



ATIA Shélihane

Promotion 2022-2025

Mémoire de fin d'études

**À la conquête du sourire : gérer les émotions de l'enfant
hospitalisé à travers la distraction**

Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 19 mai 2025

Directrice de mémoire : Mme VIAU Corine

Note aux lecteurs et lectrices :

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

Remerciements :

Ce travail de fin d'études marque la fin de ma formation en soins infirmiers que je n'aurais pas pu accomplir sans ma famille et mes proches pour leur soutien moral et leurs encouragements constants.

Je remercie également mes amies Meriem, Amel, Yousra et Inès qui m'ont accompagné tout au long de mon parcours et qui ont cru en moi.

Je souhaite exprimer ma gratitude à Mme Pons Virginie, ma référente pédagogique, pour son accompagnement tout au long de ces trois années de formation.

Je remercie toutes les personnes et les institutions qui ont apporté leur aide et leurs ressources et qui ont permis à ce projet de prendre forme.

Enfin, j'adresse un remerciement tout particulier à Mme Corine Viau, ma directrice de mémoire, pour ses conseils avisés, sa disponibilité et sa bienveillance tout au long de ce travail.

Table des matières

Introduction.....	- 1 -
1. Situation de départ	- 2 -
1.1 Description de la situation de départ.....	- 2 -
1.2 Questionnement de la situation	- 5 -
2. Question de départ	- 7 -
3. Cadre de référence	- 7 -
3.1 Relation parents enfant soignant	- 7 -
3.1.1 Définition de l'enfant	- 7 -
3.1.2 Le développement de l'enfant.....	- 8 -
3.1.3 Triade relationnel	- 10 -
3.1.4 Place des parents dans cette triade	- 11 -
3.1.5 Rôle de l'infirmière puéricultrice au sein de la triade.....	- 13 -
3.2 Les Émotions.....	- 14 -
3.2.1 Définition de l'émotion.....	- 14 -
3.2.2 Les émotions chez l'enfant	- 15 -
3.2.3 Définition de la distraction.....	- 17 -
3.2.4 Intérêt de la distraction.....	- 17 -
3.2.5 Techniques de distraction lors des soins	- 19 -
4. Enquête exploratoire	- 21 -
4.1 Méthodologie utilisée.....	- 21 -
4.1.1 L'entretien semi-directif.....	- 21 -
4.1.2 Population choisie et lieu d'enquête	- 21 -
4.2 Réalisation de l'enquête	- 22 -
4.3 Résultats de l'enquête	- 23 -
4.3.1 Présentation synthétique des entretiens.....	- 23 -
4.3.2 Analyse des entretiens.....	- 25 -
4.4 Les limites de l'enquête	- 38 -
5. Problématique	- 39 -
6. Question de recherche.....	- 42 -
Conclusion	- 43 -
Bibliographie.....	- 44 -

Introduction

Dans le cadre de ma formation en soins infirmiers, je me dois de réaliser un travail de recherche de fin d'étude. Le thème de ce travail de fin d'étude que j'ai choisi porte sur l'alliance entre le parent et le soignant et la gestion des émotions de l'enfant à travers l'utilisation de la distraction ayant comme axe principal la triade relationnelle, les émotions de l'enfant et la distraction.

C'est au cours de mon stage de deuxième année que j'ai été confronté à une situation particulièrement marquante, qui a suscité chez moi de nombreuses interrogations. Face à un soin douloureux chez un enfant, j'ai observé la manière dont ses émotions et celles de ses parents ont impactés l'expérience du soin. Cette situation m'a poussé à réfléchir sur la manière dont la relation soignant-enfant-parent peut influencer la gestion des émotions de l'enfant, et sur le rôle que peut jouer la distraction mise en œuvre par les soignants, mais aussi les parents lors du soin.

De plus, ce sujet de mémoire s'inscrit pleinement dans mon projet professionnel, orienté vers la pédopsychiatrie, un domaine dans lequel je pourrais être amené à rencontrer ce type de situation. Ainsi, travailler sur cette thématique contribuera à enrichir ma réflexion et mes compétences dans ce domaine qui pourrait m'être bénéfique pour ma pratique future.

Mon travail de réflexion repose sur cette même situation rencontrée en stage. Ainsi, dans ce travail de fin d'étude, je présenterai dans un premier temps ma situation d'appel, puis j'exposerai les questionnements qu'elle a soulevé et qui m'ont amené à élaborer ma question de départ. Dans un deuxième temps, je développerai mon cadre de référence dans lequel j'analyserai des différentes notions tel que la triade relationnelle, les émotions et la distraction et ce en m'appuyant sur différentes recherches documentaires, références théoriques et articles. Dans un troisième temps, j'exposerai mon enquête exploratoire que j'ai réalisé auprès d'infirmières puéricultrices et d'une auxiliaire de puériculture au travers d'entretien semi-directif dans des services pédiatriques, ainsi que les résultats obtenus qui m'ont permis de recueillir diverses opinions des professionnels de santé. Par la suite, je développerai une question de recherche et je terminerai par la conclusion de mon écrit.

1. Situation de départ

1.1 Description de la situation de départ

Ma situation d'appel se déroule en début de 2ème année, lors de mon 1er stage du semestre 3 dans le service des consultations pédiatriques d'un hôpital du Vaucluse. Il faut savoir que ce service se divise en trois secteurs d'activité chacun étant assuré par une infirmière dédiée. De fait, une infirmière est responsable de la partie hôpital de jour (HDJ), une autre assure les pansements le matin avant de seconder l'infirmière de l'HDJ, et une troisième se charge d'appeler et de diriger les enfants et leurs parents dans les salles de consultations mais aussi de préparer leurs dossiers pour les chirurgiens qui vont les prendre en charge.

Durant ma quatrième semaine de stage, nous sommes le matin et je tourne avec l'infirmière qui s'occupe des pansements, Mélissa. Une enfant nommée Flore, âgée de 13 ans, se présente accompagnée de sa maman pour la réfection du pansement de sa fistule sous mamelonnaire qui est à un stade bourgeonnant. C'est une enfant qui vient deux fois par semaine.

Mélissa m'informe qu'elle préfère réaliser ce soin elle-même car cette jeune fille est très douloureuse. De plus, la maman est très inquiète et nous informe qu'avant c'était une infirmière libérale qui venait réaliser la réfection du pansement mais cela est devenu irréalisable du fait de la douleur que cela cause à Flore.

Afin de rassurer Flore et sa maman, Mélissa explique donc chaque étape du déroulement du soin et ensuite se rapproche de Flore pour la prévenir qu'elle l'informerait de tous ses gestes afin d'éviter les surprises.

Mélissa, lors de ces explications, a une attitude bienveillante et sa communication est claire et adaptée. Cette attitude me fait prendre conscience de l'intérêt d'une communication adaptée à l'âge de l'enfant, de la posture du soignant qui introduit les notions de distance et de proximité, mais aussi de l'importance de la relation soignant/soigné/ parent, du fait que Mélissa s'adresse aussi bien à Flore et à sa maman, dans l'explication du déroulement des soins et tout au long de celui-ci.

Nous demandons à Flore de s'installer sur le lit de consultation et d'enlever son sweat. Pendant que Mélissa répond aux questions de la maman un peu tremblante, je commence à préparer tout

le matériel nécessaire pour la réfection du pansement. Cependant, je remarque à la posture de Flore qu'elle a l'air crispée et apeurée, j'essaie de la rassurer et de la détendre en engageant la conversation et en me disant que cela pourrait peut-être la détourner du soin et ainsi permettre que celui-ci se passe mieux. Flore me répond par des phrases courtes sans vraiment trop développer le fond de ses pensées.

Une fois toutes les explications qui se veulent rassurantes données et le matériel prêt, Mélissa me demande de positionner le masque MEOPA (Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote), un gaz analgésique utilisé pour diminuer la douleur et l'anxiété, sur le visage de Flore et de le mettre en route afin de la relaxer et de la décontracter avant de commencer le soin.

Cependant, à l'instant où l'infirmière pose la compresse stérile sur la fistule, Flore hurle et s'agite malgré le MEOPA. Mélissa s'arrête instantanément.

Elle lui dit qu'elle est désolée et que c'est normal qu'elle ait mal mais qu'elle va devoir répéter ce geste pour pouvoir finir le soin.

Elle attend donc que Flore se calme et lui demande si elle peut reprendre le nettoyage de sa fistule. Flore hoche la tête de haut en bas pour lui dire oui. Je maintiens le masque de MEOPA bien serré mais Flore hurle encore une fois.

A ce moment-là, je me sentis totalement impuissante. J'essayais de distraire Flore comme je peux et avec le peu de connaissance et de compétence acquises lors de ce stage, je lui souris et l'invite à s'imaginer allongée à la plage avec ses amies mais il semble que mes mots ne peuvent détourner l'attention de Flore face à la douleur qu'elle ressent.

Mélissa continue malgré tout promptement le soin tout en lui caressant la main et en lui disant que c'est bientôt fini. Elle invite également la maman à s'approcher de Flore et lui prendre la main afin de la réconforter, mais aussi pour réconforter la maman qui se trouve depuis le début du soin en retrait. Toutefois, dès lors que Mélissa renouvelle le geste, et que Flore crie face à la douleur ressentie, la maman lui demande d'arrêter et lui dit « ça suffit » car elle ne supporte pas de voir sa fille dans cet état.

L'infirmière s'arrête et me dit que cela ira. J'arrête alors le masque de MEOPA. La maman fond en larme du fait de voir sa fille dans cet état à chaque fois que l'on lui fait son pansement. À cet instant, je me sens totalement démunie et même gênée, je trouve cette situation très insupportable et presque impossible à regarder, je suis comme spectatrice de la pire expérience à la fois pour une maman mais également pour une enfant. Je me tourne vers Flore et je la prends dans mes bras. Je perçois également ce même ressenti dans les yeux de Mélissa qui assure à la maman que cela ne se reproduira plus. Elle l'invite aussi à prendre la main de Flore. Mélissa demande à Flore de remettre son sweat en lui disant que le soin est terminé.

Pour les prochains soins, Mélissa demande au médecin de prescrire du Doliprane (paracétamol) 1000mg à Flore qu'elle devra prendre 1h avant le soin afin que cela puisse apaiser ses douleurs. L'infirmière à également vivement encouragée la maman à discuter avec sa fille en amont du prochain rendez-vous pour la réfection du pansement afin de la préparer mentalement. Elle lui a explicitement demandé de dire à sa fille que le soin ne sera pas douloureux comme les fois précédentes, qu'elle sera un peu algique mais que cela ne sera « pas plus fort qu'un mal de tête ».

1.2 Questionnement de la situation

Cette situation m'a fait me questionner sur un certain nombre d'éléments. En effet, c'était la première fois que je travaillais auprès d'enfants et dans ma situation lors de la réalisation d'un soin douloureux. En effet, Flore semble très anxieuse dès son arrivée et cela se manifeste par sa crispation. De plus, malgré l'utilisation du MEOPA et mes tentatives pour la distraire, son ressenti de la douleur était toujours aussi fort, amplifié par son état émotionnel.

Plus encore, je n'avais aucune notion des soins en pédiatrie ni d'apport théorique à ce sujet, mais également sur les émotions de l'enfant et sur l'implication des parents lors d'un soin. Tout cela m'amène donc dans un premier temps à m'interroger sur l'impact des émotions de l'enfant sur la prise en charge d'un soin douloureux.

Comme précédemment mentionné, dès l'entrée de Flore dans la chambre, j'ai immédiatement ressenti son malaise, son corps tendu, son regard fuyant et sa peur qui n'ont cessés de s'accroître tout au long de la prise en charge. Ce premier contact m'a fait prendre conscience que Flore vit chaque pansement comme une épreuve anxiogène. La douleur physique ressentie associée à l'appréhension de ce soin semble engendrer une souffrance émotionnelle intense. Cette souffrance n'est pas seulement le reflet de la douleur physique mais aussi le fruit de la peur et de l'incertitude face à quelque chose d'inconnu. En effet, les émotions d'un enfant lors d'un soin douloureux peuvent amplifier la douleur ressentie, rendant le moment plus traumatisant et compliquant ainsi la gestion du soin. De plus, comme le souligne FREUD dans ses travaux sur le développement psychologique de l'enfant, les émotions de l'enfant sont intrinsèquement liées à son développement mental et physique.

De ce fait, je me questionne sur le fait de savoir comment mieux préparer l'enfant non seulement au soin lui-même mais aussi à l'incertitude qui nourrit souvent la peur ?

D'autre part, l'anxiété qu'éprouve Flore semble en partie être alimenté par l'inquiétude visible de sa maman, manifestement stressée et émotive. En effet, au cours de la réalisation de la réfection du pansement, elle exprime son propre désarroi en demandant l'arrêt du soin.

Ce qui m'a interpellé et ce qui a été pertinent pour moi c'est la manière dont l'anxiété de Flore et de sa maman s'entrelacent influençant directement la perception du soin de Flore, malgré sa volonté d'être courageuse. Ce moment, bien qu'intense et difficile, me permet de constater la complexité des relations qui se tissent entre le soignant, l'enfant et le parent, particulièrement dans un contexte de soin douloureux. Ainsi, quel est le rôle du soignant dans une telle situation ?

Dans cette dynamique, je pense que le soignant occupe une position clé, non seulement en tant que professionnel responsable de la prise en charge de l'enfant, mais aussi en tant qu'acteur principal dans la relation avec les parents et l'enfant dont il a la charge. Dans cette situation, Melissa, dont l'attitude bienveillante, son calme et sa capacité à rassurer tant l'enfant que la mère ont permis de créer un sentiment de sécurité.

Cela m'amène ainsi à m'interroger sur l'importance de la triade relationnelle entre le soignant, l'enfant et le parent, comment cette relation peut-elle influencer la gestion des émotions de l'enfant et dans quelle mesure l'implication des parents peut-elle jouer un rôle crucial dans la gestion de la douleur et de l'anxiété de l'enfant pendant un soin ?

En prenant en compte l'importance des émotions et l'implication des parents dans la gestion de la douleur, il apparaît que certains éléments complémentaires pourraient venir renforcer cette approche en termes de prise en charge. Ainsi, malgré les efforts de Mélissa pour apaiser Flore et sa maman, il semble que la douleur et l'anxiété demeurent une difficulté majeure. Des lors, il devient essentiel de s'interroger sur les techniques qui pourraient aider à mieux gérer ces émotions et, en particulier, à capter l'attention de l'enfant pour la détourner du soin douloureux. En effet, la distraction, lorsqu'elle est utilisée à bon escient, semble pouvoir jouer un rôle important dans cette gestion de l'anxiété et de la douleur, en permettant à l'enfant de se concentrer sur autre chose que l'inconfort du soin.

2. Question de départ

À la suite de tous les questionnements suscités par cette situation, il m'est apparu que les éléments analysés conduisaient inévitablement à une interrogation plus précise. En effet, c'est en approfondissant mon analyse sur les interactions entre l'enfant, ses parents et le soignant, notamment en ce qui concerne la gestion des émotions et l'impact des stratégies de distraction sur la perception de la douleur que j'ai été amenée à me poser la question suivante :

Dans quelle mesure la relation parents enfant soignant influence-t-elle la gestion des émotions de l'enfant lors de soins douloureux ?

3. Cadre de référence

3.1 Relation parents enfant soignant

Dans cette première partie, j'ai choisi d'explorer dans un premier temps le développement de l'enfant, qui constitue une base essentielle pour comprendre la situation clinique et analyser les comportements de Flore face à cette situation.

Pour ce faire, je définirai tout d'abord ce qu'est un enfant. Par la suite, j'évoquerai son développement puis j'étudierai la triade relationnelle en analysant la place des parents dans cette triade puis le rôle de l'infirmière puéricultrice.

3.1.1 Définition de l'enfant

D'après la Convention Internationale des droits de l'enfant, « *Un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable.* » (UNICEF. 1989, p.6).

Plus explicitement, un enfant est considéré comme tel de sa naissance jusqu'à ses dix huit ans, l'âge de la majorité et à laquelle il devient un adulte.

Néanmoins, la perception de l'enfant a évolué tout au long des années. Effectivement, historiquement, l'enfant était perçu comme un adulte en miniature et non comme un individu à part entière avec des droits et besoins spécifiques, comme l'explique Philippe ARIÈS dans son ouvrage intitulé « *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime* » (1960) : « *L'art médiéval, jusqu'au XIIIe siècle environ, ne connaissait pas l'enfance ou ne tentait pas de la représenter* », « *On pensera plutôt qu'il n'y avait pas de place pour l'enfance dans ce monde.* » (p53 1-3).

Ce n'est qu'à partir du XVII^e siècle que l'enfance commence à être considérée comme une période distincte nécessitant éducation et protection. Ainsi, cette évolution aboutit progressivement à une reconnaissance juridique des droits de l'enfant, comme en témoigne notamment la Déclaration de Genève (1924) qui est un texte « *qui reconnaît et affirme pour la première fois l'existence de droits spécifiques aux enfants, mais surtout la responsabilité des adultes à leur égard.* »

3.1.2 Le développement de l'enfant

Parler de l'enfant implique nécessairement de prendre en compte son développement. En effet, Sigmund FREUD a beaucoup travaillé sur cela. Il explique dans sa théorie que le développement de l'enfant est marqué par différents stades allant de la naissance jusqu'à son passage à l'âge adulte. Chacun de ces stades est caractérisé par des zones érogènes.

Ainsi, nous relevons tout d'abord le stade oral, de la naissance à 18 mois. C'est le premier stade du développement de la personnalité de l'enfant. La bouche est la principale zone érogène. En effet, l'enfant cherche à satisfaire ses besoins en stimulant sa bouche par des suctions ou encore des morsures. Il explore également le monde qui l'entoure en ayant des objets dans sa bouche tel que des objets comme la tétine. FREUD souligne l'importance de subvenir aux besoins de l'enfant durant cette période, notamment par l'allaitement, car cela contribue considérablement au développement de sa confiance et de sa relation avec l'autre. Il met également en avant le fait qu'à cette période-ci, un enfant dont les besoins ne sont pas satisfaits risque d'être amené à adopter un comportement de dépendance comme boire ou fumer, recherchant ainsi une stimulation orale qui est excessive. Ensuite, il y a le stade anal, de 18 mois à 3 ans. L'enfant commence à construire sa personnalité et va entrer en conflit avec ses parents. Il commence à apprendre à contrôler ses fonctions corporelles et à éliminer ses selles lorsqu'il le souhaite. Puis vient le stade phallique ou complexe d'Œdipe, de 3 à 7 ans. L'enfant développe une certaine

fascination pour ses organes génitaux et prend conscience de la différence entre les femmes et les hommes. De fait, entre en jeu le complexe d'Œdipe, c'est-à-dire que l'enfant va avoir une attirance pour son parent de sexe opposé. Nous relevons par la suite la période de latence de 6 ans à l'adolescence. Durant cette période, il y a un apaisement des pulsions sexuelles de l'enfant. Ainsi, celui-ci va concentrer son attention sur les intersections sociales et ses relations aux autres.

Pour finir, il y a le stade génital, de l'adolescence jusqu'à la mort. Les pulsions sexuelles se réactivent mais elles sont accompagnées par un désir d'équilibre avec les autres aspects de l'existence. Ce stade représente l'aboutissement du développement psycho sexuel de l'enfant.

À présent, je vais aborder le psychologue, biologiste et épistémologue jean PIAGET, qui a également développé une théorie qui explique comment l'individu construit son intelligence au travers de ses interactions avec l'environnement. En effet, dans son ouvrage intitulé « *La naissance de l'intelligence chez l'enfant* » (1936), PIAGET explique que l'intelligence repose sur deux concepts qui sont l'assimilation et l'accommodation « *L'adaptation intellectuelle, comme tout autre, est une mise en équilibre progressive entre un mécanisme assimilateur et une accommodation complémentaire.* » (p13 L 15). Plus explicitement, en ce qui concerne l'assimilation, cela décrit le processus par lequel l'enfant va assimiler de nouvelles informations dans des schémas de pensée qu'il possède déjà. À contrario, l'accommodation est caractérisée par le procédé au cours duquel l'enfant va s'adapter à la situation en modifiant ses schémas de pensée préexistants. Ainsi, PIAGET souligne l'équilibre entre ces deux processus qui joue un rôle majeur dans le développement de l'intelligence chez l'enfant.

Il explique aussi, tout comme FREUD et dans d'autres de ses nombreux travaux, le développement cognitif de l'enfant, qui repose sur quatre stades. Nous retrouvons tout d'abord le stade sensori-moteur (naissance à 2 ans), qui décrit l'aptitude de l'enfant, en constante évolution, de découvrir le monde de par ses cinq sens et sa motricité. Ensuite vient le stade pré-opératoire (2 à 6 ans), période durant laquelle l'enfant comprend mieux le langage, certains concepts et commence à faire le lien chronologique entre les différentes phases qui se produisent. Puis il y a le stade des opérations concrètes (6 à 12 ans) qui présente le développement de la pensée de l'enfant et de son raisonnement. Pour terminer, nous relevons la dernière phase du développement cognitif d'après PIAGET à savoir le stade des opérations formelles (à partir de 12 ans). L'adolescent acquiert la capacité de raisonner de manière

conceptuelle et de ne plus seulement mener une réflexion sur des objets concrets. Il peut élaborer des hypothèses afin de les expérimenter psychologiquement et d'en retirer des conclusions. En effet, « *Avant l'adolescence, le possible est un cas particulier du réel, après c'est le réel qui devient un cas particulier du possible* » J. Piaget, « *La psychologie de l'enfant* » (1966).

