suis, j'ai jamais eu de refus de soins, parce qu'en fait ce sont des enfants qui, quand ils arrivent ici, ils savent que c'est pour les aider (L81-83)</p> <p>Mais en général, en expliquant bien, ça se passe. (L93)</p>

Moi je pars du principe que c'est surtout la relation de confiance. Si on a ça avec l'enfant, il va nous voir comme une personne importante, et il va se dire, ah oui j'ai confiance en cette personne, je sais qu'elle va faire ce qu'elle me dit, et on ne va pas le surprendre. (L98-100)

Annexe XVIII Grille d'analyse : Les émotions

<h1>Les émotions</h1>	
But : Comprendre comment les émotions peuvent impacter la prise en soin.	
Question 3 : Pouvez-vous me raconter un exemple de situation qui vous a touché(e) ?	
Urgences Pédiatriques Sonia IPDE	<p>(...) je rentre dans la chambre après l'annonce, toutes les deux elles étaient en pleurs et euh... je sentais que la petite elle pleurait pas parce qu'elle avait peur (L219-220)</p> <p>En fait c'est de voir sa mère qui pleurait (L223)</p> <p>Elle était pleine de questions (L225)</p> <p>En fait elle m'avait touchée parce que tu sentais qu'elle pleurait parce que sa mère pleurait (L230)</p>
Pédiatrie Enfants Emma AP	<p>(...) au moment où on a senti que cet enfant allait être rapatrié en SUV pour pouvoir aller en réa, il y a eu quelque chose, voilà, j'ai senti que la maman ne comprenait pas forcément ce qui était en train de se passer. (L133-135)</p> <p>Et ça, ça a été, je pense aussi par le manque d'expérience. (L141)</p> <p>C'était très, très fort émotionnellement. C'était une maman qui était toute seule, le papa n'était pas là et j'ai un peu pris les émotions de cette maman-là. Et c'est quelque chose, encore aujourd'hui, souvent, j'y pense. (L142-144)</p> <p>(...) j'avais vu aussi cette détresse aussi dans le regard de ce bébé-là où je sentais que là, c'était dur pour lui. (L148)</p>
Pédiatrie Enfants	<p>Et en fait quand je suis rentrée dans la chambre, l'enfant était déjà très inconfortable. Il était douloureux, il avait du mal à respirer (L109-110)</p>

Clara IDE	<p>Je lui ai fait les soins ensuite et après je lui ai fait une séance de RESC parce que euh... en fait je me suis sentie démunie avec ce bébé (L116-117)</p> <p>La maman était très jeune donc elle se sentait impuissante aussi (L112)</p> <p>Après avec le recul peut-être que j'aurais dû faire l'inverse, peut-être que j'aurais dû lui faire la RESC avant le petit prélèvement sanguin (L119-120)</p> <p>Donc en fait c'est difficile aussi de gérer nos émotions et on se sent frustré quand on a tout mis en place (L129-130)</p> <p>Donc des fois on rentre chez nous, on n'est pas sereine non plus. On aurait aimé faire plus mais on ne peut pas faire plus. Voilà. (L132-134)</p>
Consultations Pédiatriques Floriane IPDE	<p>Quand j'ai su que j'étais enceinte, rapidement, au bout de 4 mois et demi de grossesse, je me sentais plus à l'aise dans le service, et je stressais beaucoup, déjà par la fatigue qu'entraînait le service des urgences sur mon physique à moi, et sur ma grossesse. (L135-137)</p> <p>Et j'avais peur que le trop de stress que j'ai comme émotion aux urgences, joue sur ma grossesse, et sur mon bébé qui était en moi en train de grandir. Donc j'ai dû m'arrêter assez rapidement (L138-140)</p> <p>J'ai ressenti des choses en émotion que je ne ressentais pas avant d'être maman. Comme par exemple, ne serait-ce que faire un transfert (L141-144)</p> <p>(...) de voir des enfants arriver du même âge que le mien, ou voir plus jeunes, et me dire, moi je suis passée par là, mais il n'avait pas eu tout ça, les pauvres, moi j'ai de la chance finalement, il est en bonne santé, les</p>

pauvres, et c'est une émotion que je ressentais qui s'est vraiment multipliée en étant maman (L144-147)