Bénédicte COLINEAU explique dans son livre « *Accompagner le bébé souffrant* » que les parents occupent une place importante, qu'ils doivent faire preuve d'une implication active et subvenir aux besoins de l'enfant tout au long de son développement. COLINEAU écrit que les parents « *prennent le temps de le sécuriser.* », « *Ils adaptent son mode d'alimentation selon ses capacités, sans volonté de puissance, sans attentes inadaptées. Ils découvrent avec lui les manières « douces » de le laver, le changer, l'habiller.* » (p129). Nous comprenons que les parents apprennent à l'enfant la vie, qu'ils ont finalement une certaine responsabilité, un devoir de répondre à ses besoins et que sans eux, l'enfant est vulnérable.

3.1.3 Triade relationnel

D'après Alexandre MANOUKIAN, « *une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires.* ». Autrement dit, la relation nécessite l'intervention de deux personnes qui vont mettre en œuvre un processus qui va permettre d'alimenter et d'entretenir cette relation.

Pour Carl ROGERS, chacun des individus a les capacités de se développer et de se comprendre. Il exprime l'idée que la relation dans le domaine des soins correspond à la relation d'aide (ou la relation thérapeutique). Il explique que cette relation repose sur la rencontre véritable entre deux personnes, qui sont le thérapeute (le soignant) et le patient, où les concepts de bienveillance, d'empathie et d'écoute se font très présents. Pour ROGERS, le soignant doit faire preuve d'empathie et offrir au patient le sentiment de se sentir indépendant, et cela dans le but de permettre la meilleure des qualités de soin et le bien être du patient.

Pascale WANQUET-THIBAUT propose une évolution de cette relation en écrivant que « *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* » (p 65), extrait de son livre « *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage* » (2015). De fait, il existerait une autre relation nommée « la relation triangulaire » qui regroupe le soignant, le patient et la famille, l'accompagnant. WANQUET-THIBAUT insiste sur l'importance de la collaboration entre ses différents acteurs. De plus, « *la philosophie du soin doit intégrer et mettre en relation trois partenaires absolument indispensables* » P. WANQUET-THIBAUT (2008), nous comprenons finalement que le soin repose sur cette relation triangulaire qui inclue nécessairement 3 protagonistes comme précédemment évoqué. En effet, il y a le patient qui nécessite le fait de lui fournir les soins adaptés tout en veillant à le respecter, l'accompagnant qui joue un rôle essentiel dans l'accompagnement et le soutien du patient et enfin le soignant qui prodigue les soins et répond aux besoins du patient mais aussi aux questionnement et préoccupation de l'accompagnant en l'intégrant dans la prise en charge, dans le soin. De cette manière-là, cette triade relationnelle permet une prise en charge plus qualitative et considérablement efficace, favorisant ainsi une communication renforcée et améliorant le bien-être du patient, en l'occurrence de l'enfant dans le cadre de ma réflexion. Nous retrouvons parfaitement dans ma situation de départ cette relation triangulaire dont le soignant est représenté par Mélissa, le patient est Flore et sa mère renvoie à sa famille, à l'accompagnant.

3.1.4 Place des parents dans cette triade

Dans la triade relationnelle, et notamment dans le cadre de ma situation, nous constatons que les parents jouent un rôle majeur dans la prise en charge de leur enfant. Donald WINICOTT, un psychanalyste britannique et pédiatre, a étudié de près les premières années de la vie d'un enfant. Il évoque le couple mère-bébé dans lequel « la mère » représente la figure d'attachement de l'enfant et de faite, elle n'est pas forcément la mère à proprement parler de l'enfant (même si bien souvent c'est le cas). WINICOTT explique dans l'ouvrage « *La mère suffisamment bonne* » (1996), que la mère joue un rôle important dans la construction et le développement de la personnalité de l'enfant qui est immature et dépendant. Ainsi, il parle de la « *mère suffisamment bonne* » qui subvient aux besoins de son enfant mais sans être parfaite car elle « *répond à l'omnipotence du nourrisson et, dans une certaine mesure, elle lui donne une signification, et ce maintes et maintes fois.* », c'est finalement une mère qui trouve un équilibre

entre le « trop » et le « pas assez ». Elle laisse petit à petit son enfant se confronter à des frustrations afin qu'il puisse devenir indépendant et se développer « *La mère doit « savoir » ne pas répondre à toutes les sollicitations pour permettre le passage de l'état de dépendance totale à celui de dépendance relative* » (p 22-23 L30). Pour revenir à la situation, en nous basant sur la théorie de WINICOTT, nous soulignons que la maman de Flore, bien que très inquiète et affecté par les émotions de sa fille, assure parfaitement sa fonction d'accompagnante et de figure d'attachement quand Mélissa lui demande de se rapprocher de sa fille.

Dans son article « *Bien s'installer lors d'un soin pour être confortable et efficace* », Françoise GALLAND soutient l'idée que la présence des parents au moment de la réalisation du soin est bénéfique pour l'enfant. En effet, « *Le rôle principal du parent n'est pas de tenir l'enfant mais de le distraire.* », ainsi les parents jouent un rôle actif en tenant la main de l'enfant ou encore en lui parlant pour l'apaiser. GALLAND insiste également sur la posture adéquate des parents durant les soins. Elle préconise des manières de s'installer confortablement avec l'enfant pour l'apaiser tout autant que son intervention sera facilitée « *En fonction du soin et de la taille de l'enfant, le parent peut se mettre à la tête, de face ou à côté de lui, en contrebas, l'installer sur ses genoux, le prendre dans les bras...* » Elle met aussi en lumière le caractère essentiel des consignes médicales à respecter par les parents afin d'assurer des soins dans de bonnes conditions. C'est par toutes ses initiatives que les parents jouent un rôle considérable et peuvent véritablement contribuer aux bien-être et à la prise en charge de leur enfant et ainsi former « une équipe » avec le soignant car « *Quand chacun trouve sa place le soin est confortable et efficace !* »

Pascale WANQUET-THIBAUT insiste aussi sur ce point en écrivant dans son ouvrage « *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage* » paru en 2015 que « *la présence des parents lors des soins douloureux constitue une aide pour l'enfant* ». Nous comprenons ainsi que cette présence constitue avant tout un repère pour l'enfant dans un environnement qui lui est inconnu. Ainsi, ses parents tendent à réduire son anxiété et sa peur et permettent une meilleure coopération de l'enfant et de faite une prise en charge optimale. L'article « *la distraction lors des soins douloureux en pédiatrie* » de la revue des « *Cahiers de la puériculture* » volume 56, met en évidence ce point en expliquant que les parents sont « *acteurs lors du soin, ce qui diminue leur appréhension et celle de leur enfant.* ». Le fait qu'ils

participent eux-mêmes à la réalisation du soin réduit leurs craintes et permet ainsi « *de faciliter les expériences de soins ultérieures.* » et de leur offrir une expérience positive du soin.

De plus, selon l'article 2 de la charte de l'enfant hospitalisé de 1988, « *Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.* » ce qui met en lumière encore une fois l'importance de la place des parents qui est plus qu'indispensable dans la prise en charge de l'enfant lors des soins, ils connaissent le mieux leur enfant et fournissent des informations sur lui (des centres d'intérêts, ses préférences, films et séries préférées) à l'infirmière qui vont lui permettre une prise en charge unique et propre à l'enfant.

3.1.5 Rôle de l'infirmière puéricultrice au sein de la triade

Nous allons nous intéresser ensuite au rôle de l'infirmière puéricultrice. Mais en quoi consiste précisément cette spécialité du métier d'infirmier ? D'après le ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, l'infirmier (ère) puériculteur /trice prend bien sûr en charge les enfants et leurs parents, « *Les infirmières puéricultrices et infirmiers puériculteurs doivent apprécier le contact avec les enfants et leurs parents et apprécier de travailler en équipe.* » tout en ayant l'ensemble des connaissances nécessaires basés sur l'enfant. Ils travaillent en équipe pluridisciplinaire, « *accueillent, écoutent les familles, recueillent les informations relatives à l'enfant et informent les familles du déroulement de l'accueil de leur enfant* » ou encore « *proposent et organisent avec l'équipe éducative des activités d'éveil visant à accompagner l'enfant vers l'autonomie et l'apprentissage de la vie sociale* ». L'infirmier-ère puericultrice prodigue les soins médicaux aux enfants et accompagne les parents. Ainsi, elle joue un rôle important dans la triade. Marie Françoise COLLIÈRE explique dans son livre « *Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers* » que le soin infirmier ne se résume pas seulement à l'élaboration de soin mais que c'est bien plus que cela, l'infirmière se doit de maintenir la vie par le biais du soin relationnel qui est le pilier de la guérison. En effet, elle écrit qu'« *Il y a élargissement du champ de compétence du travail*

infirmier qui dépasse la seule exécution de la prescription médicale » (p 155, L22). De plus, elle dit que *« C'est la relation avec le malade qui devient le pivot des soins en ce sens qu'elle est à la fois le moyen de connaître le malade et de comprendre ce qu'il a, en même temps qu'elle détient elle-même un pouvoir thérapeutique. »* (p155, L 15). Elle exprime l'idée que cette relation permet de faciliter l'acceptation des soins techniques car elle donne la possibilité au soignant de recueillir des informations, de connaître le patient, de mieux comprendre ses besoins et ses attentes et ainsi, d'y adapter son accompagnement. C'est de cette manière-là que le travail de l'infirmière puéricultrice occupe une place fondamentale au cœur de la triade en assurant continuellement une relation de soin qui se doit d'être optimale, incluant à la fois les parents et l'enfant. Nous pouvons illustrer cela au travers de l'exemple suivant : Un enfant hospitalisé, de par sa peur et son anxiété, refuse que l'on lui pose une perfusion. De fait, une approche purement technique de la part de l'infirmière correspondrait à ne pas s'interroger sur son ressenti. Néanmoins, une infirmière qui favorise une approche basée sur le relationnel va dans un premier temps chercher à mettre en place une relation de confiance avec lui en lui expliquant le déroulé du soin, en lui parlant calmement, en demandant au parent de rassurer leur enfant ou encore en utilisant une peluche ou un jeu, ce qui nous renvoie aux techniques de distraction énoncées par l'association Sparadrap. Suite à cette stratégie, l'enfant se sent plus en sécurité et accepte mieux la perfusion.

3.2 Les Émotions

Les émotions sont au cœur du soin notamment en pédiatrie. Ainsi, je définirai ce qu'est une émotion avant d'aborder les émotions chez l'enfant. Puis, je parlerais de la distraction en évoquant son objectif et ses diverses méthodes mises en œuvre dans les soins.

3.2.1 Définition de l'émotion

Dans cette deuxième partie, nous allons bien évidemment aborder les émotions qui se font très présentes dans ma situation. D'après le dictionnaire du Larousse, une émotion se définit comme étant une *« Réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement. »*

3.2.2 Les émotions chez l'enfant

Le professeur de psychologie Édouard GENTAZ a travaillé sur les compétences émotionnelles et les définit ainsi : « *Les compétences émotionnelles peuvent se définir par la manière dont les individus identifient, expriment, comprennent, utilisent et régulent leurs émotions et celles d'autrui* » dans son œuvre intitulée « *Les cahiers dynamiques : Émotions et travail éducatifs* » (2017). Il explique que l'enfant va progressivement s'approprier, distinguer et comprendre ses émotions. En effet, l'enfant va, en premier lieu et aux environs de 7 mois, commencer à avoir la capacité « *de discriminer visuellement ou auditivement certaines émotions entre elles : les émotions primaires (joie, surprise, peur, colère, dégoût, tristesse)* », il se base sur son entourage qui lui offre les informations émotionnelles. Puis à l'âge de 2 ans, « *l'enfant est capable d'une première catégorisation verbale de certaines émotions de base.* », c'est-à-dire qu'il commence à parler et donc à exprimer ses émotions par le langage. Jusqu'à ses 4 ans, l'enfant débute aussi la compréhension que ses émotions peuvent être influencée par l'incidence de certains souvenirs d'événements externes. Par exemple, si un enfant fait du vélo et tombe en se faisant mal, il va pleurer et va comprendre que sa tristesse et ses pleures sont dus à sa douleur et ainsi, il va associer l'émotion de la tristesse à sa douleur qu'il a eu en tombant de son vélo. Ensuite, GENTAZ explique qu'à partir de l'âge de 5 ans, l'enfant commence à prendre conscience de l'influence de ses volontés sur ses émotions « *À partir de 5 ans, l'enfant commence à comprendre l'influence des désirs sur les émotions* » et que vers 6-7ans, ses croyances (c'est-à-dire sa réalité, ce qu'il pense être vrai) et ses perceptions jouent aussi un rôle dans ses émotions. À cet âge, il arrive à faire la différence entre ce que l'on veut montrer (le paraître) et la réalité et donc à se rendre compte qu'une personne peut par exemple cacher sa tristesse en faisant semblant d'être joyeuse. Puis à partir de 8 ou 9 ans entre en jeu les « *les règles morales sur certaines émotions* », cela signifie que l'enfant peut éprouvé de la honte, du regret ou de la culpabilité suite à un acte qu'il a fait et qu'il considère comme « pas bien ». Vient ensuite la notion des « émotions mixtes » entre 9 et 10 ans, période à laquelle l'enfant parvient peu à peu à être en mesure de ressentir de façon concomitante maintes émotions différentes. Ainsi, Edouard GENTAZ explique que les émotions influencent directement la manière dont l'enfant se comporte et agit.

Pour revenir aux émotions, nous pouvons définir certaines des émotions primaires. Ainsi, nous relevons tout d'abord la peur qui est « *une émotion qui accompagne la prise de conscience d'un danger, d'une menace.* » d'après le Petit Robert. Puis il y a la joie qui est « *un sentiment de plaisir, de bonheur intense, caractérisé par sa plénitude et sa durée limitée, et éprouvé par quelqu'un dont une aspiration, un désir est satisfait ou en voie de l'être.* » (Larousse). Enfin nous terminons avec la tristesse qui se caractérise comme « *un état affectif pénible et durable ; envahissement de la conscience par une douleur morale qui empêche de se réjouir du reste.* » (Le Petit Robert). Ainsi, dans le cadre du soin, ses émotions peuvent impacter son déroulement, comme nous l'explique l'article « *La gestion des émotions chez l'enfant de 6 à 12 ans lors d'un soin douloureux en urgences pédiatriques* » d'Émilie LEMAIRE. Durant les soins, les enfants font souvent preuve d'anxiété et de peur en criant. En effet, « *les professionnelles évoquent principalement comme émotions ressenties par l'enfant lors des soins la peur et l'angoisse, [...] qui se caractérisent par des cris, des pleurs ou encore un refus de soin.* » Autrement dit, plus l'enfant éprouve de la peur, plus il sera anxieux et pas à l'aise, plus il n'aura pas confiance et moins il sera coopérant ce qui rendra la prise en charge difficile et parfois même la réalisation du soin impossible.

L'enfant a également « *peur de l'inconnu* » du fait qu'il ne connaît pas l'environnement dans lequel il se trouve, où l'« *on y parle un langage qu'il n'a pas appris, il y découvre des gestes qui peuvent le surprendre* » d'après l'association Sparadrap. Cela peut ainsi entraîner un « *blocage* » de la part de l'enfant qui ne va pas communiquer et aider lors du soin. Nous pouvons appuyer ses propos avec l'article « *La satisfaction à l'hôpital. Aspects émotionnels et relationnels dans des entretiens avec des enfants de six à douze ans* » qui regroupe plusieurs témoignages d'enfant dont un qui dit : « *Ça faisait un petit peu peur, y'avait des machins, des machines, tout.* » ce qui renvoie à l'environnement médical, à l'hôpital.

3.2.3 Définition de la distraction

Pour terminer, nous allons travailler sur la distraction. D'après l'article « *Techniques de distraction : stratégies efficaces pour aider votre enfant à composer avec le stress et l'anxiété* », du site internet « *soinsadomicilepourenfant.com* », « *La distraction est une méthode (modification du comportement) qui aide un enfant (ou un adulte !) à recentrer son attention sur une activité préférée afin de moins se concentrer sur la douleur et l'inconfort provenant d'une procédure médicale ou d'une activité moins désirée (...mais nécessaire).* ». L'étymologie de ce mot vient du latin « *distratio, -onis* » et signifie « *déchirement, séparation* » selon l'article « *Mise au point distraction lors des soins* » de Pédiadol.

3.2.4 Intérêt de la distraction

De nos jours, la distraction est un concept très utilisé dans bons nombres de domaines dont celui de la santé et particulièrement en pédiatrie. L'association Sparadrap est une association spécialisée dans le but d'aider et de permettre aux enfants une amélioration de leur accueil et de leur prise en charge dans le domaine médical. Cette association introduit justement la distraction dans les soins comme étant importante et ayant une portée considérable sur le bon déroulement de la prise en charge de l'enfant soigné. Effectivement, d'après la vidéo intitulée « *À vous de jouer ! La distraction des enfants lors des soins -version courte* » de la chaîne YouTube « *association SPARADRAP* », « *Il y aura les médicaments qui vont permettre de lutter contre le caractère douloureux sensoriel et puis la distraction qui va lutter contre la composante émotionnelle affective et cognitive* ». Ainsi l'intérêt de cette distraction et de faire en sorte que le soin se passe dans la meilleure des conditions pour éviter que dans le futur l'enfant développe un traumatisme associé à ses soins, que l'enfant se sente en confiance, que son anxiété et sa douleur diminue considérablement et que cela favorise une meilleure coopération avec lui. Elle permet aussi de faire participer les parents à la prise en charge de leur propre enfant, comme précédemment évoqué. Toujours d'après l'association Sparadrap mais cette fois-ci nous allons nous appuyer sur l'article « *Distraire les enfants lors des soins* », la distraction présente « *un enjeu à court et long terme* » permettant de rassurer l'inquiétude des enfants et de garantir la réalisation du soin dans une atmosphère sereine avantageuse pour le soignant, l'enfant et les parents et d'éviter « *au maximum la contention de l'enfant* ». Citons

une nouvelle fois l'article de Pédiadol « *Mise au point distraction lors des soins* » qui souligne aussi que l'objectif est de « *dissocier (c'est-à-dire séparer) la pensée de l'enfant de ce qui lui fait peur ou mal* ». Nous comprenons ainsi qu'elle a pour rôle de capter l'attention de l'enfant pour qu'il oublie ou ne se concentre plus sur le soin médical. De plus, il est également indispensable d'adapter la distraction selon l'enfant dont les professionnels de santé ont la charge, et cela afin de mettre en œuvre une distraction efficace et conséquente. Ainsi, il faut connaître les goûts de l'enfant, ses habitudes, ses préférences et activités favorites qui seront un atout car utiles lors du soin. Cela nous renvoie à l'importance de la présence et au rôle des parents dans la triade parents-enfant-soignant, les parents connaissent leur enfant par « cœur » et vont pouvoir ainsi apporter une aide considérable au soignant pour une réalisation du soin qualitatif et optimale.

De plus, cette distraction est bénéfique pour tous, c'est-à-dire pour les parents, les enfants mais aussi les soignants, comme l'explique l'article « *la distraction lors des soins douloureux en pédiatrie* » de la revue « *Cahiers de la puéricultrice* » volume 56. En effet, « *Le ressenti des soignants est très positif. Grâce à cette méthode, les soignants ont moins le sentiment d'être un vecteur de souffrance.* », elle permet de réduire la charge émotionnelle du soignant qui peut être amené à éprouver un sentiment de culpabilité face à une situation où il est conscient d'être à l'origine d'une souffrance chez l'enfant dont il a la charge, bien que nécessaire. Grâce à la distraction, le fait de se retrouver face à un enfant beaucoup moins anxieux et en confiance permet au soignant d'exercer son devoir de manière apaisé.

Selon l'article « *Hypnose et pédiatrie : Un enjeu d'enfants* » (2017), l'hypnose, qui fait partie de la distraction est « *Utilisée pour soulager des douleurs chroniques, apaiser des phobies ou permettre une meilleure gestion du stress* ». Si nous prenons l'exemple d'une expérience présentée dans l'article « *Hypnose et pédiatrie* » de S.Bodenreider et B.Charron, l'hypnose est utilisée lorsque l'enfant va être opéré. Plus explicitement, elle commence durant la consultation d'anesthésie durant laquelle le cours de son passage au bloc opératoire lui sera suggéré « *ça va être très bien, très confortable* » « *je ne sais pas à quel point tu seras surpris quand je te dirai que tout est terminé* ». Cela va ainsi permettre à l'enfant d'avoir des « *prédictions auto-réalisantes* », il sera ainsi moins anxieux et plus en confiance.

3.2.5 Techniques de distraction lors des soins

Ainsi, nous aurions tendance à émettre l'hypothèse que la distraction se manifeste lorsque l'acte médical débute mais selon l'article « *techniques de distraction : stratégies efficaces pour aider votre enfant à composer avec le stress et l'anxiété* » du site internet « soins complexes à domicile pour enfants », la distraction doit invariablement commencer avant le soin. Cela permet de créer comme précédemment évoquer, un climat de confiance et de réduire la douleur, l'anxiété et l'appréhension en amont. L'association Sparadrap dans son article « *Distraire son enfant lors d'un soin : comment faire ?* » explique que dans l'idéal et bien sûr quand la situation le permet, il est préférable que ce soit une seule et même personne qui doit distraire l'enfant, cela peut être un soignant mais aussi un parent qui, lui, connaît parfaitement les centres d'intérêts de son enfant.

De fait, plusieurs techniques de distraction sont mises en place lors de soins. Sommairement, nous pouvons caractériser trois grandes catégories d'âges selon l'article « Les essentiels de la distraction » (2015) de l'association Sparadrap à savoir les enfants de la naissance à 3 ans, de 4 à 10 ans et les plus de 11 ans. Ainsi, suivant l'âge de l'enfant, les techniques de distractions utilisées vont être différentes. En effet, elles vont être basées sur des jouets visuels pour les plus petits afin de stimuler leur capacité sensori-motrice encore peu développée, il y a donc lieu à l'utilisation de marionnette à doigt ou encore de hochets lumineux. Ensuite pour les enfants un peu plus grands jusqu'à l'âge de 10 ans, il y a recours à des techniques de distraction plus interactives et cognitives tel que des illusions d'optique dans des livres animés et stéréogrammes, des jeux de réflexion. Puis pour les adolescents, des tablettes tactiles, écrans de télévision ou encore MP3 sont mise en place. Les adolescents peuvent aussi « *apprécier qu'on leur lance un défi* « *Je parie que j'aurai fini le soin avant que tu aies trouvé les 7 différences sur l'illustration !* » » d'après l'article « *Distraire les enfants lors des soins* » de l'association Sparadrap. Il y a aussi le meopa qui est beaucoup utilisés chez toutes les tranches d'âges de l'enfant, en effet, l'article « *Gestion des actes douloureux. Approches thérapeutiques simples* » de Pédiadol, explique que « *Parmi les moyens pharmacologiques* » utilisés figure « *le mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote* » qui « *associe un effet antalgique et anxiolytique qui se renforcent mutuellement.* ».

Nous relevons également l'hypnose, comme déjà évoqué précédemment, qui s'avère être très utilisés dans le domaine de la santé comme nous le confirme l'ouvrage « *Hypnose en soins infirmiers* » (2016) d'Élisabeth Barbier et Rémi Etienne qui explique que « *l'hypnose, utilisée dans différentes situations de soins et de nombreux essais cliniques a démontré son efficacité dans le domaine de la prise en charge de la douleur et des symptômes.* » (p120). L'hypnose peut se définir comme étant « *un mode de relation privilégié avec soi-même et les autres qui permet d'accéder, grâce à un état modifié de conscience, à une appréhension et une perception différente des événements ou des sensations.* » selon l'article « *Hypnose et pédiatrie : Un enjeu d'enfants* » (2017). Nous pouvons reprendre et développer un peu plus le même exemple que plus haut concernant une expérience présentée dans l'article « *Hypnose et pédiatrie* » de S.Bodenreider et B.Charron, mettant en avant l'hypnose utilisée chez un enfant qui va être opéré. En effet, lorsque l'enfant descend au bloc, les soignants lui conte une histoire, il lui suggère « *une envie de rire, des « orteils qui rigolent », « des doigts qui chatouillent.* » tout en faisant vivre l'histoire en incorporant « *les bruits et sensations environnantes.* » comme par exemple le froid ou la chaleur pour les sensations environnantes et les alarmes des dispositifs médicaux et les discussions pour les bruits.

Ainsi, plusieurs acteurs interviennent dans cette distraction. Parmi eux, le binôme puéricultrice-auxiliaire de puériculture y joue un rôle important. D'après l'article « *Rôle de l'AP et collaboration avec l'infirmière* » (9 juin, 2024), l'auxiliaire de puériculture travaille en parfaite collaboration et concordance avec l'infirmière puéricultrice et chacune d'elle ont une fonction complémentaire car « *Les infirmières apportent leur expertise médicale, tandis que les AP sont les yeux et les oreilles sur le terrain, en contact directe avec les jeunes enfants et les parents.* ». Ainsi, lors de la distraction, l'auxiliaire de puériculture s'implique dans l'utilisation des chansons, des jeux, des histoires ou des jouets sensoriels pour captiver l'attention de l'enfant ce qui permet à l'infirmière de puériculture de mener à bien le soin sans embûche. De son côté, l'infirmière puéricultrice coordonne les actions et l'adaptation des techniques de distraction par rapport à la situation. Bien évidemment, elle supervise aussi les soins médicaux. C'est en ce sens que ce binôme œuvre en complémentarité et permet une distraction sans encombre d'une part car elles sont finalement dépendantes l'une de l'autre, et d'autre part parce que sans ce binôme, l'espérance de la réalisation d'une distraction efficace est presque nulle.

4. Enquête exploratoire

4.1 Méthodologie utilisée

Dans le cadre de cette enquête exploratoire, je présenterais l'outil méthodologique utilisé, à savoir l'entretien semi-directif. Je détaillerai ensuite le choix concernant la population interrogée et les différents lieux de l'enquête.

4.1.1 L'entretien semi-directif

Ainsi, afin de réaliser mon enquête exploratoire, mon choix s'est porté sur la réalisation d'entretiens semi-directifs. Cette méthode me semble la plus appropriée et pertinente pour recueillir des éléments qui se rapprochent le plus de l'expérience des professionnels de santé interrogés en pédiatrie. Je souligne également que pour favoriser un échange fluide et approfondir certains propos, j'ai eu recours à des questions de relance, tout en m'appuyant sur un guide d'entretien préalablement élaboré, structuré à partir des principaux axes de mon cadre de référence.

4.1.2 Population choisie et lieu d'enquête

Pour mener à bien mon travail de recherche, j'ai choisi d'interroger des professionnels de santé exerçants en pédiatrie. Ainsi, j'ai réalisé quatre entretiens semi-directifs dans le même établissement de santé, à savoir un auprès d'une puéricultrice et d'une auxiliaire de puériculture qui travaillaient en pédiatrie grands enfants, d'une puéricultrice qui travaillait aux urgences pédiatriques et enfin d'une puéricultrice qui travaillait en pédiatrie petits enfants. J'ai privilégié ces divers lieux d'enquête car j'émetts l'hypothèse que les pratiques professionnelles telles que la gestion des émotions de l'enfant, et ainsi les techniques de distractions, diffèrent selon l'environnement, aux contraintes et aux organisations parfois très différentes.

4.2 Réalisation de l'enquête

Pour veiller à la mise en œuvre de mon enquête, j'ai fait une demande d'autorisation, par email, auprès de l'établissement de santé concerné qui m'a répondu favorablement (Annexe 2). J'ai ainsi contacté les cadres de chacun des services que je souhaitais interroger afin de planifier les rendez-vous. Néanmoins, je me devais de poser des jours de repos à chaque entretien que je réalisais car je n'étais pas en stage dans l'établissement de santé dans lequel je réalisais ces entretiens. De plus, pour chaque service, je devais venir à des horaires différents. En effet, j'avais un rendez-vous de planifié à 13h30 dans le service de pédiatrie des grands enfants et des petites enfants, puis en ce qui concerne les urgences pédiatriques, c'était à 8h car c'est le moment où les professionnels sont le plus libre et ont plus de temps à me consacrer. Ainsi, chacun de mes entretiens a été réaliser dans le service d'exercice des professionnels de santé que j'ai questionné.

Je précise qu'avant chaque entretien que j'ai réalisé, j'ai demandé au soignants interrogés leur autorisation pour pouvoir les enregistrer et ensuite retranscrire nos échanges dans le cadre de mon travail de recherche, ils m'ont tous donné leur accord sans réserve. J'ai donc indiqué à chaque entretien que l'anonymat des personnes serait préservé et ainsi, j'ai assigné des noms fictifs aux personnels soignants.

Au cours de mon premiers entretien que j'ai réalisé dans le service pédiatrique des grands enfants, la puéricultrice m'a très vite mise à l'aise notamment, en me disant de la tutoyer car « *je suis sa futur collègue* ». De plus, elle me précise qu'elle apprécie beaucoup le thème de mon mémoire. De fait, le déroulement de mon enquête s'est très bien passé, même si à mon arrivée j'ai dû attendre 20 minutes car le personnel soignant était occupé à effectuer un soin.

En ce qui concerne mon deuxième entretien qui lui aussi s'est déroulé en pédiatrie, chez les grands enfants, l'auxiliaire de puériculture n'était pas au courant de ma venue et s'est directement proposé pour participer à mon enquête. Cela a beaucoup facilité notre échange en instaurant un climat de confiance et de bienveillance autour de notre échange. De plus, je voulais voir les différences de pratiques entre une auxiliaire de puériculture et une puéricultrice.

Pour ce qui est de mon troisième entretiens effectué aux urgences pédiatriques, la puéricultrice que j'ai interrogée n'était également pas informé de ma visite. De plus, j'ai ressenti au cours de l'entretien qu'elle ne disposait de pas beaucoup de temps à me consacrer ce qui explique les réponses courtes qu'elle me donnait.

Durant mon dernier entretien que j'ai fait en pédiatrie chez les petits enfants, la puéricultrice questionnée voulait savoir, avant de commencer l'entretien, ce sur quoi porterai les questions que j'allais lui poser. Elle savait donc quelles interrogations j'allais formules mais elle était très intéressée par mon sujet de mémoire et m'a offert des réponses riches et pertinentes.

4.3 Résultats de l'enquête

Je vais à présent introduire de manière synthétique chacun des entretiens réalisés, avant d'en proposer une analyse structurée autour des différents thèmes explorés lors de mon cadre de référence. Les données issues de ces entretiens figurent en annexe 3,4,5 et 6.

4.3.1 Présentation synthétique des entretiens

Entretien N°1

La première puéricultrice interrogée se nomme Vanessa. L'entretien a duré 13 :45 minutes. Elle travail dans le service pédiatrique des grands enfants depuis janvier 2008. Elle a commencé à travailler chez les enfants en 2008 jusqu'en 2013, puis elle est partie travailler deux ans en Nouvelle-Calédonie réa néonatalogie et ce jusqu'en 2015. Puis elle est revenue sur l'hôpital et a tourné sur tout le « pôle mère enfant ». En 2019, elle est allée travailler cinq ans dans un centre pour enfants polyhandicapés à Nîmes. Depuis septembre 2024, elle alterne entre le service pédiatrique des grands et des petits enfants. Vanessa accorde une place importante, voir essentiel, aux parents dans le soin en les faisant participer activement, mais aussi en leur donnant un objectif sur lequel il se fixe. Elle souligne également la fonction de l'auxiliaire de puériculture qui est plus qu'indispensable et qui lui permet la réalisation du soin la plus optimale.

Entretien N°2

L'auxiliaire de puériculture que j'ai interrogée s'appelle Dina. L'entretien a duré 13 :19 minutes. Elle est auxiliaire depuis 2004. Elle a commencé à travailler en crèche et a ensuite commencé travailler à l'hôpital en 2006. Elle a travaillé pendant huit ans dans le service pédiatrique des grands enfants puis elle est partie un an faire une année d'étude à l'extérieur. Par la suite, elle est revenue et tourne sur tous le « pole mère enfants ». Dina accorde, tout comme Vanessa, une place importante aux parents lors des soins en les incitant à rassurer leur enfant de par le dialogue, les chansons ou le contact physique. D'autre part, elle met en lumière le rôle de médiateur que les soignants exercent entre le parent et son enfant. En ce qui concerne la gestion des émotions, elle insiste sur l'importance de respecter et d'accompagner les émotions de l'enfant notamment par la parole. Enfin, elle évoque quelques techniques de distraction qu'elle utilise souvent.

Entretien N°3

La deuxième puéricultrice que j'ai interrogée se nomme Maude. L'entretien a duré 06 :02 minutes. Elle est puéricultrice depuis 4 ans. Avant cela, elle était infirmière et travaillai au bloc. Depuis qu'elle est infirmière puéricultrice diplômé d'Etat, elle a travaillé 2 ans de nuit dans le service pédiatrique des petits enfants et cela fait ensuite 2 ans qu'elle tourne sur le « pôle mère enfant » et travail dans tous les services de pédiatrie de l'hôpital. Maude accorde une très grande importance au rôle de l'auxiliaire de puériculture, notamment en évoquant la complémentarité de celle-ci. Elle nous parle également de la communication qui est pour elle primordiale pour gérer les émotions de l'enfant, mais aussi différentes techniques de distractions tel que le meopa ou encore l'emla. Elle exprime par la suite l'intérêt à court et à long terme que la distraction engendre et que cela change totalement la prise en charge de l'enfant.

Entretien N°4 :

La troisième est dernière puéricultrice que j'ai interrogée se nomme Valérie. L'entretien a duré 17 :07 minutes. Elle a fait la spécialisation pour être puéricultrice 7 ans après qu'elle soit entrée en école d'infirmière. De fait, cela fait 22 ans qu'elle travaille dans le service pédiatrique des petits enfants qui regroupe de la chirurgie et de la médecine. Valérie met en évidence la fonction qui diffère entre la puéricultrice et l'auxiliaire de puériculture en expliquant que les puéricultrices se concentrent sur le soin technique et que les auxiliaires se consacrent plus à la distraction et au relationnel. Cependant, elle évoque plusieurs types de distraction qui vont être mises en œuvre en fonction de l'âge de l'enfant afin de mieux répondre à ses besoins. Elle évoque aussi l'adaptabilité des soignants suivant le contexte et la situation.

4.3.2 Analyse des entretiens

- **La triade parent, enfant, soignants**

Le thème de mon travail de fin d'étude repose sur la triade relationnelle et de faite, sur le rôle de chacun des acteurs qui composent cette triade. C'est en ce sens que j'ai voulu en apprendre davantage sur le rôle des parents ainsi que des soignants dans le soin. Ainsi, j'analyserai plusieurs sous thèmes dans cette partie à savoir la place des parents et leur rôle dans le soin ainsi que celui des soignants.

Place des parents dans le soin

Au cours de mes différents entretiens, j'ai constaté que les soignants mettent en lumière l'importance de la place des parents dans le soin, qu'elle n'est pas simplement tolérée mais considérée comme essentielle. En effet, Vanessa dit que « *c'est une priorité* » (IDE 1, L 21) et explique qu'elle ne leur pose même plus la question, qu'« *ils sont bien sûr euh toujours présent* ». (IDE 1, L 15). Elle ajoute aussi par la suite que « *maintenant ils sont présents dans tous les soins, fin c'est même pas impensable d'eux qui participent pas aux soins* ». (IDE 1, L

161-162). Elle évoque cependant aussi le fait que « *l'enfant a son mot à dire* » (IDE 1, L 17) et que si l'enfant ne veut pas ou bien que les parents ne se sentent pas, « *c'est eux qui décident* » (IDE 1, L 17), « *et même des fois ça nous paraît bizarre qu'ils ne veulent pas venir, mais on le comprend tout à fait.* » (IDE 1, L 162-163). Cela montre donc que les soignants s'adaptent à la situation et à l'âge de l'enfant et que tout en recherchant la présence du parent dans les soins, ils ne vont pas à l'encontre du souhait de l'enfant. Dina, l'auxiliaire de puériculture, rejoint Vanessa en exprimant l'idée que « *les parents, il faut qu'ils soient présents heu auprès de leur enfant, leur tenir la main, les rassurer.* » (AP, L 17-18). Elle ajoute également que les soignants réalisent très rarement les soins sans les parents et explique « *qu'ils vont nous accompagner en... en salle de soins pour euh pour être auprès de leurs enfants hein.* » (AP, L 63- 64). Maude, la deuxième puéricultrice interrogée exprime l'idée que leur place, « *c'est la principale parce que si t'as pas les parents euh moi je trouve que t'arrives pas forcément à faire le soin correctement.* » (IDE 2, L 9-10). Plus explicitement, elle explique que sans les parents, il y a un deux poids deux mesures, que les parents sont ceux qui vont permettre la meilleure des prises en charge pour leur enfant, pour elle, leur place est « *essentiel* » (IDE 2, L 13). Valérie, la troisième puéricultrice que j'ai interrogée, rejoint les autres soignantes en soulignant que « *le parent est complètement intégré dans le soin hein parce que on fait pas de soin, très très peu de soin euh sans les parents.* » (IDE 3, L 10-11). Elle explique par la suite que « *l'enfant est un peu perdu sans les parents* » (IDE 3, L 14) ce qui encore une fois vient appuyer sur l'importance de la place qu'occupe les parents dans cette triade relationnel. Elle explique ensuite qu'il y a des parents qui ne se sentent pas d'accompagner l'enfant lors de la réalisation du soin et rejoint donc les propos de Vanessa. Elle souligne ainsi le fait que la venue des parents dans le soin est « *proposée, mais pas imposé non plus* » (IDE 3, L 17-18). Ainsi, cela souligne l'idée que les soignants respectent la limite des parents et que leur place est reconnue, valorisée mais jamais imposée.

Ainsi, pour l'ensemble des services interrogés, la place des parents est reconnue comme indispensable permettant à la fois le bon déroulement des soins et le bien être des enfants. Il convient maintenant de s'intéresser sur leur rôle dans le soin.

Rôle des parents dans le soin

Nous avons pu voir que les soignantes interrogées insistaient sur le rôle fondamentalement importante et essentiel des parents dans la relation de soin. Ainsi, il semble judicieux de se concentrer sur le rôle qu'ils présentent dans la prise en charge de leur enfant. Dans chacun des services interrogés en ressort l'idée de l'importance du rôle rassurant du parent auprès de son enfant car il le connaît mieux que quiconque et qu'il est en mesure de l'apaiser durant le soin. Dina, l'auxiliaire de puériculture, dit que les parents sont présents pour « *rassurer* » leur enfant, « *leur tenir la main* » (AP, L 18). Elle ajoute également qu'« *on essaye de les accompagner au mieux pour leur dire d'être heu proche de leurs enfants, de les aider, leurs chanter des chansons, les rassurer, de leur parler voilà.* » (AP, L 22-24). Elle explique ensuite que les parents participent à la distraction de leur enfant, que les soignants leur donnent des idées. Vanessa nous dit que les parents « *ont déjà un rôle souvent prédéfinis parce qu'on utilise beaucoup le meopa, le gaz hilarant.* » (IDE 1, L 29-30). Elle explique par la suite que les parents, souvent lors de soin douloureux, tiennent ce masque et que cela « *leur donne un but* » (IDE 1, L 33), que cela leur permet d'être au plus proche de leur enfant car ce sont « *des soins voilà qui sont un peu stressant pour eux et pour les enfants* » (IDE 1, L 32-33). Elle ajoute aussi que « *leur euh travail c'est euh de distraire l'enfant de lui parler de garder le contact avec, et euh d'être avec eux, qui s'occupe pas du soin.* » (IDE 1, L 39-40). Autrement dit, nous comprenons de par ses dires que le parent symbolise une proximité affective à laquelle l'enfant va se raccrocher, les soignants vont donc s'appuyer sur cela pour apaiser l'anxiété, le stress et la peur ressentie par l'enfant. Cela nous renvoie à Françoise GALLAND que nous avons vue dans mon cadre de référence et qui soulève le fait que la présence des parents est favorable pour l'enfant lors de la réalisation du soin. Maude insiste plus sur le fait que les parents vont l'aider « *après ce que je leur demande s'ils peuvent m'aider quoi, fin voilà je veux vraiment essayer de de montrer qu'ils sont importants et euh et voilà je pense.* » (IDE 2, L 18-20). Un peu plus loin dans l'entretien, elle exprime l'idée que les parents vont jouer un rôle dans la gestion des émotions chez l'enfant « *je pense que les parents sont là aussi pour contenir un peu ses émotions* » (IDE 2, L 27-28). Valérie rejoint Vanessa et Dina sur le fait que les parents ont leur propre rôle, « *eux on leur donne le sucre doux avec la sucette, on leur explique comment il faut donner donc du coup ils sont quand même acteurs, ils ont pas l'impression d'être là passif*

comment je fais. Ou quand on met heu quand on utilise des jeux ou des choses comme ça donc les parents souvent ils prennent le relais sur les jeux. Et les plus grands, souvent ils tiennent un peu le méopa. Souvent y y'a des fois on leur dit ben « tenez tenez »» (IDE 3, L 32-36). Elle explique tout comme Vanessa qu'ils tiennent le méopa , qu'« ils sont avec leurs enfants et au plus proche de leur tête » (IDE 3, L 39), elle explique qu'ils deviennent donc acteurs dans la réalisation du soin et la prise en charge de leur enfant. De fait, chaque professionnel de santé interrogé met en avant l'importance du rôle du parent dans le soin et de les rendre acteur dans le soin. Cependant, comme le souligne Dina, l'auxiliaire de puériculture, il y a des parents qui vont plus être dans la difficulté et moins à l'aise « il y en a qui le font de manière assez naturelle et d'autres qui ont besoin d'être un peu poussés parce qu'ils sont soit dans l'émotion heu soit ils savent pas vraiment comment gérer puisque ça s'est jamais présenté à eux, soit ils sont un peu aussi dans la pudeur, ça peut arriver » (AP, L 19-22). Elle développe par la suite en disant que les soignants sont là pour les accompagner au mieux et en quelque sorte les guider tout au long de la réalisation du soin et de la prise en charge de leur enfant. Nous comprenons ainsi que les soignants, qu'ils soient puériculteur ou auxiliaire de puériculture, prennent en compte le bien-être de l'enfant mais aussi du parent.

Ainsi, c'est en ce sens que les parents ont un rôle indispensable lors de la réalisation des soins de leur enfant et de leur prise en charge. Nous constatons au fil de ces entretiens que les soignants participent activement à l'intégration des parents dans la prise en charge de leur enfant.