Notamment quand on recevait des enfants aussi qui étaient en urgence vitale, qu'on plaçait en SUV, en salle d'urgence vitale, pour des détresses respiratoires, pour des fièvres mal tolérées, pour des convulsions, pour plein de choses, et du coup à chaque fois, ça me renvoyait à moi, à mon bébé, et c'est dur de faire la part des choses, bon il faut y travailler, c'est sûr, mais voilà, c'était une émotion qui m'a trop envahie, et voilà. (L150 à 155)

Annexe XIX Grille d'analyse : Les émotions

<h1>Les émotions</h1>	
But : Apprendre à gérer les différentes émotions.	
Question 3 : Comment gérez-vous les émotions ? (les vôtres, celles des patients)	
Urgences Pédiatriques Sonia IDE	Pour gérer leurs émotions... Ouais, franchement à part bien communiquer, que ça soit dans le positif ou le négatif, quand ils ont des émotions qu'est-ce que je peux faire oui expliquer, franchement juste pour les émotions, mettre des mots, expliquer, leur demander qu'est ce qui fait peur, oui communiquer. (L282-285)
Pédiatrie Petits- Enfants Emma AP	J'ai pris du temps avec cette maman pour anticiper un petit peu ce qui allait se passer, pour qu'elle ne vive pas quelque chose de difficile brutalement au moment où elle allait monter et prendre conscience de ce qui se passait. (L138-140) (...) qu'on est une équipe, je pense, soudée et à l'écoute (L153)
Pédiatrie Petits- Enfants Clara IDE	Après dans l'équipe des petits on est plusieurs à avoir la RESC donc de temps en temps on essaie de se faire des séances pour essayer de décompresser et s'apaiser les unes les autres. Et puis d'en parler aussi, soit avec l'équipe, soit avec nos proches, ça aide beaucoup. (L143-145)
Consultations Pédiatriques	(...) Sur la consultation PASS, jusque maintenant, j'ai réussi à gérer, et à faire la part des choses, et à me protéger. (L132-133) Par contre aux urgences, c'était plus compliqué (L134) (...) je suis partie du service des urgences (L148)

Et donc à ce moment-là, effectivement, j'ai demandé du relais. (L155)

Là aussi, ici, aux consultations (...) Bon, j'arrive à me protéger un peu de ça, d'être là pour eux, mais que ça ne m'envahisse pas trop. (L165-168)

Alors la technique, c'est vrai que dans notre métier, le fait de porter la blouse blanche, on se dit, je laisse les problèmes, entre guillemets, je laisse ce que j'ai vécu, je laisse au vestiaire, ça y est, c'est fini, ma journée est finie, j'ai fait ce que je devais faire (L173-175)

(...) il y a aussi le relais des collègues qui permet de se dire, bon, il y a un relais, il y a un suivi (L177-178)

(...) il faut réussir à se protéger, à se dire, on fait ce qu'on peut, le moment où on est là, et voilà, après, on fait de notre mieux. (L186-187)

Si c'est un refus de soins, ma méthode, ça va être d'essayer de le distraire en pensant à autre chose, en lui expliquant par des mots simples ce qu'on va faire (L196-197)

Mais si on a le parent qui est de notre côté (...) ça va mieux (L207-208)

Après, effectivement, la distraction est un bon moyen (L208-209)

Moi, souvent, j'ai proposé aux urgences d'écouter de la musique, regarder un dessin animé, qu'il ou qu'elle nous parle de quelque chose qui lui plaît. (L211-212)

(...) parce qu'à partir de 3 ans, on est sur des enfants qui comprennent et on a un réel échange. (L213-214)

Et même la récompense aussi par le jeu. (L224)

(...) moi j'ai eu donné aux urgences des petits diplômes de courage. Avec le prénom de l'enfant. Et là, quand on leur rend, ils sont trop contents, ils sont fiers. Et ils ont même oublié ce qui s'est passé avant. Et eux, ils ne retiennent que le positif. (L228-231)