Rôle des soignants

Comme nous l'avons vu précédemment, toutes les soignantes interrogées dans les différents services expriment l'importance de maintenir une relation de soin avec l'enfant mais aussi le parent. Ainsi, nous comprenons que les professionnels de santé ont un rôle relationnel, c'est-à-dire créer et faire accroître une relation de confiance avec le parent et l'enfant, que les soignants sont là pour l'enfant et le parent. C'est ce qu'exprime Vanessa en disant que « un parent euh c'est leur enfant qui est là et on est là aussi autant pour eux que pour les enfants en faite. » (IDE 1, L 167-168). Elle dit également qu'« on doit garder le... la relation le contact avec l'enfant et et les le parent, mais surtout avec l'enfant. » (IDE 1, L 47). Elle ajoute un peu plus

loin que « *quand on met en place le méopa il y a un petit temps pendant qu'on prépare, ben là si on connaît pas trop l'enfant, c'est là où on prend contact un peu avec lui elle lui demande ce qu'il aime et tout ça et du coup après hop ça ça devient un sujet de conversation et ça se fait assez naturellement* » (IDE 1, L 51- 54). Elle explique par la suite qu'elle est formée à l'hypnose conversationnelle, de fait, elle essaye d'amener l'enfant ailleurs, ce qui l'amène loin du stress. Pour Dina, elle énonce le fait qu'« *on est un peu le le ouais le médiateur entre le parent et l'enfant* » (AP, L 42-43), que lorsque le parent éprouve des difficultés à amener son enfant ailleurs, les soignants sont présents pour l'aider justement à vaincre ses difficultés et faire au mieux pour que le soin se déroule dans les meilleures conditions possibles. Elle rejoint également Vanessa en ce qui concerne la relation à maintenir avec les parents en disant que « *nous on va être euh on va être un peu heu la personne qui va les rassurer leur expliquer comment ça va se dérouler euh ce qu'on va faire à à leur enfant etc...* » (AP- L 66-68). Maude met en lumière la communication et la parole qui sont des concepts, pour elle, qui sont très présents dans le rôle du soignant. En effet, elle explique qu'elle parle beaucoup avec l'enfant et qu'elle explicite aux parents le déroulement du soin « *jee leur explique déjà ce qu'on va c'qu'on va faire, je parle beaucoup à l'enfant aussi* » (IDE 2, L 17-18). Elle dit également un peu plus loin que « *la communication elle est primordiale* » (IDE 2-L 32). Cela nous rappelle Marie Françoise COLLIERE, que j'ai évoqué dans mon cadre de référence, qui explique dans son livre « *Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers* » que le soin infirmier ce n'est pas que le soin technique mais c'est aussi la relation de soin. Cependant, Valérie insiste plus sur le côté du rôle médicale du soignant, c'est-à-dire sur la responsabilité du soin et de sa réalisation. Elle explique que ce rôle implique une grande concentration, si bien que cela peut amener à limiter les capacités à mettre en place et nourrir le lien avec l'enfant « *C'est vrai que nous en tant qu'infirmière, on est quand même plus dans le soin quand même moins dans le...mais quand même on reste quand même un peu plus dans le soin.... Nous, on reste quand même souvent un peu plus concentré sur le soin qu'on a à faire, on ne peut pas faire la diversion pendant qu'on pique.* » (IDE 3, L 49- 54). Vanessa rejoint également Valérie sur ce point « *Dans les soins, et ben euhm ce qui est des fois compliqué, c'est quand c'est des soins un peu critiques un peu spécifiques où ben il faut rester concentrés, mais en même temps on doit garder le la relation le contact avec l'enfant et et les le parent* » (IDE 1, L 45- 47).

Ainsi, nous remarquons que quel que soit le service interrogé, tous relèvent le fait que les soignants jouent un rôle tout aussi important que les parents dans la prise en charge de l'enfant en pédiatrie, en assurant une présence relationnelle et un accompagnement des enfants et de leur parent mais qui peut-être impacté par leur devoir professionnel de réaliser le soin technique.

• Les émotions

En ce qui concerne les émotions, cela fait également partie du thème de mon écrit de fin d'étude. De plus, je me suis aperçue que c'est une notion assez complexe dans le sens où il faut savoir réagir et accompagner l'enfant suivant l'émotion qu'il exprime. Ainsi, j'analyserai dans cette partie les émotions de l'enfant avant d'aborder la gestion des émotions de l'enfant.

Les émotions de l'enfant

Au cours de mes différents entretiens, j'ai constaté que le terme émotions est un concept assez difficile à définir pour chacune des soignantes interrogées, que ce soit aux urgences pédiatriques, chez les grands ou les petits enfants. Cependant, je relève que chacun des professionnels de santé que j'ai questionnée définissent les émotions comme un concept fort présent en pédiatrie. En effet, c'est le cas pour Vanessa qui dit que ce terme est « *euuh très présent* » (IDE 1, L 63). Elle explique ensuite que « *ce sont des réactions naturelles et qu'il faut faire avec* » (IDE1, L 64), autrement dit elle insiste sur le côté normal de ces émotions qui font partie intégrante de notre construction psychique et que l'on doit y adapter notre pratique. Elle dit aussi que c'est quelque chose « *qu'on ne contrôle pas, qu'ils ne contrôlent pas non plus, mais eux encore plus* » (IDE 1, L 63-64) et met ainsi en lumière la dimension assez complexe des émotions. Dina l'a rejoint sur ce dernier point en exprimant l'idée que c'est compliqué pour les enfants de contenir leur stress en vue d'« *un soin qui va qui va arriver* » (AP, L 73). Elle ajoute également que les émotions vont être soit négatif, soit positif « *ben ça va être l'émotion, soit il va pleurer, soit il y en a qui vont être euphoriques* » (AP, L 71-72). Valérie l'a rejoint en soulignant la même idée « *des fois les émotions elles sont négatives* » (IDE 3, L 65). Cela

montre donc que les émotions sont très diverses et variables, peu importe l'âge de l'enfant, c'est-à-dire qu'un enfant soit chez les grands ou les petits enfants.

Nous constatons que pour Maude, le premier mot qu'elle me répond lorsque je lui demande ce qu'évoque pour elle le terme émotion est « *arc-en-ciel* » (IDE 2, L 22), cela traduit donc la pluralité des sentiments que cela lui évoque, les différentes couleurs de l'arc -en-ciel représenterai les nombreuses émotions que suscite justement l'évocation de ce terme. De plus, elle travaille aux urgences pédiatriques, cela illustrerait donc les émotions beaucoup plus intenses et nombreuses en situation d'urgence que dans un service d'hospitalisation. Elle étaye par la suite d'autres affirmations qui viennent confirmer cette réflexion « *naan bah émotion en faite c'est c'est un groupe fin ouais un peu un gros panel quand même parce que ça peut-être un peu de tout, heu ça peut-être émotion triste, joie, enfin ça peut-être beaucoup de choses* » (IDE 2, L 24-26). Elle précise que cela « *vient très rapidement chez les enfants.* » (IDE 2, L 26-27). Valérie met l'accent sur le ressenti de l'enfant, son appréhension, qu'« *ils arrivent dans un milieu, ils sentent qu'il y a quelque chose qui va se passer* » (IDE 3, L 67-68), elle souligne ainsi la capacité de l'enfant à ressentir l'atmosphère émotionnelle du lieu de soin, et donc leur sensibilité émotionnelle qu'ils peuvent exprimer sans explication verbale mais seulement au travers de leur comportement. Nous constatons que la difficulté à définir les émotions chez l'enfant par les soignants reflète leur complexité. Néanmoins, tous s'accordent à dire que les émotions sont très présentes dans la prise en charge de l'enfant en pédiatrie, peu importe son âge et le service, qu'elles sont à la fois variées et complexes et qu'elles peuvent survenir en même temps. Ainsi, il apparaît pertinent de s'intéresser sur la gestion de ces émotions que l'enfant éprouve.

La gestion des émotions de l'enfant

Les émotions qui se font très présentes, notamment en pédiatrie, amène les soignants à y adapter leurs pratiques professionnels. Tout d'abord, Vanessa met en évidence une approche contextualisée et individualisée, c'est-à-dire qu'elle voit la gestion des émotions comme une adaptabilité du soignant envers l'enfant, que cela dépend de chaque enfant et du contexte « *c'est c'est au cas par cas hein.... après la réaction ça dépend un peu de comment ça se passe sur le*

moment » (IDE 1, L 75). C'est exactement ce que relève Valérie en disant que « *c'est différent euh... chaque geste est différent, chaque enfant est différent, le même soin et même sur le même soin le même enfant, des fois, on fait le soin quelques heures après « tient c'est pas pareil » » (IDE 3, 95-97). Dina évoque la nécessité de verbaliser les émotions et de laisser l'enfant exprimer ce qu'il ressent, faire ressortir ses émotions et l'accompagner tout à long de ce processus « *donc il va falloir essayer de débloquer tout ça et de de de les accompagner toujours pareil hein par le dialogue... donc on va leur demander « comment tu te sens ? est-ce que tu te sens triste ? Est-ce est-ce que tu as peur ? Tu as le droit d'avoir peur, tu as le droit de pleurer » voilà toujours ne pas bloquer en fait leurs émotions, il faut les accompagner dedans et les laisser s'ils ont besoin de pleurer, ils ont besoin de de d'évacuer » (AP, L 74- 80). Elle précise qu'« *on essaye de pas utiliser des mots euh trop négatifs ... On va utiliser des mots comme le pic de moustique » (AP, L 87- 91) au lieu de « prise de sang » et ce afin de ne pas influencer sur leurs émotions et réduire leur anxiété liée au contexte médical, en utilisant des mots rassurants et beaucoup plus familiaux pour l'enfant. De plus, elle ajoute qu'ils peuvent être amené à utiliser des objets intermédiaires, en l'occurrence le doudou, pour mieux faire comprendre à l'enfant l'expérience du soin et son acceptation et ainsi atténuer ses tensions émotionnelles « *et euh on va montrer des fois parfois sur leur doudou aussi ça peut arriver d'imager ça » (AP, L 94-95). Maude nous parle beaucoup de la communication dans la gestion des émotions « ben déjà la communication elle est primordiale que ce soit verbale ou heu non verbale » (IDE 2, L 32-33), montrant ainsi que la communication est un élément clés dans la relation soignant-enfant. Elle nous parle également de la RESC et nous explique que « *c'est des points des points un peu de d'effleurage qu'on fait avec euh c'est un mélange de médecine chinoise et en fait ça va venir détendre l'enfant. Et tu peux le faire avant le soin » (IDE 2, L 39-41), elle a donc une perspective sensorielle et corporelle auprès de l'enfant, lui permettant ainsi de l'apaiser. Valérie met en lumière le fait qu'ils font tout leur possible pour que l'enfant ne soit pas traumatisé par le soin « *faut que ce soit le plus agréable possible... » (IDE 3, L 83) et qu'ils vont s'adapter en fonction de l'émotion ressentie par l'enfant « Ça dépend de l'émotion à laquelle on a affaire quoi » (IDE 3, L 104-105). Elle explique qu'elle utilise ainsi beaucoup le meopa pour « *que le soin euh ne soit pas un moment douloureux, et que ce soit un moment où ils pensent fin qu'ils aient que ça l'esprit » (IDE 3, L 81-82) en développant qu'à l'utilisation du méopa, l'émotion n'est pas la même, qu'elle permet de prévenir le ressenti de l'enfant et de réduire considérablement sa perception de la douleur. Elle évoque aussi la diversion que les*******

soignants utilisent pour pallier au stress de l'enfant « *c'est vraiment la diversion qui marche bien* » (IDE 3, L 103). Néanmoins, nous soulignons que Vanessa évoque les limites du soignant en ce qui concerne cette gestion des émotions. En effet, Vanessa dit que « *ça peut nous toucher nous aussi, malheureusement on a nous aussi ou heureusement chepa nos émotions, donc on fait avec c'est il y a des expériences ou des choses qui nous touchent plus particulièrement ou parce que ça nous renvoie à quelque chose de personnel* » (IDE 1, L 81- 84). Cela témoigne de l'impact émotionnel que peut susciter la rencontre avec l'enfant et sa famille, notamment lorsqu'une situation fait écho à l'histoire personnelle du soignant. Elle met en lumière que les soignants, bien qu'en position professionnelle, restent des êtres sensibles, traversés eux aussi par des émotions.

Ainsi, la gestion des émotions de l'enfant par le soignant est structurée d'une approche individualisée, mêlant communication, posture empathique tout en tenant compte de ses ressenties, que cela soit en situation d'urgence ou dans le cadre d'une hospitalisation. Mais il existe une limite à cette gestion des émotions auxquelles les soignants sont confrontés mais à laquelle l'expérience et le travail d'équipe peuvent y répondre.

• **La distraction**

Ainsi, au travers de l'analyse sur le concept des émotions, nous avons constaté que la distraction est beaucoup utilisée. De fait, dans cette dernière partie, j'aborderai l'intérêt de la distraction et les différentes techniques de distractions utilisées avant de terminer par l'importance du binôme puéricultrice et auxiliaire de puériculture.

L'intérêt de la distraction dans le soin

Nous mettons en lumière le fait que durant les entretiens, les soignantes ont abordé d'elle-même le sujet de la distraction ce qui témoigne de son importance essentielle, et finalement indispensable dans la prise en charge de l'enfant en pédiatrie. En effet, Valérie nous dit à propos du meopa « *ça c'est vrai que c'est devenu pfff courant quoi le méopa on l'utilise énormément énormément* » (IDE 3, L 218-219). Néanmoins elle met en lumière des limites en disant « *qu'il*

y en a que le méopa sa marche pas du tout ben on arrête hein si sa marche pas ben sa marche pas hein. Y'en a qui se sentent stressés avec méopa hein, qui n'aiment pas ce masque sur le visage donc heu... » (IDE 3, L 129-131). Elle explique qu'en utilisant la distraction, l'enfant est plus calme et de faite « au plus l'enfant est calme au mieux le soin se réalise quand même hein. » (IDE 3, L 121). Ainsi, elle rejoint la même idée que Vanessa « Ah bah du coup euh l'enfant il est moins stressé, le soin se passe bien » (IDE 1, L 101) et que Dina « à partir du moment où ils se détendent, ils se détendent du coup si l'enfant il est moins stressé, moins tendue, pour une prise de sang par exemple on va plus facilement trouver les veines. On va plus facilement arriver à mettre en mettre en position le cathéter avec heum tous les dispositifs de perfusion si y'en a derrière. Heu on va ça va nous faciliter nous la tâche en tant que soignant à...à faire ce soin. » (AP, L 119- 123). Vanessa souligne aussi le fait que cela a un intérêt pour les parents dans le sens où ceux-ci seront « moins stressée-vis à vis de leur enfant, donc forcément il y aura pas de de transmission du stress qu'il peut y avoir aussi de la part des parents sans...inconsciemment bien sûr » (IDE 1, L 104- 106). Elle continue en concluant par l'effet « positif » (IDE 1, L 106) que cette distraction engendre. Maude qui travaille aux urgences pédiatriques nous fait savoir qu'elle essaye au maximum de faire passer le moment le « plus sympa possible » à l'enfant « l'enfant a été distrait que t'as pris toutes les précautions entre guillemets pour passer un bo... un moment le m...le plus sympa possible » (IDE 2, L 55-56) ce qui montre que même en situation d'urgence, situation que l'on retrouve beaucoup aux urgences pédiatriques , on prend le temps de mettre en œuvre la distraction, cela appui donc encore une fois sur la notion de nécessité de l'usage de la distraction dans les soins en pédiatrie. Pour continuer dans cette idée-là, nous relevons les propos de Dina, l'auxiliaire de puériculture qui a déjà travaillé aux urgences pédiatriques et qui dit « on va leur demander de nous raconter « est-ce que tu vois des éléphants roses ? » « Regarde il y a des jolis dessins au plafond » là je parle pour les urgences parce qu'il y a des dessins au plafonds. » (AP, L 107- 109) ce qui révèle le fait que la distraction est tout aussi présente aux urgences pédiatriques que dans les autres services de pédiatrie. De plus, nous relevons l'intérêt à long terme occasionné par la distraction que les soignantes soulèvent, comme nous le confirme Vanessa qui travaille chez les grands enfants, elle dit que « c'est pas euh traumatisant pour lui donc si y en a un prochain à faire ben il va pas venir avec le stress et l'angoisse. » (IDE 1, L 101- 103). De même pour Dina qui dit que la distraction va permettre « de pas avoir cet effet traumatisant derrière aussi, parce qu'il se peut que plus tard ils aient besoin d'autres soins au cours de l'hospitalisation même plus tard

dans leur vie, on ne sait pas et pour pas qu'ils restent focalisés là-dessus » (AP, L 104- 106). Maude vient confirmer cela et explique que la distraction a un intérêt « sur le moment et pour après euh tu le vois les enfants quand ils reviennent, bah ils sont pas ils ont pas peur » (IDE 2, L 52-57). Cependant, j'ai pu constater que les professionnels de santé ramènent souvent la distraction aux soins techniques et douloureux. Comme pour Vanessa qui nous dit que « On met aussi l'EMLA avant pour tout ce qui est ponction, voilà que ce soit bilan sang ou pose de KT ou chose comme ça, ou injection sous cutanée ou IV ou IM » (IDE 1, L 92- 93). Il y a également Valérie qui dit « Heu c'est rare qu'on mette rien du tout pour piquer fin, chepa après ça dépend le soin » (IDE 3, L 107-108).

Ainsi, au travers de mes entretiens, nous constatons que la distraction est perçue par les soignants comme quelque chose d'important, si ce n'est indispensable dans la prise en charge des enfants en pédiatrie, notamment pour atténuer leur anxiété ou encore pour faciliter la réalisation des soins. Après avoir mis en évidence l'intérêt fondamental de la distraction, il paraît maintenant pertinent de s'intéresser aux différentes techniques de distraction réalisées par les professionnels de santé.

Les différentes techniques de distraction

Les infirmières et l'auxiliaire de puériculture interrogés nous partagent les différents types de distractions dont elles font usage. Il y a le meopa qui revient souvent au cours de mes entretiens. En effet, Valérie insiste sur sa fréquence d'usage « le méopa on l'utilise énormément énormément » (IDE 3, L 218-219). Tout comme Dina « Heu le MÉOPA ça ça va être en générale à 90 % du temps 95 % du temps » (AP, L 102). Vanessa nous parle également de l'EMLA « On met aussi l'EMLA » (IDE 1, L 92). Nous constatons que ces professionnels de santé mettent également l'accent sur la distraction de type « verbale ». C'est le cas de Vanessa qui associe ce type de distraction au meopa, comme elle nous l'explique « Après on utilise ben la... l'hypnose conversationnelle pour euh partir ailleurs en plus du méopa ça marche super bien ensemble. » (IDE 1, L 94- 95). Elle nous explique plus loin durant l'entretien, au travers d'un exemple, qu'elle a souvent recours à l'hypnose conversationnelle en nous faisant savoir que c'est un type de distraction, comme je l'ai vue dans mon cadre de référence, « j'étais aux urgences pédiatriques et on faisait une suture... euh la petite fille me dit... elle me dit euh euh qu'elle aime bien euh nager aller dans l'eau tout ça. Donc on je commence à lui dire ben allez, on va

aller se baigner, on part dans l'océan tout ça » (IDE 1, L 129- 133). Valérie soutient cette idée là en nous donnant un exemple qui soulève la même réflexion « on y arrive pendant qu'on est en train de piquer, on va lui dire « mais t'es où ? » « Bah chui sur le chameau, chui sur le chameau toujours, dans le désert, ha maintenant chez changer de pays » c'est sur le chameau je suis sur le chameau toujours dans le désert, puis là je ah là, j'ai changé le pays » et là en fait-on le fait évader » (IDE 3, L 182-186). Dina nous parle aussi du dialogue avec l'enfant « Enfin voilà on essaye de les évader en fait par le dialogue avec le MÉOPA. Ça fait partie des outils qu'on a. » (AP, L 111- 112). Maude et Valérie mettent en avant l'utilisation d'objet concret. Maude évoque l'exemple d'« un petit jouet ou quelque chose une peluche. » (IDE 2, L 81). Valérie mentionne le sucre doux utilisé pour les bébés « Alors euh quand ils sont tout petits heum selon ce qu'on fait comme soi... geste technique, on utilise le sucre doux » (IDE 3, L 29- 30), mais aussi elle ajoute par la suite que « y'a les chansons, y'a la musique, euh y'en a qui ont les petites vidéos hein chacun des petites vidéos, il y a les petites marionnettes » (IDE 3, L 115- 116). Toutefois, elle attire l'attention sur le fait qu'elle met en œuvre plusieurs types de distraction selon l'âge des enfants « on peut adapter en fonction de l'âge quoi, euh voilà quoi, p'tites vidéos euh chose comme ça. » (IDE 3, L 117-118), que les plus petits comme les bébés aiment tout ce qui est « Un peu ouais un peu sensoriel un peu visuel » (IDE 3, L 199). Elle dit aussi que la distraction prendre appuie sur ce qui plait à l'enfant, d'« en fonction de ce qu'ils aiment. » (IDE 3, L 190). De fait, elle évoque les bulles, dit que « ça c'est un truc qui marche super bien, les bulles ils adorent ça » (IDE 3, L 203), que les ados aiment beaucoup le MÉOPA « ils adhèrent beaucoup le MÉOPA les plus grands » (IDE 3, L 76).

Après avoir exploré l'intérêt et les différents types de distractions utilisés dans la prise en charge de l'enfant en pédiatrie il me semble important de m'intéresser à l'organisation du travail entre les différents soignants. En effet, au cours de mes entretiens, j'ai pu observer que le binôme formé par la puéricultrice et l'auxiliaire de puériculture joue un rôle central dans la qualité des soins, notamment dans l'accompagnement émotionnel de l'enfant. Ainsi, il me paraît pertinent d'exploiter cette composante-là du soin.

L'importance du binôme puéricultrice et auxiliaire de puériculture

Au fil des entretiens réalisés, il apparaît très clairement que le binôme formé par la puéricultrice et l'auxiliaire de puériculture constitue un pilier fondamental dans la prise en charge de l'enfant en pédiatrie. En effet, nous remarquons que les puéricultrices et l'auxiliaire de puériculture interrogés insiste sur le fait que ce binôme est essentiel, comme nous le fait comprendre Vanessa « *C'est essentiel ! Ah oui oui moi je je je fais aucun soin seul* » (IDE 1, L 116). Dans ce même ordre d'idée, Dina dit que « *c'est quand on est en binôme, c'est vrai que ça fonctionne assez bien de de de faire ça.* » (AP, L 137). Du point de vue de Maude, ce binôme est important dans le sens où l'auxiliaire de puériculture joue un rôle majeur à deux degrés à savoir sa capacité à distraire l'enfant et sa maîtrise du maintien physique de l'enfant qui est adapté. En effet, elle dit que « *les auxiliaires elles sont vraiment là pour euh la distraction et aussi euh elles tiennent comme jamais les enfants* » (IDE 2, L 71-73). Sur ce point, nous pouvons revenir à Vanessa qui met en lumière la complémentarité qu'il y a entre l'auxiliaire de puériculture et la puéricultrice « *en pédiatrie c'est ça c'est d'être vraiment à deux d'être complémentaire, c'est vraiment une complémentarité comme je le disais t'a l'heure pendant que tu fais un soin si t'es concentré sur ce soin là elle elle va se sentir, elle va prendre le relais. Il y a jamais un moment où personne ne parle après si on voit que l'enfant a besoin voilà* » (IDE 1, L 118-122), autrement dit, Vanessa explique que pendant qu'elle se concentre sur l'aspect technique du soin, l'auxiliaire de puériculture prend le relais au niveau relationnel pour apaiser l'enfant, maintenir la relation de soin et de fait la relation de confiance tissé avec celui-ci. Dans cette même perspective, Dina met en avant la coordination qui apparaît de manière naturelle entre l'auxiliaire de puériculture et la puéricultrice « *Donc heum nous on va voilà beaucoup discuter aussi avec la puéricultrice durant le soin ben « tu vois là ma collègue elle est en train de te tenir le bras », « tu vois là, je suis en train de te mettre le savon ça fait un peu froid ». Et du coup on rebondit y en a une qui va dire quelque chose ben en général ça se fait assez de manière assez naturelle hein, c'est pas très calculé, mais heu voilà* » (AP, L 132- 136) et nous explique ensuite que lorsqu'elle travaille depuis longtemps avec son binôme de puéricultrice, elle a l'habitude et elle sait comment réagir et comment fonctionner. Valérie va jusqu'à exprimer le fait que la réussite d'un soin invasif dépend de l'expérience de l'auxiliaire de puériculture « *Quand je vais piquer avec une auxiliaire qui est expérimentée, j'me dis c'est bon je vais y arriver* » (IDE 3, L 163-164). Ainsi, pour illustrer cela, elle cite une expression transmise par les anciens médecins « *Une ponction lombaire réussie c'est une ponction lombaire bien tenue.* » (IDE 3, L 158), elle souligne donc

l'importance de l'expérience dans ce binôme. Pour terminer, nous pouvons relever la dernière phrase que me dit Maude lors de mon entretien avec elle « *Et puis précise bien qu'il faut nous laisser nos auxiliaires.* » (IDE 2, L 88), cette phrase illustre parfaitement l'attachement que les soignants présentes à l'égard de ce binôme et le lien entre ces deux professionnels de santé qui est bien plus que primordial, qui est vital.

De fait, il apparaît essentiel, au regard de cette analyse, que le binôme puéricultrice et auxiliaire de puériculture constitue le cœur de la prise en charge de l'enfant en pédiatrie, d'une part pour leur complémentarité et d'autre part pour la sécurité et la qualité des soins qu'ils assurent.

4.4 Les limites de l'enquête

Au cours de la réalisation de mon enquête exploratoire, j'ai rencontré quelques difficultés. Tout d'abord, à chaque entretien que je devais réaliser dans des services pédiatriques différents, il a fallu que je contacte chaque cadre de chacun des services afin de planifier des rendez-vous avec les professionnels de santé concernés. Seulement, au moment du rendez-vous qui était manifestement programmé, un grand nombre du personnel soignant n'avait pas connaissance de ma venue. Les soignants se sont donc concertés, sur le moment même, pour savoir qui allait participer à mon entretien. Mais cela n'a empêché en rien le très bon déroulement de mes entretiens. Je relève également le manque de temps que certains professionnels de santé ont pu présenter, suite à des contraintes organisationnelles, mais qui malgré cela m'ont fourni des réponses assez complètes et des éléments pertinents. Enfin, je souligne le fait que tous les soignants m'ont demandé le thème de mon mémoire, ce sur quoi je leur ai répondu mais sans détailler. À cela, certains voulaient vraiment savoir sur quoi porterai les questions que j'allais leur poser avant de réaliser l'entretien. Cela a donc ainsi modestement conditionné leur réponse notamment sur le rôle des soignants dans la triade.

5. Problématique

L'analyse thématique de ses différents entretiens que j'ai réalisés m'ont permis de faire évoluer ma perception sur la place et le rôle des parents en pédiatrie ainsi que de me rendre compte de l'importance du binôme puéricultrice -auxiliaire de puériculture lors de la réalisation du soin et d'en découvrir davantage sur les différentes techniques de distractions mise en œuvre afin de gérer les émotions de l'enfant. Au cours de chacun de mes entretiens, j'ai pu constater de nombreuses similitudes avec mon cadre de référence mais également des différences.

En effet, dans mon cadre de référence j'ai mis en lumière certains auteurs qui mettaient en avant le rôle déterminant et considérable du parent lors du soin et qu'il occupait une place importante notamment en participant activement au soin. C'est ce que soulève tous les professionnels de santé que j'ai interrogés dans mes entretiens en qualifiant la place des parents comme « indispensable » et en les faisant participer aux soins de manière systématique. Ainsi, ils soutiennent l'opinion de Françoise GALLAND qui dit que « *Le rôle principal du parent n'est pas de tenir l'enfant mais de le distraire.* ».

J'aborde également la distraction dans mon cadre de référence dans laquelle l'association Sparadrapp explique que les techniques de distractions utilisées vont différer selon l'âge de l'enfant. C'est également ce qu'on soulignés les professionnels de santé interrogés dans les entretiens en insistant sur l'adaptation de la distraction selon l'âge de l'enfant et ainsi utilisés les écrans, des objets sensoriel, l'EMLA, le MEOPA. Elles m'ont également parlé de l'hypnose conversationnelle, qui faisait partie des techniques de distractions, et que c'était une pratique qu'ils utilisent beaucoup. De ce fait, elles rejoignent l'idée d'Élisabeth Barbier et Rémi Etienne qui soutiennent l'idée que « *l'hypnose, utilisée dans différentes situations de soins et de nombreux essais cliniques a démontré son efficacité dans le domaine de la prise en charge de la douleur et des symptômes.*

Elles m'ont également parler de la RESC, diminutif de Résonance Énergétique par Stimulation Cutanée, qui est une pratique qui, jusqu'à maintenant, était quelque chose dont j'ignorais totalement l'existence. Elles m'ont expliqué que c'est une technique pour laquelle il faut être formé, que c'est un mélange de médecine chinoise et que l'on fait de l'effleurage en utilisant les méridiens d'acupuncture. C'est un point dont je n'ai absolument pas parler dans mon cadre de référence et qui s'avère être néanmoins très utilisés en pédiatrie.

Je relève aussi un écart pour ce qui est des émotions. En effet, dans mon cadre de référence, j'avais exploité les compétences émotionnelles sur lesquelles le professeur de psychologie Édouard GENTAZ a travaillé, afin de mieux comprendre le développement émotionnel de l'enfant et comment il pouvait les exprimer. Toutes fois, au cours de mes entretiens, je constate que les professionnels de santé que j'ai interrogés ont éprouvé quelques difficultés pour répondre à ma question sur ce qu'évoquait pour eux le terme émotions chez l'enfant et de faite, n'avait pas le même point de vue. De plus, elles avaient tendance à associé cela à la distraction.

Un autre point commun qui ressort est la complémentarité dans le binôme puéricultrice et auxiliaire de puériculture. Dans mon cadre de référence, j'ai abordé cette idée en utilisant l'article « *Rôle de l'AP et collaboration avec l'infirmière* » (9 juin, 2024) qui met l'accent sur la collaboration et le rôle complémentaire que joue ses deux acteurs du soin. C'est ce que l'on retrouve dans mes entretiens dans lesquels toutes sont accordées pour dire que ce binôme et n'ont pas important mais finalement vitale et que chacune des puéricultrices interroge ne se voit pas réalisé un soin sans l'auxiliaire de puériculture. Elles évoquent aussi le fait que la puéricultrice est plus concentrée sur le soin technique et que l'auxiliaire est plus concentré sur la distraction, mettant ainsi en avant leur coopération et complémentarité.

Par ailleurs, les entretiens ont mis en lumière la coordination fluide et naturelle qu'il existe entre l'auxiliaire de puériculture et l'infirmière puéricultrice au cours du soin sans avoir besoin d'anticiper cela au préalable. C'est un point dont je n'ai prêté aucune attention durant la rédaction de mon cadre de référence alors que c'est un élément qui se fait très présent dans les propos des professionnels de santé que j'ai interrogé.

J'ajoute également qu'au cours du développement de mon cadre de référence, je n'ai pas abordé la notion de RESC qui est une technique de distraction visiblement très utilisée. En effet, les professionnels de santé interrogés l'évoquent fréquemment, insistent sur son usage régulier et son intérêt bénéfique qui en découle pour l'enfant pris en charge. Cela permet ainsi de constater que la RESC est une notion significative et qu'elle joue un rôle non négligeable dans la prise en charge de l'enfant en pédiatrie, d'une part en détournant leur attention, en les apaisant et

donc en gérant ses émotions, et d'autre part en facilitant la réalisation du geste technique à l'attention de ce même enfant.

6. Question de recherche

Ainsi, suite à toute cette réflexion, cela a fait émerger en moi une nouvelle question de recherche :

Dans quelle mesure la pratique de la RESC permet-elle une meilleure prise en soin en service de pédiatrie ?

Conclusion

La situation de départ sur laquelle je me suis appuyée pour la réalisation de mon travail de recherche est une situation que j'ai vécue en stage avec beaucoup de questionnement. En effet, d'une part du fait que je n'ai jamais été confrontée à la prise en charge d'un enfant qui présente un pansement très douloureux, et d'autre part car je n'avais jusque-là jamais fait de stage en pédiatrie et que cela était un milieu que je découvrais. De plus, je n'avais aucune compétence et connaissance théorique et je me trouvais ainsi dans l'incapacité d'accompagner l'enfant et sa maman dans les meilleures des conditions. Par conséquent, cela a éveillé ma réflexion sur la relation qui s'installe entre le soignant, le parent et l'enfant, et ainsi la distraction que mettent en œuvre les soignants, mais aussi les parents afin de gérer les émotions de l'enfant et lui fournir la meilleure des prises en charge possible. Ainsi, de part cet écrit, j'ai eu l'opportunité de pouvoir faire de nombreuses découvertes, et j'ai également pu développer considérablement mes connaissances notamment grâce aux différentes théories proposés par les auteurs. J'ai réalisé une enquête exploratoire en menant 4 entretiens semis-directifs auprès de 3 puéricultrices et d'une auxiliaire de puériculture. J'ai ensuite constaté la réalité sur le terrain à travers l'analyse croisée de ces entretiens.

Cet écrit m'a permis d'en apprendre davantage sur le développement de l'enfant ainsi que sur la relation soignant-parent-enfant et l'importance du binôme puéricultrice et auxiliaire de puériculture qui joue un rôle conséquent. J'ai également pu en apprendre davantage sur les différentes techniques de distractions. Toutefois, j'ai pu constater que cette distraction présente des limites et ne fonctionne pas de manière systématique pour gérer les émotions de l'enfant.

Ce travail de recherche témoigne de la fin de mes trois années d'études en soins infirmiers. Il m'a été très bénéfique et j'ai eu beaucoup de plaisir à y consacrer mon temps. Il m'a permis de développer mes compétences en ce qui concerne la relation de soin, ainsi que sur la prise en charge d'un enfant. Ayant comme projet professionnel de travailler avec les enfants, ce travail a été formateur et épanouissant.

Bibliographie

- Définition de l'enfant : <https://www.unicef.fr/wp-content/uploads/2022/07/convention-des-droits-de-lenfant.pdf> consulté le 23/12/2024
- Infirmier(ère) puériculteur(trice) (IPDE) – Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. (2022, 30 septembre). Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles : <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/soins/sousfamille/soins-infirmiers/metier/infirmier-ere-puericulteur-trice-ipde> consulté le 23/12/2024
- Aries, P (1960) *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*
- Piaget, P (1936) *La naissance de l'intelligence chez l'enfant* : https://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/textes/VE/JP36_NdI_avpropos_intro.pdf consulté le 23/12/2024
- Les 5 différents stades de l'enfance selon Freud. (2021, 4 juillet). Fredericgrolleau.com : <https://www.fredericgrolleau.com/2020/12/les-5-differents-stades-de-l-enfance-selon-freud.html> consulté le 23/12/2024
- Colineau, B (2012) *Accompagner le bébé souffrant*
- Définition de la relation selon Manoukian, A. : https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/relation-soignant-soigne_1459520255564-pdf#:~:text=Définition%20de%20A.,chacun%20de%20déduire%20un%20sens.%20 consulté le 23/12/2024

- La relation d'aide de Carl Rogers : Deniau, J. (2024c, mars 14). La relation d'aide au cœur de notre enseignement. Cefap France : <https://cefap-france.fr/la-relation-d-aide-au-coeur-de-notre-enseignement/> consulté le 23/12/2024
- Wanquet-Thibault, P. sur la triade relationnelle : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03102497/document> consulté le 05/01/2025
- Galland, F(2013) article *Bien s'installer lors d'un soin pour être confortable et efficace* : https://pediadol.org/wp-content/uploads/2019/01/U2013_FG.pdf
- Quid de la relation parents/soignants/enfant malade. (s.d.). Infirmier.com : <https://www.infirmiers.com/profession-ide/quid-de-la-relation-parentssoignantsenfant-malade> consulté le 05/01/2025
- Winnicott, D. « La mère suffisamment bonne » . (2019, 7 janvier). Psychologue À Vendargues. <https://www.psychologue-montpellier34.fr/2019/01/07/winnicott-la-m%C3%A8re-suffisamment-bonne/> consulté le 05/01/2025
- La charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé - Hôpital Trousseau AP-HP. (s. d.). Hôpital Trousseau AP-HP. <https://trousseau.aphp.fr/charte-europ-enfant-hospi/> consulté le 05/01/2025
- Ordre national des infirmiers. (s. d.) : <https://www.ordre-infirmiers.fr/> consulté le 05/01/2025
- Collière, M. F. (1998) *Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*

- Lacroix, B. (2022, 12 mai). Les 5 composantes de Goleman sur l'intelligence émotionnelle. Happy Team : <https://happy-team.fr/management/intelligence-emotionnelle/daniel-goleman/> consulté le 05/01/2025
- Gentaz, E. (2017) *Les cahiers dynamiques : Émotions et travail éducatifs* : <https://shs.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2017-1-page-24?lang=fr> consulté le 05/01/2025
- *Techniques de distraction - Soins complexes à domicile pour enfants*. (2020, 8 janvier). Soins Complexes À Domicile Pour Enfants. <https://soinscomplexesadomicilepourenfants.com/preparez-votre-enfant/techniques-de-distraction/> consulté le 05/01/2025
- Lemaire, É. (2017, 11 décembre). *La gestion des émotions chez l'enfant de 6 à 12 ans lors d'un soin douloureux en urgences pédiatriques*. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01688093v1> consulté le 05/01/2025
- Distraire les enfants lors des soins | Sparadrap. (s. d.). Sparadrap : <https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/distraire-les-enfants-lors-des-soins> consulté le 05/01/2025
- Collaboration entre puéricultrice et auxiliaire de puériculture : accompagnement.vae.clem@gmail.com. (2024, 8 décembre). VAE AP - Le rôle AP et la collaboration avec l' # 039 ; infirmière. Petite enfance Grande VAE : <https://vae-clem.fr/role-ap-collaboration-infirmiere-activite4/> consulté le 05/01/2025
- Définition de l'entretien semi-directif : <https://sciencespo.hal.science/hal-04087897/document> consulté le 05/01/2025

- Larousse, É. (s. d.). *Définitions : émotion - Dictionnaire de français Larousse*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829>
- Association SPARADRAP. (2019, 2 septembre). *A vous de jouer ! La distraction des enfants lors des soins* [Vidéo]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=ANQuOI5-UNk>
- *Mise au point Distraction lors des soins – Pедиadol*. (s. d.). <https://pediadol.org/mise-au-point-distraction-lors-des-soins/>
- *Distraire les enfants lors des soins | Sparadrap*. (s. d.). Sparadrap.
<https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/distraire-les-enfants-lors-des-soins>
- <https://www.mnh.fr/actualite/hypnose-pediatrie-jeu-denfants> (article « hypnose et pediatrie un jeu d'enfant »)
- https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Hypnose_et_pediatrie.pdf hypnose et pediatrie article
- *Gestion des actes douloureux. Approches thérapeutiques simples – Pедиadol*. (s. d.).
<https://pediadol.org/gestion-des-actes-douloureux-approches-therapeutiques-simples/>
consulté le 05/01/2025
- Barbier,E et Etienne,R (2016) : *hypnose en soins infirmiers*
- Wanquet-Thibault, P(2015) : *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*
- *Distraire les enfants lors des soins | Sparadrap*. (s. d.). Sparadrap.
<https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/distraire-les-enfants-lors-des-soins>

Table des annexes

ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN.....	I
ANNEXE 2 : AUTORISATION D'ENTRETIEN.....	II
ANNEXE 3 : ENTRETIEN N°1.....	III
ANNEXE 4 : ENTRETIEN N°2.....	X
ANNEXE 5 : ENTRETIEN N°3.....	XVII
ANNEXE 6 : ENTRETIEN N°4.....	XXI
ANNEXE 7 : GRILLE D'ANALYSE ENTRETIENS	XXX
ANNEXE 8 : AUTORISATION DE DIFFUSION.....	XLII

ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN

Thème	Ce que je veux savoir	Questions que je vais poser
Présentation		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pouvez-vous vous présenter ❖ Quel est votre parcours professionnel ? ❖ Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?
La triade soignant-enfant -parents	<p>Comprendre le rôle des parents dans cette triade</p> <p>Comprendre la fonction des différents soignants</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Quelle place accordez-vous aux parents lors d'un soin ? ❖ Comment vous y prenez-vous ? ❖ Quel rôle jouer-vous ?
Les émotions	Savoir comment les soignants gèrent les émotions des enfants qu'ils prennent en charge	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Qu'évoque pour vous le terme « émotion » chez l'enfant ? ❖ De quelle manière vous y prenez-vous pour gérer les émotions de l'enfant ?
La distraction	<p>Comprendre les différentes techniques de distraction utilisées</p> <p>Comprendre l'importance du binôme puéricultrice-auxiliaire de puériculture</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Quels moyens, techniques utilisez-vous lors d'un soin douloureux ? ❖ Comment ces distractions permettent-elles une meilleure prise en charge de l'enfant ? ❖ En quoi le binôme puéricultrice -auxiliaire de puériculture joue un rôle dans cette distraction ❖ Pouvez-vous me donner un exemple de situation où la distraction a été efficace lors d'un soin douloureux ?
Conclusion		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Avez-vous quelque chose à rajouter ?

ANNEXE 2 : AUTORISATION D'ENTRETIEN

Direction des Soins

Tél : [REDACTED]

Affaire suivie par :

[REDACTED]

Cadre Supérieur de Santé chargée de missions
à la Direction des Soins

Madame ATIA Shélihane

[REDACTED]

84310 MORIERES LES AVIGNON

Avignon, le 19 février 2025

OBJET : travail fin d'études
N/Réf. votre lettre du 17 février 2025

Madame,

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

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche.

Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec

madame [REDACTED] au [REDACTED], Cadre de Santé de Pédiatrie Petits,

et/ou madame [REDACTED] au [REDACTED], Cadre de Santé de Pédiatrie Grands,

et/ou madame [REDACTED] au [REDACTED], Cadre de Santé des Urgences Pédiatriques,

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

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de ma considération distinguée.

[REDACTED]
La Cadre Supérieur de Santé chargée
de mission à la Direction des Soins



ch-avignon.fr

CENTRE HOSPITALIER AVIGNON

[REDACTED] Téléphone [REDACTED]

ANNEXE 3 : ENTRETIEN N°1

ENTRETIEN N°1 : puéricultrice (Vanessa)

Service des grands enfants. Durée de l'entretien 13 :45 minutes

1 **Shélihane : Du coup ben merci euh pour euh pour l'entretien. Du coup est-ce que vous**
2 **pouvez-vous présenter en m'expliquant voilà quel est votre parcours professionnel et**
3 **depuis combien de temps vous travaillez dans ce service des grands enfants ?**

4 IDE 1 (Vanessa) : Alors euh je suis puer depuis 2008, janvier 2008, j'ai commencé ici aux grands
5 enfants en 2008 euh jusqu'en 2013, après je suis partie deux ans en Nouvelle- Calédonie en réa
6 nenonat, néonat réa néonat donc jusqu'en 2015, après je suis revenue ici, j'étais un peu sur le
7 poule donc j'ai fait les petits, la chirurgie petits enfants, chirurgie néonat, et euh après j'ai fait
8 euh les urgences pédiatriques de nuit jusqu'en 2019. 2019, je suis partie cinq ans dans un centre
9 pour enfants polyhandicapés, à Nîmes. Et là je suis revenue depuis euh septembre voilà euh
10 2024. Je suis peu au grand un peu au petit, mais là particulièrement au grand.