Qu'on a fait le soin et que c'était difficile. Derrière, ils ont quand même la récompense. Et du coup, je vois l'enfant avec le sourire. Et voilà, j'ai gagné. (L239-241)

Annexe XX Grille d'analyse : Les formations

<h1>Les formations</h1>	
But : Apprendre à connaître les différentes formations.	
Question 3 : Avez-vous des formations spécifiques ?	
Urgences Pédiatriques Sonia IDE	Je fais une formation douleur. Je l'ai fait quand ? Je l'ai fait en début d'année. Après elle nous a un peu expliqué tout ça, mais c'est déjà ce qu'on mettait en place. Après dans les moyens médicamenteux, t'as aussi dès l'accueil, on leur met un patch d'EMLA là. (L164-167)
Pédiatrie Petits- Enfants Emma AP	La RESC. Euh, je travaille aussi en réflexologie, pas forcément avant les soins, mais pour soulager des fois des voilà, des maux ou des angoisses, des choses un petit peu difficiles pour les enfants. (L99-101)
Pédiatrie Petits- Enfants Clara IDE	J'ai eu une formation sur la douleur au niveau des antalgiques, j'ai eu une formation sur l'aromathérapie récemment et euh, j'ai le niveau 1 en RESC (L91-92) Les bébés sont généralement très réceptifs (L97)
Consultations Pédiatriques	Alors oui, j'ai la RESC, le niveau 1, c'est la Résonance Énergétique par Stimulation Cutanée. (L105) Et qu'on s'est rendu compte que ça permettait d'améliorer le déroulé du soin (L109-110) Et j'ai des collègues qui sont formés à l'hypnose, et ça c'est super. Dès qu'on peut, on essaye de l'utiliser. (L116-117)

Annexe XXI Charte Européenne de l'Enfant hospitalisé

CHARTE DE L'ENFANT HOSPITALISE

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.

Cette charte résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés à leur domicile

"Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants"

UNESCO



1 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.

3 On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles. 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.

4 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.

5

Les enfants 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..

6



7 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.



8

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.

9

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

10



HAD35
hôpital à domicile

Annexe XXII Charte de la personne hospitalisée



Charte de la personne hospitalisée Principes généraux

 1 Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.

 2 Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

 3 L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

 4 Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

 5 Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

 6 Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

 7 La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

 8 **La personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

 9 Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

 10 La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.

 11 La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

Annexe XXIII Les grandes étapes du développement de l'enfant de 3 à 6 ans

Les grandes étapes du développement de l'enfant de 3 à 6 ans

Âge	Psychomotricité	Développement cognitif	Langage	Développement social
 <p>3 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sait monter les escaliers en mettant un pied sur chaque marche. Tient debout sur une seule jambe, mais peu de temps. Peut faire du tricycle. Tape dans un ballon avec le pied. Lance un ballon avec ses deux bras, mais avec une participation du reste du corps. Sait tourner les pages d'un livre une à une. Empile plusieurs cubes. S'tabilise seul. 	<ul style="list-style-type: none"> Sait dire s'il y a un, deux ou trois éléments, mais sans s'appuyer sur le dénombrement (zähltag). Est capable d'avoir une pensée intuitive, qui s'appuie sur des images, des représentations. Donne le nom des éléments qui composent une image (énumération). Aime gribouiller. Les premiers bonshommes « étirés » peuvent apparaître. 	<ul style="list-style-type: none"> Pose beaucoup de questions (pourquoi ?). Formule les demandes de manière directe. Produit entre 800 et 1 000 mots. En comprend environ le tiers. Commence à nommer quelques couleurs. 	<ul style="list-style-type: none"> Vit la fin de la crise d'opposition : l'enfant affirme son identité en s'opposant, en exigeant de faire seul. Sait dire s'il est un garçon ou une fille. Comprend la notion de partage. Commence à se livrer à des jeux de rôles et des jeux symboliques (jeux de faire semblant). 
 <p>4 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sait descendre les escaliers en mettant un pied sur chaque marche. Peut viser une cible avec le ballon lancé avec les mains. Sait couper avec des ciseaux en allant tout droit. Peut recopier un carré. Peut faire du vélo. 	<ul style="list-style-type: none"> Est très sensible aux détails dans ses dessins, plus qu'à l'ensemble. Commence à différencier le matin, l'après-midi et le soir. Utilise des procédés comme le rabattement (par exemple, les oiseaux dans le dessin ci-dessous) ou la transparence. 	<ul style="list-style-type: none"> Commence à faire des demandes de manière indirecte. Connait au moins quinze verbes d'action. Utilise correctement les pronoms personnels. S'adresse beaucoup avec les gros mots. Apprend des comptines. Sait dire son âge. 	<ul style="list-style-type: none"> Comprend un interdit quand on le lui explique. Incarne un rôle dans les jeux avec des partenaires pour faire semblant. Exprime des peurs. Rejette certains enfants. Adopte les stéréotypes des rôles masculins et féminins. 
 <p>5-6 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> Colonne sans dépasser les contours. Sait découper selon des tracés variés. Distingue sa droite de sa gauche. Saute à cloche-pied ou à pieds joints. 	<ul style="list-style-type: none"> Commence à avoir une pensée logique. Sait décrire une image. Connait les jours de la semaine. Est capable d'expliquer les états mentaux d'autrui. Sait compter (dénombrer) jusqu'à 10 au moins. 	<ul style="list-style-type: none"> Maîtrise tous les sons de la langue. Produit environ 2 000 mots et en comprend près du tiers. Définit les objets par l'usage. Fait des erreurs de conjugaison (il a prends). 	<ul style="list-style-type: none"> Utilise le langage dans le cas d'un conflit pour s'expliquer, se justifier... Est intégré dans un groupe de camarades, partenaires privilégiés. Appartient à des groupes de jeux très majoritairement unisexués. 