11 **Shélihane : ok. Du coup vous alterner grand et ... et petit voilà ?**

12 IDE 1 : voilà mais là je suis sur les grands

13 **Shélihane : ok, alors du coup concernant la triade euh soignants, enfants, parents euh,**
14 **quelle place accordez-vous aux parents lors d'un soin ?**

15 IDE 1 : Alors moi je j'leur pose même plus la question, ils sont bien sûr euh toujours présents,
16 à part si je vois que ça pose problème et qu'ils se sentent pas ou que l'enfant par exemple des
17 fois les ados ont pas envie, c'est eux qui décident. Ils voient entre eux, l'enfant a son mot à dire
18 bien sûr, et puis les parents. Mais moi ils viennent systématiquement euh avec moi pour les
19 soins.

20 **Shélihane : ok**

21 IDE 1 : c'est une priorité après voilà si l'enfant ou le parent ne veut pas c'est autre chose, mais
22 moi je leur dis toujours de venir.

23 **Shélihane : ok, et euh en terme de, dans le soin en lui-même, par exemple quand je sais**
24 **pas, vous allez prendre en charge un enfant qui a un soin assez douloureux comme un**

25 **pansement quand le parent est présent, Comment vous vous y prenez pour le... pour le**
26 **faire participer voilà ? Pour le faire participer au soin ?**

27 IDE 1 : Le parent ou l'enfant ?

28 **Shélihane : Le parent**

29 IDE 1 : alors euh le parent, alors nous ce qui, ils ont déjà un rôle souvent prédéfinis parce qu'on
30 utilise beaucoup le méopa, le gaz hilarant. Pour les soins, notamment les soins douloureux, donc
31 du coup ils, c'est eux qui tiennent le masque. Donc c'est vrai que souvent ça les aide parce que
32 ben c'est leur enfant c'est des soins voilà qui sont un peu stressants pour eux et pour les enfants
33 donc du coup ça leur donne un but, une euh ils ont une mission donc du coup ils sont fixés un
34 peu sur ça et sur leur enfant donc c'est pas plus mal. Et on leur dit voilà de parler à l'enfant parce
35 qu'avec le méopa faut toujours garder le contact. Donc on parle à l'enfant nous bien sûr aussi
36 puis on travaille souv... beaucoup en binôme avec la l'auxiliaire. Donc du coup l'auxiliaire
37 selon le soin elle nous aide aux soins ou aide au méopa ou à distraire l'enfant tout ça. Donc le
38 parent a souvent un rôle prédéfini avec le méopa. Quand il y a pas le méopa, on leur dit quand
39 même de rester auprès de l'enfant et leur euh travail c'est euh de distraire l'enfant de lui parler
40 de garder le contact avec et euh d'être avec eux, qui s'occupe pas du soin.

41 **Shélihane : ok, euh Et du coup vous votre rôle de soignant du coup quel rôle vous jouez**
42 **euh concrètement ?**

43 IDE 1 : Dans la triade ?

44 **Shélihane : ouais, c'est ça dans la triade.**

45 IDE 1 : Dans les soins, et ben euhm ce qui est des fois compliquées, c'est quand c'est des soins
46 un peu critiques un peu spécifiques où ben il faut rester concentrés, mais en même temps on
47 doit garder le la relation le contact avec l'enfant et et les le parent, mais surtout avec l'enfant.
48 Donc on aa.. on apprend au fur et à mesure à faire les deux. Après l'AP aussi c'est bien qu'elle
49 soit là parce que des fois quand t'as besoin vraiment d'être concentrée et qu'on n'arrive pas
50 forcément à parler ben c'est-elle qui fait un peu le lien aussi. Et qui nous remplace dans ce rôle
51 là. Euh Après moi j'arrive assez facilement, la parole vient assez facilement quand on met en
52 place le méopa il y a un petit temps pendant qu'on prépare, ben là si on connaît pas trop l'enfant,
53 c'est là où on prend contact un peu avec lui elle lui demande ce qu'il aime et tout ça et du coup

54 après hop ça ça devient un sujet de conversation et ça se fait assez naturellement. Et puis on a
55 aussi moi, je suis formée à à l'hypnose conversationnelle. Donc du coup j'essaye aussi de les
56 amener un peu ailleurs donc en demandant est-ce qu'ils aiment ou pas hop on les fait un peu
57 partir ailleurs avec le méopa ça aide aussi, Et du coup hop, on sort un peu de tout ça du soin du
58 du du stress du soin et tout ça. Donc c'est plus ouais ce rôle là, mais pas toujours évident selon
59 le soin qu'on fait quand on est concentré donc l'AP nous aide beaucoup pour ça pour créer
60 d'autres choses, mais pour ça aussi.

61 **Shélihane : C'est vrai, on va y venir en plus, du coup en ce qui concerne les émotions,**
62 **qu'évoque pour vous le terme émotion chez l'enfant ?**

63 IDE 1 : euh très présent, qu'on contrôle pas, qu'ils ne contrôlent pas non plus, mais eux encore
64 plus. Euh Ce sont bah ce sont des réactions naturelles et qu'il faut faire avec, euh autant pour
65 l'enfant que pour nous. Euh Savoir réagir en fonction euh, que ces émotions là soient, même
66 si elles sont négatives à la base soient, deviennent positives, donc on essaie de détourner la
67 chose pour que ben ça soit du positif, que on a le droit de pleurer, on a le droit d'avoir peur, et
68 que voilà on rassure, on voilà les émotions elles sont là, il faut faire avec donc on essaie de de
69 donner un attrait positif à ces ces émotions, mais c'est bien d'en avoir et c'est normal d'en avoir
70 et qu'il faut au contraire, les laisser sortir et les exprimer pour pas les garder.

71 **Shélihane : Et justement du coup ben comment vous faites pour euh voilà pour gérer ses**
72 **émotions ?**

73 IDE 1 : celles des enfants ?

74 **Shélihane : voilà c'est sa.**

75 IDE 1 : C'est compliqué, c'est c'est au cas par cas hein, c'est sur le moment euh on essaie de
76 voilà comme je disais de positiver de ben les laisser sortir discuter avec eux. Bah en plus par
77 exemple on a beaucoup d'ados qui viennent pour eux pour des idées suicidaires ou des ou des
78 mal-être psycho. Donc on est là beaucoup pour euh pour écouter leur dire que bien sûr euh c'est
79 normal de ressentir tout ça, vraiment voilà euh insister sur le côté euh c'est normal, c'est-il
80 faut pas s'en cacher, il faut que ça sorte et euh Voilà après la réaction ça dépend un peu de
81 comment ça se passe sur le moment mais euh Après ça peut nous toucher nous aussi,
82 malheureusement on a nous aussi ou heureusement chepa nos émotions, donc on fait avec c'est
83 il y a des expériences ou des choses qui nous touchent plus particulièrement ou parce que ça

84 nous renvoie à quelque chose de personnel. Ben on fait avec aussi hein on est pas des robots
85 alors on apprend avec hein l'expérience à prendre sur soi, mais euh Après il y a aussi beaucoup
86 de travail d'équipe du coup entre nous quand on voit qu'une situation pour nous est difficile ben
87 on passe le relais, on on est on est très soudés donc euh puis encore une fois l'AP aussi est là
88 donc euh on relais, mais euh c'est difficile de donner une conduite à tenir comme ça général
89 c'est c'est assez en fonction de chaque expérience et de chaque enfant.

90 **Shélihane :ok, euh Et du coup euh en ce qui concerne la distraction, quels moyens et**
91 **techniques utilisez lors d'un soin douloureux ?**

92 IDE 1 : Ben le méopa, On met aussi l'EMLA avant pour tout ce qui est ponction, voilà que ce
93 soit bilan sang ou pose de KT ou chose comme ça, ou injection sous cutanée ou IV ou IM.
94 Euhm Après on utilise ben la... l'hypnose conversationnelle pour euh partir ailleurs en plus du
95 méopa ça marche super bien ensemble. Euhm qu'est-ce qu'on utilise... bah et maintenant il y
96 a l'avantage d'avoir les téléphone donc il y a aussi des dessins animés, il y a la musique aussi
97 beaucoup . Euhm voilà c'est déjà pas mal, qu'est ce qu'on utilise d'autre, ouais c'est beaucoup
98 en faite dans la discussion pour le faire évader et être moins fixé sur euh sur le soin.

99 **Shélihane : Et euh du coup ben comment ces distraction elles permettent une meilleure**
100 **prise en charge de l'enfant ?**

101 IDE 1 : Ah bah du coup euh l'enfant il est moins stressé, le soin se passe bien euh euh c'est
102 pas euh traumatisant pour lui donc si y en a un prochain à faire ben il va pas venir avec le stress
103 et l'angoisse. Euh les parents sont moins stressés aussi parce qu'ils voient que ça s'est bien c'est
104 passé donc pareil ils pourront parler de façon euh moins stressée-vis à vis de leur enfant, donc
105 forcément il y aura pas de de transmission du stress qu'il peut y avoir aussi de la part des parents
106 sans.. inconsciemment bien sûr. Et euh et voilà donc forcément ça sera que du positif. Ah si
107 aussi ce qu'on utilise c'est la RESC je sais pas si ...

108 **Shélihane : ah je connais pas !**

109 IDE 1 :Ouais c'est euh on est pas mal à être formé, il y a plusieurs niveaux et en faite on utilise
110 les méridiens euh d'acupuncture et en faite c'est juste en aposant les doigts sur certains points
111 qu'on apprend. Et du coup il y en a beaucoup pour l'anxiété pour la douleur pour plein de choses,
112 mais du coup on fait des séances comme ça aussi des fois avant ou pendant le soir et ça aide
113 bien aussi, sa aide bien à détendre .

114 **Shélihane : Et du coup euh en quoi le binôme puéricultrice et auxiliaire de puériculture**
115 **joue un rôle dans cette distraction ?**

116 IDE 1 : C'est essentiel. Ah oui oui moi je je je fais aucun soin seul à part bon quand ils sont
117 vraiment plus grands et que du coup je sais que je vais pouvoir euh euh gérer seul en discutant
118 et en faisant le soin, mais c'est très rare l'avantage qu'on a vraiment chez les en pédiatrie c'est
119 ça c'est d'être vraiment à deux d'être complémentaire, c'est vraiment une complémentarité
120 comme je le disais t'a l'heure pendant que tu fais un soin si t'es concentré sur ce soin là elle elle
121 va se sentir, elle va prendre le relais. Il y a jamais un moment où personne ne parle après si on
122 voit que l'enfant a besoin voilà bien c'est sûr on va savoir se taire. Mais autant dans le côté
123 technique, elle va t'aider va te passer des choses ou quoi autant voilà pour apaiser l'enfant pour
124 que tout se passe bien c'est essentiel. Le travail en milieu en pédiatrie, je trouve il est ...

125 **Shélihane : C'est essentiel !**

126 IDE 1 : ah oui oui !

127 **Shélihane : Et euh et enfin est-ce que vous pouvez me donner un exemple de de situation**
128 **où la distraction était efficace lors d'un soin douloureux ?**

129 IDE 1 : Eh ben oui très bien même, j'étais aux urgences pédiatriques et on faisait une suture.
130 C'était au niveau du pied, et euh la petite fille me dit , parce que je lui demande pendant que le
131 médecin prépare tout , on lui met le méopa et pendant qu'elle lui met le méopa, elle me dit euh
132 euh qu'elle aime bien euh nager aller dans l'eau tout ça. Donc on je commence à lui dire ben
133 allez, on va aller se baigner, on part dans l'océan tout ça et puis avec le le médecin elle me dit
134 OK ben en gros elle me fait comprendre qu'elle va piquer pour la pour l'anesthésie locale . Et
135 donc euhc ce qui est bien avec ça aussi c'est d'être en accord avec le le médecin. Et du coup je
136 lui dit ben là fais attention s'il y a plein de rochers avec des oursins et euh ça tu risques de te
137 piquer et fais attention à tes pieds. Et du coup hop là elle pique et elle me dit « à ouais, j'ai
138 touché un oursin là, j'ai mal , j'ai touché un oursin je me suis piqué. » . Voilà et du coup plein
139 de trucs comme ça du coup tout devient normal ben c'est juste un oursin qui a piqué c'est pas la
140 piqûre où elle va hurler tout ça. Et après du coup par contre pareil, le médecin me me me dit
141 quand elle a plus ou moins fini donc on continue à voyager alors je lui dit bah « là ah tu vois il
142 y a une tortue qui est passée, tu l'as vu ? » et puis elle te dit « ah oui oui oui je l'ai vue » enfin
143 c'est c'est hallucinant. Et et après le médecin commence à te dire quand il commence à finir le

144 soin parce qu'il faut faire revenir l'enfant c'est pas une hypnose euh voilà comme... mais il faut
145 quand même le faire revenir avec nous. Et du coup euh ben j'ai dit ben « OK alors là tu vois
146 on va remonter à la surface, tu vois les bulles, on remonte à la surface » tout ça et on va aller
147 sur la plage s'allonger Sauf que là ben ça s'était bien c'est passé jusque-là. Et on enlève le méopa
148 tou sa , puis en faite-elle avait oublié de faire un point chepa quoi du coup-là ça a été compliqué
149 parce qu'il a fallu, j'ai essayé de la remettre dans l'eau et tout ça mais là ça a été pas possible,
150 elle hurlait machin, comme quoi euh quand on avait réussi à l'amener ailleurs ça s'était super
151 bien passé, mais là il y a eu un couac avec le médecin qui avait pas fini vraiment et du coup
152 euh il a fallu... ça été plus compliqué, mais c'est là qu'on voit pour le coup que ça marche
153 vraiment bien, que la distraction marche super bien, c'est voilà c'est encore un travail d'équipe
154 et c'est c'est très important chez les adultes aussi mais c'est vrai que moi je parle plus du côté
155 enfant mais je pense encore plus chez l'enfant, voilà.

156 **Shélihane : Et euh est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?**

157 IDE 1 : Euh non euh non non moi c'est euhm c'est ce qui j'avais fait mon mémoire hein sur la
158 triade parent enfants donc euh ça m'intéresse beaucoup et c'est ce qui m'attire beaucoup dans
159 la pédiatrie. Bon j'ai fait infirmière pour faire puèr, mais je trouve que c'est bien sûr que chez
160 les adultes il y a et la relation avec la famille.tout ça mais c'est moins présent. Et là c'est ...
161 autant je trouve qu'avant, on n'intégrait pas beaucoup les parents, maintenant ils sont présents
162 dans tous les soins, fin c'est même pas impensable d'eux qui participent pas aux soins et même
163 des fois ça nous paraît bizarre qu'ils ne veulent pas venir, mais on le comprend tout à fait. Mais
164 euh mais c'est-ce qui est intéressant aussi ça peut-être un peu stressant parce qu'on se sent
165 observé, on se sent jugé. Enfin, on sait qu'on doit pas se louper quoi c'est leurs enfants. Mais
166 euh mais ça apporte beaucoup, ça apporte beaucoup, et euh c'est une relation différente d'avec
167 un adulte lambda aussi parce que c'est un parent euh c'est leur enfant qui est là et on est là aussi
168 autant pour eux que pour les enfants en faite. Et euh on a souvent les parents étaient là pour eux
169 alors que l'enfant ben lui vivait très bien la chose quoi. Donc il y a ça aussi, puis il faut faire
170 attention et et essayer de de de faire comprendre aux parents euh que tout ce qu'ils ressentent
171 l'enfant, le ressent aussi. Donc euh pour euh qu'ils vivent bien c'est l'hospitalisation, il faut que
172 eux arrivent à montrer que ça va quoi. Donc c'est vrai qu'il faut être aussi présent pour les
173 parents. Après c'est, faut faire attention aussi à ce qu'on dit devant les par... devant les enfants
174 aux parents, il y a plein de choses aussi sur lesquelles faut faire attention mais euhm mais cette,

- 175 moi pour moi c'est très intéressant et c'est-ce qui me plaît beaucoup chez le , chez la prise en
176 charge de l'enfant en pédiatrie .
- 177 **Shélihane : Ben merci beaucoup, c'était très gentil, voilà**

ANNEXE 4 : ENTRETIEN N°2

ENTRETIEN N°2 : auxiliaire de puériculture (Dina)

Service des grands enfants. Durée de l'entretien 13 :19 minutes.

1 **Shélihane : Du coup merci heu voilà d'avoir accepté de faire l'entretien.**

2 AP (Dina) : y'a pas de soucis

3 **Shélihane : Du coup est-ce que vous pouvez-vous présenter en m'indiquant ben quel est**
4 **vos parcours professionnel et depuis quand vous travaillez dans ce service. Et aussi me**
5 **dire votre nom ?**

6 AP : alors moi je suis Dina, je suis auxiliaire depuis 2004, début 2004, et j'ai commencé à
7 travailler à l'hôpital, j'ai travaillé en crèche avant et j'ai commencé à travailler à l'hôpital en
8 2006, j'ai travaillé huit ans aux grands enfants. Je suis partie faire une année d'études à
9 l'extérieur après et je suis revenue depuis que je suis sur le poule, je tourne dans tous les
10 services.

11 **Shélihane : L'unité mère enfant ?**

12 AP : Ouais l'unité mère enfant ouais. Du coup ça fait à peu près 10 ans que je tourne et là je
13 suis ici actuellement depuis un peu plus d'un mois parce qu'il y a une collègue qui est en arrêt.
14 Donc je la remplace donc je reviens un peu à mes premières amours, parce que c'est là que j'ai
15 travaillé en début de carrière heu voilà pour ma présentation.

16 **Shélihane : Merci, du coup heu quelle place vous accordez aux parents lors d'un soin ?**

17 AP : alors moi je ... fin ça dépend de soin déjà. Mais en règle générale, les parents, il faut
18 qu'ils soient présents heu auprès de leur enfant leur tenir la main, les rassurer . Donc on les
19 accompagne beaucoup à ça parce qu'il y en a qui le font de manière assez naturelle et d'autres
20 qui ont besoin d'être un peu poussés parce qu'ils sont soit dans l'émotion heu soit ils savent pas
21 vraiment comment gérer puisque ça s'est jamais présenté à eux, soit ils sont un peu aussi dans
22 la pudeur, ça peut arriver donc nous on est là, on essaye de les accompagner au mieux pour

23 leur dire d'être heu proches de leurs enfants, de les aider , leurs chanter des chansons, les
24 rassurer, de leur parler voilà.

25 **Shélihane : du coup comment vous y prenez-vous ?**

26 AP :Heu ben euh bonne question ! Heu ben on leur parle, on leur dit que ça serait bien qu'ils
27 soient auprès de leur enfant, de leur parler, de leur faire écouter de la musique, de leur montrer
28 pourquoi pas un dessin animé, on leur donne des idées. S'ils y arrivent pas trop, ben on essaye
29 nous ben de chanter des chansons, de parler à l'enfant, de le rassurer, de lui dire que ça va bien
30 se passer, que c'est pas toujours très agréable mais que ça va aller donc après on a des outils
31 aussi, on le MÉOPA souvent qu'on utilise pour accompagner. Heu l'EMLA quand il y a par
32 exemple c'est des pour des prises de sang, perfusions etc... Et puis, selon certains soins, on n'a
33 pas forcément heu, il y a des enfants qui sont pas heuum réceptifs au calinox . Donc du coup
34 on est obligé de de de mettre en place un peu des manières de parler pour essayer de les évader
35 de les faire partir ailleurs quoi. J'ai fait la formation, il y a plusieurs années sur l'hypnose, j'ai
36 pas été méga réceptive, mais je pense que ça vient quand même plus ou moins plutôt
37 naturellement, on est obligé de faire penser à l'enfant quelque chose d'autre pour essayer de
38 l'évader un peu qu'il pense pas et qu'il faut qu'elle sur le soin. Donc, de toute façon qu'on ait fait
39 la formation ou pas, je pense qu'euh on le fait euh , on le fait quand même ouais instinctivement.

40 **Shélihane : Okay, eet et quel rôle jouez-vous vous du coup ?**

41 AP : Euh nous , on est un peu le à des moments, je dirais qu'on est un peu euh médiateur
42 médiatrice euh entre euh ... Tout dépend en fait de comment se déroule le soin mais on est un
43 peu le le ouais le médiateur entre le parent et l'enfant quand il a du mal à à essayer d'amener
44 son enfant justement à autre chose pour essayer de l'évader que nous, on puisse se concentrer
45 se focaliser sur le soin. Heu on a aussi le rôle de par exemple, on essaie d'éviter selon le gabarit
46 de l'enfant évidemment, mais d'utiliser le garrot. On évite d'utiliser le garot, nous on fait garot
47 nous-même avec nos mains pour que ce soit moins traumatique, parce que l'élastique à
48 l'ancienne là c'est pas souvent génial. Mais il y a des gabarits qui nous permettent pas de le faire
49 parfois parce que les poignets sont trop gros, surtout chez les grands enfants. Donc on essaye
50 de soit d'avoir des garots un peu élastiques et qui soient un peu plus heum moins.. c'est pas à
51 l'ancienne quoi c'est pas des elastiques traditionnels on va dire. Et si jamais c'est ça parce qu'on
52 en a pas d'autres, on fait sur la bouse. Voilà donc on essaye de de tenir l'enfant en tout cas de

53 le maintenir sans éviter de trop le ben le bloquer, c'est difficile en fait de trouver le juste milieu
54 pour que l'enfant soit pas non plus euh se sente pas non plus complètement heu heu comment
55 dire heu maintenu et puisse se sentir, je sais pas moi étouffé ou euh voilà. Et en même temps il
56 faut qu'on puisse aussi le maintenir donc le dialogue va avoir beaucoup d'impact en fait sur la
57 manière dont on va pouvoir nous gérer le soin et euh et accompagner l'enfant, que ce soit et
58 dans les gestes et dans dans le dialogue quoi. Voilà je sais pas si sa répond un peu mais...

59 **Shélihane : Oui, heum oui et donc ça c'était pour les enfants et pour les parents ?**

60 AP : Alors pour les parents heu déjà on va en lien avec l'infirmière, on va on va soit on est
61 directement en binôme et on va voir les parents ensemble euh ou même pendant le soin ou
62 alors ça peut nous arriver que l'infirmière soit occupée heum et on va devoir aller voir les
63 parents, un peu expliquer comment ça va se passer. Heu leur dire qu'ils vont nous accompagner
64 parce que nous, on tient à ce que les parents nous accompagnent en en salle de soins pour euh
65 pour être auprès de leurs enfants hein. Après il y a des parents qui refusent qui ne veulent pas
66 ça arrive rarement mais ça peut arriver. Heuu voilà donc nous on va être euh on va être un peu
67 heu la personne qui va les rassurer leur expliquer comment ça va se dérouler euh ce qu'on va
68 faire à à leur enfant etc....

69 **Shélihane : Ok. Maintenant pour ce qui concerne les émotions, qu'évoque pour vous le**
70 **terme émotion chez l'enfant ?**

71 AP :Euh plusieurs choses, ben ça va être l'émotion, soit il va pleurer, soit il y en a qui vont être
72 euphoriques, ça peut arriver aussi. Euh parce qu'ils savent pas, parce que c'est compliqué de se
73 contenir quand on est en stress face à un soin qui va qui va arriver. Il y en a qui vont être assez
74 heu renfermés aussi euh donc il va falloir essayer de débloquent tout ça et de de de les
75 accompagner toujours pareil hein par le dialogue en faite ça va essentiellement passer par la
76 enfin selon moi, euh pour pour arriver à savoir ce qu'ils cqu'ils cqu'ils éprouvent donc on va
77 leur demander « comment tu te sens ? est-ce que tu te sens triste ? Est-ce est-ce que tu as peur
78 ? Tu as le droit d'avoir peur, tu as le droit de pleurer » voilà toujours ne pas bloquer en fait leur
79 émotions, il faut les accompagner dedans et les laisser s'ils ont besoin de pleurer, ils ont besoin
80 de de d'évacuer en fait selon heu selon ben les émotions qui vont les traverser quoi ! Donc on
81 essaye de savoir c'qui va c'qui va les c'qui va les traverser à ce moment-là quoi ! C'est pas

82 toujours évident, des fois on n' arrive pas, mais au mieux on essaye de voilà en général ça se
83 passe plutôt bien quand même.

84 **Shélihane : Heu et du coup ben de quelle manière vous y prenez-vous pour gérer les**
85 **émotions de l'enfant ?**

86 AP : Ben on va voilà hein parler, leur demander qu'est-ce qu'ils ressentent à ce moment-là
87 donc après on on ils vont dire par exemple « j'ai peur » euh « ça va faire mal ». Donc on
88 essaye de pas utiliser des mots euh trop négatifs, donc on va dire que « ça va être un soin »,
89 plus qu'une prise de sang. Euh on n'est pas toujours, on arrive pas toujours hein il y a des fois,
90 on se laisse un peu selon la charge de de du de travail en service selon le soin qu'on a à faire.
91 On va utiliser des mots comme le pic de moustique, bien que je sais que il y en a qui qui qui
92 aiment pas trop, mais ça peut arriver qu'on utilise ces termes là. Mais après voilà on va être plus
93 sur euh « on va faire un soin » « ça va pas être très agréable mais ça va bien se passer ». On
94 va essayer d'utiliser des des heum des mots on va dire à leur niveau de langage, et euh on va
95 montrer des fois parfois sur leur doudous aussi ça peut arriver d'imager ça un peu comme on
96 peut quoi ! voilà .

97 **Shélihane : du coup vous avez dit le pique de moustique, c'est quoi ?**

98 AP : ouais le pique de moustique, c'est pour le en général c'est pour la prise de sang ou la pose
99 de cathéter au moment de piquer.

100 **Shélihane : Heu du coup, quels moyens et techniques utilisez-vous lors d'un soin**
101 **douloureux ? Ça c'est pour la distraction.**

102 AP :Heu le MÉOPA ça ça va être en générale à 90 % du temps 95 % du temps quand l'enfant
103 peut en avoir ça ça va beaucoup nous aider parce que ça les fait partir un peu ça les ça leur
104 permet de pas se souvenir du soin derrière. Donc de pas avoir cet effet traumatisant derrière
105 aussi, parce que il se peut que plus tard ils ai besoin d'autres soins au cours de l'hospitalisation
106 même plus tard dans leur vie , on ne sait pas et pour pas qu'ils restent focalisé là-dessus, euh
107 puis le voilà toujours pareil le dialogue hein donc on va, on va leur demander de nous raconter
108 « est-ce que tu vois des éléphants roses ? » « Regarde il y a des jolis dessins au plafond » là je
109 parle pour les urgence parce qu'il y a des dessins au plafonds. Mais parfois on a des des
110 peluches des des jouets, on leur demande c'qui c'qui font, est-ce qu'ils font du sport ? Est-ce
111 qu'ils aiment faire de la danse ? Enfin voilà on essaye de les évader en fait par le dialogue avec

112 le MÉOPA. Ça fait partie des outils qu'on a. Et puis en même temps on va devoir aussi se
113 focaliser aussi sur le soin pour être là pour l'infirmière. Mais après c'est une question d'habitude.
114 Bon maintenant fin, ça se passe plutôt bien quoi on arrive à ...

115 **Shélihane : vous avez prit le rythme le ...**

116 AP : ouais on a ouais ouais, ça va

117 **Shélihane : Et du coup comment ces distractions elles permettent une meilleure prise en**
118 **charge de l'enfant ?**

119 AP : Ben à partir du moment où ils se détendent, ils se détendent du coup si l'enfant il est moins
120 stressé , moins tendue, pour une prise de sang par exemple on va plus facilement trouver les
121 veines. On va plus facilement arriver à mettre en mettre en position le cathéter avec heum tous
122 les dispositif de perfusion si y'en a derrière. Heu on va ça va nous faciliter nous la tâche en
123 tant que soignant à à faire ce soin. Si l'enfant est le plus détendu possible, si le parent est là et
124 qu'il arrive à le rassurer. Si nous, on a réussi à faire notre travail en rassurant le parent, en
125 rassurant l'enfant heu voilà c'est ça que ça va induire derrière.

126 **Shélihane : Heu et du coup en quoi le binôme puéricultrice et auxiliaire de puériculture**
127 **joue un rôle dans cette distraction ?**

128 AP :Heu ben des fois heum on peut plaisanter entre la l'auxiliaire et la puér pour essayer de
129 faire rire, un peu l'enfant ou détendre un peu les parents. Heu leur poser des questions. Donc
130 on est dans notre soin mais en même temps après c'est une gymnastique hein mais en même
131 temps on réalise le soins donc heu c'est ça qui est assez heuuu bien dans notre rôle parce qu'on
132 arrive vraiment à jouer plusieurs à faire plusieurs choses en même temps quoi. Donc heum
133 nous on va voilà beaucoup discuter aussi avec la puéricultrice durant le soin ben « tu vois là
134 ma collègue elle est en train de te tenir le bras », « tu vois là , je suis en train de te mettre le
135 savon ça fait un peu froid » . Et du coup on rebondit y en a une qui va dire quelque chose ben
136 en général ça se fait assez de manière assez naturelle hein, c'est pas très calculé, mais heu voilà
137 c'est c'est quand on est en binôme, c'est vrai que ça fonctionne assez bien de de de faire ça.
138 Même pendant le soin directement hein quand on va tenir l'enfant, je vais tenir la veine le temps
139 qu'elle euh qu'elle euh qu'elle euh vice euh, qu'elle vice la perfusion pour pas que ça c'est
140 assez automatique en fait on calcule pas vraiment on se pose des questions et quand on on

141 travaille depuis longtemps ensemble donc on a l'habitude de certaines collègues après on sait
142 comment on fonctionne .

143 **Shélihane : Et du coup la puéricultrice au final elle fait pas souvent de soins sans sans vous**
144 **sans auxiliaire de puériculture ?**

145 AP : Heu en service euff non, piquer un enfant non c'est toujours

146 **Shélihane : c'est toujours avec le binôme ?**

147 AP : ouais toujours le binôme

148 **Shélihane : c'est essentiel ?**

149 AP : ouais, on peu pas euh, c'est pas un adulte qui arrive à se contenir et et qui sait se tenir
150 c'est un soin qui fait mal. Heu fff c'est compliqué quoi et puis on va pas demander aux parents
151 de tenir leur enfant non plus quoi ! c'est pas c'est pas le rôle du parent, le parent lui il est là
152 pour rassurer son enfant, être auprès de lui heu, que l'enfant il est l'image rassurante de de son
153 parentaupres de lui voilà, c'est ça donc qui nous motive dans le soin quoi voilà.

154 **Shélihane : Et pouvez-vous me donner un exemple de situation où la distraction est**
155 **efficace lors d'un soin douloureux ?**

156 AP :Heu fff Ça m'est arrivé par exemple pour pas parler toujours de la perfusion, même si c'est
157 assez récurrent, mais euh pour par exemple quand je travaillais aux urgences heum , il faut
158 tenir un enfant pendant une suture .Donc au départ, selon le nombre de points qu'il y a à faire,
159 on va être obligé d'injecter un peu de xylo . Donc euh on va maintenir l'enfant mais en même
160 temps on va lui parler, on va lui dire, « tu voit la , tu vas sentir », on va essayer d'imager avec
161 euh des petits animaux des choses comme ça. Et euh et la puer va être là aussi pour nous aider
162 à maintenir cet enfant pendant que le médecin suture . Donc souvent on est trois a ce moment-
163 là. Donc parfois ça peut-être aussi avec le médecin hein du coup et pas que euh avec la puér.
164 Heu voilà euh et donc on va c'est assez coordonné quoi il y en a une qui va parler qui va dire
165 quelque chose à l'enfant l'autre qui va rebondir dessus qui va aussi le maintenir euh le MÉOPA
166 en plus voilà, je sais pas si ça répond trop la question , si ça va ?

167 **Shélihane : oui en vrai ça va , et euh est-ce que vous avez quelque chose à rajouter**

168 AP : non , haha . Pas plus j'pense j'en ai dit beaucoup qu'en même !

169 **Shélihane : ben Merci beaucoup pour l'entretien c'est très gentil .**

170 AP : il y a pas de soucis

ANNEXE 5 : ENTRETIEN N°3

ENTRETIEN N°3 : puéricultrice (Maude)

Service des urgences pédiatriques. Durée de l'entretien 6:02 minutes.

1 **Shélihane : Du coup bah merci beaucoup Maude pour avoir accepté de réaliser cet**
2 **entretien. Du coup est-ce que tu peux te présenter euh voilà juste te présenter.**

3 IDE 2 (Maude) : heu Bah du coup je travaille enfin ça fait quatre ans que chuis puér. Avant ça
4 j'ai travaillé au bloc, j'étais infirmière et là depuis quatre ans ben il y a deux ans où j'ai travaillé
5 de nuits au petit et là ça fait deux ans que je suis sur le poul, donc euh je travaille dans tous les
6 services de pédiatrie voilà de l'hôpital voilà.

7 **Shélihane : OK, euh du coup pour la triade soignant enfant parents quelle place tu**
8 **accordes aux parents lors d'un soin ?**

9 IDE 2 : Et ben je dirais presque que c'est la principale parce que si t'as pas les parents euh moi
10 je trouve que t'arrives pas forcément à faire le soin correctement. Ils vont t'aider fin et puis
11 même au niveau du soutien pour le petit, tu vois que un soin qui est réalisé sur les parents ou
12 avec les parents c'est pas du tout le même que quand ils sont pas là donc euh pour moi c'est c'est
13 essentiel.

14 **Shélihane : C'est essentiel**

15 IDE 2 : Voilà c'est une place importante.

16 **Shélihane : Et du coup comment tu t'y prends pour euh intégrer les parents aux soins ?**

17 IDE 2 : Comment jee afff... heu ben jee leur explique déjà ce qu'on va c'qu'on va faire, je
18 parle beaucoup à l'enfant aussi et euh en fait je leur dis que ... apres ce que je leur demande
19 s'ils peuvent m'aider quoi, fin voilà je veux vraiment essayer de de de montrer qu'ils sont
20 importants et euh et voilà je pense.

21 **Shélihane : Heu ok et ducoup qu'évoque pour toi le terme émotion chez l'enfant ?**

22 IDE 2 : Ho là , arc-en-ciel ! Naan émotion heuu ffee

23 **Shélihane : C'est un peu compliqué comme questions ?**

24 IDE 2 : Ouais c'est difficile comme questions, naan bah émotion en faite c'est c'est un groupe
25 fin ouais un peu un gros panel quand même parce que ça peut-être un peu de tout, heu ça peut-
26 être émotion triste, joie, enfin ça peut-être beaucoup de choses ça vient très rapidement chez
27 les enfants. Donc voilà et c'est vrai que ben justement vu qu'on parle de la triade, je pense que
28 les parents sont là aussi pour contenir un peu ses émotions. Voilà je sais pas si ça répond à ta
29 question ou pas mais euh voilà .

30 **Shélihane : oui, euh du coup de quelle manière vous vous y prenez du coup vous les**
31 **soignants pour gérer ces émotions chez l'enfant ?**

32 IDE 2 :alors il y a le jeu, ben déjà la communication elle est primordiale que ce soit verbale ou
33 heu non verbale parce que ben voilà quand tu vas les aider, quand tu vas poser une main , quand
34 fin je parle plus pour les plus grands, mais euh voilà. Après il y a les jeux, il y a les musiques
35 heu bah y a l'atte.. ben dét... fin le détournement de l'attention. Il y a aussi la RESC , je sais
36 pas si tu connais, je sais pas si il t'en as parlé JP

37 **Shélihane : non**

38 IDE 2 : Non il t'en as pas parlé ! Oh ben dis donc je suis déçut il est où heu c'est des des c'est
39 une formation qu'on passe et en fait c'est des points des points un peu de d'effleurage qu'on fait
40 avec euh c'est un mélange de médecine chinoise et en fait ça va venir détendre l'enfant. Et tu
41 peux le faire avant le soin après t'as tout ce qui est euh le MÉOPA, euh l'EMLA enfin voilà
42 tout ce qui est.

43 **Shélihane : Il m'en a parlé, mais il a pas dit RESC, il a dit « tu caresse le bébé » euh ouais**
44 **voilà c'est sa.**

45 IDE 2 : Voilà donc ouais après t'as tout ce qui est antalgique voilà t'as beaucoup de choses mais
46 euh ouais j' dirais, j' dirais ça t'as fin , on a plein de choses en fait pour euh les enfants

47 **Shélihane : Les techniques de distractions.**

48 IDE 2 : Tout à fait.

49 **Shélihane : Et du coup comment c'est euh oui comment cette distraction elle permet une**
50 **meilleure prise en charge de l'enfant dans le sens où ça permet une meilleure prise en**
51 **charge euh ?**

52 IDE 2: Ben je dirais fin alors je sais pas si ça va répondre à la question, mais que ce soit sur le
53 moment et pour après. Parce que en fait quand tu vois que tu passes un bon moment entre
54 guillemets , je parle par exemple pour une pause de cathéter. Bah si t'as pause de cathéter elle
55 s'est bien c'est passée et que l'enfant a été distrait que t'as pris toutes les précautions entre
56 guillemets pour passer un bo... un moment le m...le plus sympa possible, euh tu le vois les
57 enfants quand ils reviennent, bah ils sont pas ils ont pas peur, voilà, ils sont quand même plus
58 euh ah bah quand je vois que je vais à l'accueil et qu'il y a des parents qui me disent bah « la
59 dernière fois le cathéter ça s'est pas bien passé, on l'a fait d'un coup comme ça » et puis ben du
60 coup tu vois l'enfant qu'à peine tu le regardes, il pleure. Bon bah voilà donc je dirais c'est et sur
61 le moment présent et sur euh sur le long terme, je sais pas si ça répond à ta question ou pas

62 **Shélihane : oui , oui c'est sa.**

63 IDE 2 : mais voilà je je pense que c'est un tout quoi.

64 **Shélihane : C'est une différence en tout cas.**

65 IDE 2 : oui

66 **Shélihane : Ok, et du coup en quoi, parce que je sais aussi que du coup y'a le ... vous êtes**
67 **un binôme puriculteur et AP, et en quoi ce binôme il est important et il joue un rôle**
68 **essentiel en faite ?**

69 IDE 2 : Eh beh il est important parce que ben l'auxi elle va avoir des méthodes euh , elle va
70 avoir des trucs que nous on sait pas forcément faire. Voilà et euh notamment ben la distraction,
71 c'est vrai que nous on essaie plus de se concentré entre guillemets sur euh le soin. Et les
72 auxiliaires elles sont vraiment là pour eux la distraction et aussi euh elles tiennent comme
73 jamais les enfants haha. Voilà donc c'est pour ça que quand on veut nous les enlever, mon Dieu
74 c'est compliqué, mais ouais je veux dire enfin vraiment c'est hyper important d'avoir ouais.

75 **Shélihane : Et enfin est-ce que tu peux me donner un exemple de situation où la**
76 **distraction a été efficace lors d'un soin douloureux ?**

77 IDE 2 : Heuu

78 **Shélihane : Si tu en as ?**

79 IDE 2 : Ouais ben après euh j'te dit la pose de cathéter euh ou alors euh les aérosols aussi
80 quand tu mets un aérosol à un petit de deux ans que c'est un peu l'âge compliqué et que tu vas
81 chercher un petit jouet ou quelque chose une peluche. Bah forcément il va fin il va détourner
82 son attention et donc du coup tu vas plus facilement réussir à lui laisser le masque sur le sur le
83 sur le visage donc voilà je pense que c'est un bon exemple que j'ai eu encore, il y a pas
84 longtemps voilà

85 **Shélihane : heu parfait bah c'est fini. Est-ce que tu as quelque chose à rajouter ?**

86 IDE 2 : Non c'est un bon sujet haha.

87 **Shélihane : ben merci beaucoup .**

88 IDE 2 : Et puis précise bien qu'il faut nous laisser nos auxiliaires.

89 **Shélihane : Oui faut les laisser c'est important !**

ANNEXE 6 : ENTRETIEN N°4

ENTRETIEN N°4 : puéricultrice (Valérie)

Service des petits enfants. Durée de l'entretien 17 :07 minutes.

1 **Shélihane : Du coup merci d'avoir accepté de réaliser cet entretien avec moi. Du coup est-**
2 **ce que vous pouvez-vous présenter ?**

3 IDE 3 (Valérie) : Alors je m'appelle Valerie euh ça fait 22 ans que je suis dans le service donc
4 médico, chir , petit . Euh mon parcours professionnel, donc j'ai fait l'école d'infirmière après je
5 suis arrivée sur l'hôpital en tant qu'infirmière. Et après je suis partie en formation
6 professionnelle payée par l'hôpital en ... c'était quoi sept ans après que je sois rentrée après
7 l'école d'infirmière.

8 **Shélihane : d'accord ok, au niveau de la triade soignant, parents, enfant, quel place**
9 **accordez-vous aux parents lors d'un soin ?**

10 IDE 3 : Alors euh le parent est complètement intégré dans le soin hein parce que on fait pas de
11 soin, très très peu de soin euh sans les parents. Chaque te t'a travaillé ici ?

12 **Shélihane : non j'ai fait en consult pédiatrique un stage mais c'est j'ai vue..**

13 IDE 3 : ha consult donc déjà tu as un peu vue heu voilà euh les parents ont leur importance
14 parce que l'enfant est un peu perdu sans les parents donc euh les parents sont perdus sans leurs
15 enfants. Donc oui il y a une place importante, on on a tout le temps pratiquement.. alors il y a
16 de temps en temps, on laisse quand même la porte ouverte parce qu'il y a des parents qui ne
17 souhaitent pas venir dans nos soins donc il faut que ce soit heu proposé, mais pas imposé non
18 plus parce qu'il y en a qui le sentent pas. Il y en a des parents qui le sentent pas qui selon le soin
19 que l'on fait. Mais en tout cas c'est toujours proposé le parent peut toujours venir lors d'un soin
20 quoi, ce qui est un peu déconcertant d'ailleurs pour les élèves parce que les propriétaires disent
21 « oh la la il y a tout le monde qui nous regardent ».

22 **Shélihane : C'est c'est stressant !**

23 IDE 3 : c'est stressant, souvent c'est un peu stressant par rapport aux élèves parce y'a souvent
24 la mère des fois le père, des fois on accepte les deux parents qui viennent donc eux mais ils sont
25 tout le temp là.

26 **Shélihane : Ils font partie du soin !**

27 IDE 3 : ils font partie du tout à fait

28 **Shélihane : du coup comment vous y prenez-vous pour intégrer les parents dans le soin ?**

29 IDE 3 : Alors euh quand ils sont tout petits heum selon ce qu'on fait comme soi... geste
30 technique, on utilise le sucre doux donc les parents il faut qu'ils aient un peu leur rôle aussi.
31 Parce que c'est pas que à regarder son bébé dans la détresse, donc heu ils ont un rôle aussi
32 pendant que nous on fait le soin eux on leur donne le sucre doux avec la sucette, on leur explique
33 comment il faut donner donc du coup ils sont quand même acteurs, ils ont pas l'impression
34 d'être là passif comment je fais. Ou quand on met heu quand on utilise des jeux ou des choses
35 comme ça donc les parents souvent ils prennent le relais sur les jeux. Et les plus grands, souvent
36 ils tiennent un peu le MÉOPA . Souvent y y'a des fois on leur dit ben « tenez tenez »

37 **Shélihane : Le MÉOPA**

38 IDE 3 : Ouais ils tiennent un peu le MÉOPA donc euh ils ont du coup, ils sont impliqués dans
39 le soin, ils sont acteurs, ils sont avec leurs enfants et au plus proche de leur tête. Pour que ils
40 voient un visage connu que ce soit le sucre doux, ben ils parlent avec leur enfant, que ce soit le
41 MÉOPA ils ont le visage de papa et maman à coté quoi, donc souvent c'est comme ça qu'on
42 intègre dans le soin.