© rue des écoles, 2011.

Annexe XXIV L'évolution du bonhomme selon Jacqueline Royer



Du jeu au soin : négocier pour mieux soigner

Résumé :

Ce travail débute par une situation rencontrée lors d'un stage où il est question d'un refus de soin par l'enfant. Le questionnement porte sur l'importance de la relation au sein de la triade, le rôle de la négociation et de la distraction, ainsi que les émotions du soignant et de l'enfant sur la prise en soin.

La situation de ce petit garçon a suscité chez moi de nombreuses interrogations qui ont mené à ma question de départ : **En quoi la négociation ainsi que la triade influencent l'acceptation des soins invasifs en pédiatrie ?**

Un cadre de référence vient étayer cette étude sur le thème des soins en pédiatrie, de la gestion des émotions, la triade et de la négociation et la distraction. L'enquête exploratoire qui suit, est basée sur une méthode clinique et des entretiens semi-directifs auprès de 4 professionnels de santé, infirmières puéricultrices et auxiliaire de puériculture au sein de services de pédiatrie. Au terme de ce travail, la problématique me permet de confronter le cadre théorique avec les entretiens. Durant les entretiens, les professionnels de santé s'accordent avec les auteurs et relèvent l'importance de la relation soignant-soigné et de la distraction dans un service accueillant des enfants malades.

Nombre de mots : 201 mots

Mots clés : Pédiatrie - Relation soignant-soigné – Émotions – Négociation - Triade

From play to care: negotiating to provide better care

Abstract:

This research work begins with a situation encountered during a work placement, involving a denial of healthcare by a child. The reflection focuses on the importance of the relationship within the triad, the role of negotiation and distraction, as well as the emotions of both the healthcare professional and the child in the context of care-giving.

The situation of this little boy raised questions, which led to my initial question : **To what extent negotiation and the triad influence the acceptance of care delivery involving invasive procedures in paediatrics ?**

A reference framework supports this study on the themes of paediatric care, emotion management, the triad, negotiation, and distraction. The following exploratory investigation is based around a clinical method and semi-structured interviews conducted with four healthcare professionals-nursing professionals and nursery assistants within care services in paediatrics.

At the end of this research work, the issue allows for a comparison between the theoretical intake and the interviews. During the interviews, the healthcare professionals agreed with the authors and highlighted the relationship between the carer and the patient and distraction in a unit caring for sick children.

Number of words: 185 words

Keywords: Paediatrics – Caregiving relationship – Emotions – Negotiation - Triad