43 **Shélihane : Dans le soin ok et vous quel rôle vous jouez ?**

44 IDE 3 : Alors euh fff dans le soin, nous c'est un peu plus compliqué parce que soit le soin on est
45 un peu plus concentré si on fait

46 **Shélihane : Sur le soin**

47 IDE 3 : Voilà sur le soin. Le rôle de l'auxiliaire est un peu plus euh ça dépend de ce qu'on fait
48 un peu plus dans la diversion euh souvent des fois elles font des comptine ou des choses comme
49 ça. C'est vrai que nous en tant qu'infirmière, on est quand même plus dans le soin quand même
50 moins dans le... bon de temps en temps on chante hein voilà mais quand meme on reste quand

51 même un peu plus dans le soin par rapport à l'auxiliaire qui va faire un peu de l'hypnose ou le
52 faire partir sur quelque chose d'autre cha... faire des chanson des choses comme ça. Nous, on
53 reste quand même souvent un peu plus concentré sur le soin qu'on a à faire, on ne peut pas faire
54 la diversion pendant qu'on pique

55 **Shélihane : c'est ça**

56 IDE 3 : Heu on peu pas fin c'est un peu compliqué quoi donc euh souvent on délègue justement
57 aux parents ou à l'auxiliaire ça dépend. Ça dépend si l'auxiliaire elle tient vraiment l'enfant ou
58 on n'arrive pas. Souvent oui nous c'est un peu plus compliqué de faire la diversion quand on
59 fait un soin. Après les chansons oui on chante un peu ou on dit des blagues aux plus grands,
60 des choses comme ça. Chez les plus grands, oui chez les plus grands, on arrive parce que on
61 est plus en interaction, chez les tous petits c'est la distraction ou la diversion heu des jouets
62 devant donc là c'est un peu plus compliqué pour nous.

63 **Shélihane : oui c'est vrai . Ensuite, en ce qui concerne les émotions qu'évoque pour vous**
64 **le terme émotion chez l'enfant ?**

65 IDE 3 :Les émotions elles sont diverses, parce que des fois les émotions elles sont négatives,
66 on va dire ou l'enfant pleure, ou c'est compliqué. Très souvent parce que il y a l'appréhension
67 hein ils ont peur hein , ils arrivent dans un milieu, ils sentent qu'il y a quelque chose qui va se
68 passer euh donc on change de pièce souvent donc heu ça ils commencent déjà un peu à se
69 stresser.Euh chez les plus petits, on est obligé un peu de les maintenir le bras parce que ils
70 nous le t'entraient pas donc on est obligé de maintenir le bras pour faire le soin. Donc rien que
71 ça sans avoir déjà piqué, ils sentent qu'il y a quelque chose qui va se passer. Donc ça c'est un
72 peu compliqué hum heu fff je sait plus c'que j'allais te dire... c'était quoi la question ?

73 **Shélihane : Qu'évoque pour vous le terme émotion ?**

74 IDE 3 : Oui voilà, donc eux déjà heu voilà il y en a que ils sentent. Après ça dépend si on on
75 travaille ou pas avec du MÉOPA. Heu quand on travaille du MÉOPA les plus grands d'abord,
76 ils adhèrent beaucoup le MÉOPA les plus grands. Les petits des fois ça marche pas tout le temps
77 même les plus grands hein ça marche pas tout le temps des fois il y a l'effet inverse, ils se sentent
78 stressé avec le MÉOPA . Bon ben ça marche ça marche on continue ça marche pas on arrête
79 hein donc euh.. et des fois euh pendant le soin, il y en a qui arrivent vraiment à s'évader à nous
80 raconter des histoires rigolotes. Donc là l'émotion elle n'est pas du tout la même quoi ! Heu ce

81 qu'on essaye, c'est qu'on essaye que le soin euh ne soit pas un moment douloureux, et que ce
82 soit un moment où ils pensent fin qu'ils aient que ça l'esprit parce qu'on fait une prise de sang
83 ou on pose le cathéter. Au contraire, faut que ce soit le plus agréable possible, malgré le geste
84 un peu diff... technique difficile. Il faut que ce soit ben soit sous MÉOPA et il y en a qui ont
85 fini le soin, ils dit « oh non continue, on continue avec le MÉOPA » parce qu'ils aiment en fait
86 les plus grands, ils l'expriment donc forcément c'est plus facile. « non non on continue, on le
87 remet le MÉOPA » parce que du coup l'émotion elle est pas du tout la même quoi !

88 **Shélihane : et oui c'est ça.**

89 IDE 3 : C'est vrai que des fois un enfant qui peut pleurer, c'est plus par le stress des fois que
90 par la douleur parce qu'on le sent. Nous quand on pique un enfant, si on a mis du MÉOPA si on
91 selon ce qu'on a mis, on sent qu'ils ont pas mal parce qu'on on sent que le le bras se retire pas,
92 on sent les choses comme ça, on sent pas la douleur, mais on sent la peur. Parce qu'ils ont peur
93 d'être maintenu, donc l'émotion est différente par la peur, la douleur, selon euh il y a des gestes
94 quand même.. sont beaucoup plus douloureux, donc oui il y a des fois que c'est de la douleur.
95 Voilà c'est différent euh... chaque geste est différent, chaque enfant est différent, le même soin
96 et même sur le même soin le même enfant, des fois, on fait le soin quelques heures après « tient
97 c'est pas pareil »

98 **Shélihane : ça change**

99 IDE 3 :Ça change parce que ben on a pas on est pas tous au .. linéaire sur nos émotions, donc
100 c'est un peu compliqué des fois, il faut s'adapter.

101 **Shélihane : Heum du coup de quelle manière vous y prenez-vous pour gérer les émotions
102 de l'enfant ?**

103 IDE 3 :Ben après quand c'est le stress, c'est vraiment la diversion qui marche bien, quand c'est
104 la douleur ben c'est plus voilà elle le MÉOPA , l'EMLA heu.. Ça dépend de l'émotion à laquelle
105 on a affaire quoi

106 **Shélihane : On va adapter quoi**

107 IDE 3 : On adapte. Heu c'est rare qu'on mette rien du tout pour piquer fin, chepa après ça
108 dépend le soin, mais on a quand même ou des médicaments euh des antalgiques avant si on fait
109 un pansement euh, souvent le méopa donc euh ... Parce qu'on sait que la douleur et la peur, on

110 sait que voilà après la prochaine fois ils vont pas venir volontiers s'ils en gardent un mauvais
111 souvenir. Donc souvent on met quand même des moyens pour pas que ils repartent avec des
112 mauvais souvenirs du du soin quoi.

113 **Shélihane : ok, du coup ah oui pour la distraction, j'ai marqué quels moyens techniques**
114 **utilisez-vous lors d'un soin du coup il y a le méopa ?**

115 IDE 3 : Oui il y a méopa , y'a les chansons, y'a la musique, euh y'en a qui ont les petites
116 vidéos hein chacun des petites vidéos, il y a les petites marionnettes, il y a les euh pfff y'a les
117 p'tit jeux d'enfants quoi, on peut adapter en fonction de l'âge quoi, euh voilà quoi, p'tites
118 vidéos euh chose comme ça.

119 **Shélihane : ok, comment ces distractions du coup elles permettent une meilleure prise en**
120 **charge de l'enfant ?**

121 IDE 3 : C'est-à-dire au plus l'enfant est calme au mieux le soin se réalise quand même hein. Si
122 l'enfant il se tord de partout, qu'il hurle de partout, pour arriver à piquer correctement ben c'est
123 compliqué quoi donc eux au plus l'enfant est calme. Après nous on y est habitué hein , c'est pas
124 les pleurs de l'enfant qui vont nous perturbé parce que on s'y habitue. Enfin au départ c'est
125 perturbant, après il a beau hurle ça nous perturbe pas, c'est pas nous qu'on est perturbé, c'est le
126 fait que l'enfant le vive le mieux possible, voilà. C'est ça qui est quand même mieux, et c'est
127 quand même plus agréable quand l'enfant est calme, que ça se passe le plus sereinement pour
128 la maman pour l'enfant pour nous c'est quand même plus agréable hein. Mais euh après ben
129 on s'adapte parce qu'il y en que le méopa sa marche pas du tout ben on arrête hein si sa marche
130 pas ben sa marche pas hein. Y'en a qui se sentent stressés avec méopa hein, qui n'aiment pas
131 ce masque sur le visage donc heu.. on adapte !

132 **Shélihane : Ensuite heu ducoup vous travaillez en binôme avec l'auxiliaire de**
133 **puériculture, et en quoi ce binôme du coup joue un rôle dans cette distraction ?**

134 IDE 3 : On travaille tout le temps en binôme, effectivement en pédiatrie, ce qui est un peu rare
135 en vrai ailleurs, tu as dut passer un peu chez les adultes c'est pas comme ça hein

136 **Shélihane : Pas du tout**

137 IDE 3 : Chez les enfants, on peut pas aller piquer un tout petit.. alors chez les plus grands, on
138 le fait heu là du côté chir on le fait hein chez le plus grand, on arrive à les piquer seul. Heu

139 chez le bébé et l'enfant, c'est plus compliqué parce que c'est rare qu'il soit cohérent au soin,
140 j'veux dire « c'est bon je donne mon bras » donc d'où du coup l'importance du rôle parce que
141 nous on est dans le soin technique euh c'est là qu'intervient vraiment euh l'auxiliaire, donc il
142 faut qu'elle tienne un peu le bras de l'enfant, et puis en même temps proposer la diversion. Voilà
143 donc là le rôle est très important.

144 **Shélihane : Est-ce que vous vous voyez, je sais pas euh faire un soin mais sans l'AP ?**

145 IDE 3 : Il y a des fois ben quand on est débordé par le travail des fois on fait mais c'est pas
146 confortable c'est pas confortable, pour personne hein. Heu c'est plus... c'est plus agréable de
147 faire le soin avec l'auxiliaire, t'façon on peut pas ! Fin piquer un bébé toute seule on peut pas
148 hein ! Chez les tout petit en néonate, elles le font parce que vraiment ils bougent vraiment pas,
149 elles arrivent des fois à le piquer toute seule. Heu nous, ils sont quand même plus grands heu ça
150 bouge beaucoup quoi donc euh on peut pas le faire toute seule.

151 **Shélihane c'est impossible**

152 IDE 3 : On est obligé que l'auxiliaire nous tiennent le le bras de l'enfant ou le bébé pour poser
153 un KT ou quoi que ce soit hein c'est pas possible. Non le rôle de l'auxiliaire pour le coup... les
154 anciens quand je suis arrivée, les anciens disaient heu une P L

155 **Shélihane : C'est quoi une PL ?**

156 IDE 3 : Une PL c'est une ponction lombaire.

157 **Shélihane : Ah oui la ponction lombaire**

158 IDE 3 : Une ponction lombaire réussie c'est une ponction lombaire bien tenue. Donc c'est-à-dire
159 que c'est la ponction lombaire si elle est bien c'est maintenue par l'auxiliaire elle est réussi !
160 Donc ça ... d'où le rôle, l'importance de ce rôle. C'est les anciens médecins qui disait ça.
161 Donc l'importance et et nous on le voit quand on des infirmiers... des auxiliaires avec qui on
162 travaille ici eux elles auront quelques années d'expérience, on a pas trop de jeunes juste arrivés
163 heu ça se voit du tout au tout hein. Quand je vais piquer avec une auxiliaire qui est expérimentée,
164 j'me dis c'est bon je vais y arriver, quand il y a une nouvelle, que elle sait pas pour le tenir,
165 elle tient pas bien, elle a pas l'habitude, les auxiliaires les anciennes elles vont te tenir la le
166 bras du petit et elle vont te dire c'est là où ils font piquer. Elle voyent sans elles voyent où est
167 la veine, elle te dit c'est là qu'il faut piquer. Elles euh les anciennes elles sont... elles ont

168 l'expérience , et elles te tiennent bien l'enfant et t'es t'es sûr de réussi quand tu t'es... l'enfant
169 est bien maintenu et que elles font la distraction avec machin

170 **Shélihane : T'es sûr de réussir !**

171 IDE 3 : Ah ouais , ça a un rôle hyper important quoi !

172 **Shélihane : OK et enfin pour finir, est-ce que vous pouvez me donner un exemple de**
173 **situation où vous avez utilisé la distraction et dans laquelle elle a été efficace lors d'un**
174 **soin douloureux ?**

175 IDE 3 : Oh ben y'en a plusieurs un des situations hein surtout sur les plus grands hein quand on
176 met le méopa, après on les fait partir sur des histoires complètement farfelus euh «ou c'est que
177 tu es?» « dans quel pays tu es » les plus grand alors ça marche euh

178 **Shélihane : ça marche bien ?**

179 IDE 3 : Ha ouais , hum sur le méopa alors là on leur fait dire n'importe quoi « et je suis dans le
180 dans le désert » bon « et oui j'chui dans le chameau » et y partent et là on y arrive là on y
181 arrive parce que du coup comme eux nous-même en faisant le soin là on y arrive parce que du
182 coup il y a une interaction par rapport au bébé ou c'est des fois le plus difficile, là on y arrive
183 pendant qu'on est en train de piquer, on va lui dire « mais t'es où ? » « Bah chui sur le chameau,
184 chui sur le chameau toujours, dans le désert, ha maintenant chez changer de pays » c'est sur le
185 chameau je suis sur le chameau toujours dans le désert, puis là je ah là, j'ai changé le pays » et
186 là en fait-on le fait évader sur euh souvent souvent on leur dit qu'est-ce qu'ils aiment, hum
187 qu'est c'qu'ils aiment comme passion, si on parle du foot, ben nous on s'adapte au foot alors
188 heu si on s'adapte heu au judo le machin on va partir heu teddy rinner fin n'importe quoi

189 **Shélihane : En fonction de ce qu'ils aiment ?**

190 IDE 3 : En fonction de ce qu'ils aiment. Des fois y'en a qui aiment heu .. on est partie les
191 dernières vacances, on est partie là et hop ils partent et on part sur quelque chose qui leur plaît
192 et on leur fait évader sous méopa sa marche très bien, dans le soin ça marche très très bien.
193 Chez les tout petits bébés, c'est plus compliqué forcément .

194 **Shélihane : Et oui !**

195 IDE 3 : Et puis les bébés eux ils aiment bien les choses euh devant leurs yeux euh qui sont
196 attirés par le regard, les bruits aussi les bruits selon ce qu'on met, mais les choses qui bougent,
197 les bâtons de pluie, les choses comme ça.

198 **Shélihane : Tout ce qui est voilà sensoriel**

199 IDE 3 : Un peu ouais un peu sensoriel un peu visuel qu'ils regardent voilà ils sont un peu
200 plus... les bulles aussi ça marche très bien c'est les bulles !

201 **Shélihane : Les bulles chez qu'elle tranche d'âge à peu près ?**

202 IDE 3 : Petit hein même petit là quand ils voyent les bulles alors là ça leur plaît ça , les bulles
203 ça marche bien ça, ça c'est un truc qui marche super bien, les bulles ils adorent ça « on continue
204 les bulles » ils aiment bien les bulles.

205 **Shélihane : Tant mieux hein, et voilà et pour conclure, est-ce que vous avez quelque chose
206 à rajouter ?**

207 IDE 3 : Qu'est ce que j'ai à rajouter... le méopa moi je le voit la différence quand même, on
208 s'en sert beaucoup hein plus hein, il y'a 20 ans, plus de 20ans , on n'utilisait pas le méopa,
209 chez les tout petit d'abord, on n'avait pas l'autorisation.

210 **Shélihane : Ah**

211 IDE 3 : C'était pas autorisé chez les tout petits, c'était chez les plus grands, chez les tout petits,
212 on l'utilisait pas hein, c'est pas si vieux que ça même chez les deux mois on l'utilise pas. ^[P]_{SEP} C'est
213 pas si vieux que ça, et c'est vrai que ça détend beaucoup les enfants quand même.

214 **Shélihane : Mais ça change**

215 IDE 3 : Ça change énormément le soin.

216 **Shélihane : Ben oui forcément moi je l'ai vu hein au consult pédiatrique tout le temps le
217 méopa c'était...**

218 IDE 3 : oui et ça c'est vrai que c'est devenu pfff courant quoi le méopa on l'utilise énormément
219 énormément. Et c'est vrai que je sais pas quel pourcentage mais pffff plus de 90 % des cas ça
220 ça adhère quoi ça adhère bien, ils aiment le méopa. Les ados alors les ados souvent ils adorent
221 même desfois ils en réclament plus parce que voila.. les enfants souvent ils aiment, les bébés

222 souvent ça les apaise quoi. Les parents ils repartent sereins quoi ils disent « ha ça c'est bien
223 passé il a pas pleuré il a pas eu mal » et tout le monde est plus décontracté.

224 **Shélihane : Et même l'enfant il n'est pas traumatisé on va dire pendant le soin.**

225 IDE 3 : voilà c'est ça, le méopa ça a vraiment euh révolutionner quand même beaucoup le soin

226 **Shélihane : En pédiatrie ?**

227 IDE 3 : Oui oui oui. Après l'EMLA ça fin moi y'a 22 ans que chui là pfff l'EMLA on l'utilisait,

228 mais euh c'est vrai que combiné avec le méopa euh... Après on l'utilise pas systématiquement

229 selon le soin que l' on fait, une prise de sang chose comme ça on le fait pas chez les tout petit

230 heu... mais chez le plus grand des qu'ils appréhendent trop on le fait quoi, voilà.

231 **Shélihane : Ok, ben merci beaucoup**

232 IDE 3 : Ben de rien !

233 **Shélihane : C'est très gentil et voilà.**

ANNEXE 7 : GRILLE D'ANALYSE ENTRETIENS

La triade parent, enfants, soignants				
Sous thèmes	IDE 1	IDE 2	IDE 3	AP
Présentation	- Travail dans le service des grands enfants	- Travail dans le service des urgences pédiatriques	- Travail dans le service des petits enfants	- Travail dans le service des grands enfants
La place des parents dans le soin	<p>L. 15-19 : « Alors moi je j'leur pose même plus la question, ils sont bien sûr euh toujours présents, à part si je vois que ça pose problème et qu'ils se sentent pas ou que l'enfant par exemple des fois les ados ont pas envie, c'est eux qui décident. Ils voient entre eux, l'enfant a son mot à dire bien sûr, et puis les parents. Mais moi ils viennent systématiquement euh avec moi pour les soins. »</p> <p>L. 21-22 : « c'est une priorité après voilà si l'enfant ou le parent ne veut pas c'est autre chose, mais moi je leur dis toujours de venir »</p>	<p>L. 9-10 : «Et ben je dirais presque que c'est la principale parce que si t'as pas les parents euh moi je trouve que t'arrives pas forcément à faire le soin correctement. »</p> <p>L. 12-13 : « avec les parents c'est pas du tout le même que quand ils sont pas là donc euh pour moi c'est c'est essentiel. »</p>	<p>L. 10-11 : « Alors euh le parent est complètement intégré dans le soin hein parce que on fait pas de soin, très très peu de soin euh sans les parents. »</p> <p>L. 13-15 : «euh les parents ont leur importance parce que l'enfant est un peu perdu sans les parents donc euh les parents sont perdus sans leurs enfants. »</p> <p>L. 16-18 : « on laisse quand même la porte ouverte parce</p>	<p>L. 17-18 : « alors moi je ... fin ça dépend de soin déjà. Mais en règle générale, les parents, il faut qu'ils soient présents heu auprès de leur enfant leur tenir la main, les rassurer. »</p> <p>L. 63-65 : «Heu leur dire qu'ils vont nous accompagner parce que nous, on tient à ce que les parents nous accompagnent en en salle de soins pour euh pour être auprès de leurs enfants hein. »</p>

	<p>L 160-163 : « Et là c'est ... autant je trouve qu'avant, on n'intégrait pas beaucoup les parents, maintenant ils sont présents dans tous les soins, fin c'est même pas impensable d'eux qui participent pas aux soins et même des fois ça nous paraît bizarre qu'ils ne veulent pas venir, mais on le comprend tout à fait. »</p>		<p>qu'il y a des parents qui ne souhaitent pas venir dans nos soins donc il faut que ce soit heu proposé, mais pas imposé non plus parce qu'il y en a qui le sentent pas. »</p>	
Rôle des parents dans le soin	<p>L. 29- 34 : « alors euh le parent , alors nous ce qui, ils ont déjà un rôle souvent prédéfinis parce qu'on utilise beaucoup le meopa, le gaz hilarant .Pour les soins, notamment les soins douloureux, donc du coup ils, c'est eux qui tiennent le masque. Donc c'est vrai que souvent ça les aide parce que ben c'est leur enfant c'est des soins voilà qui sont un peu stressants pour eux et pour les enfants donc du coup ça leur donne un but, une euh ils ont une mission donc du coup ils sont fixé un peu sur ça et sur leur enfant donc c'est pas plus mal. »</p>	<p>L 18-20 : « après ce que je leur demande s'ils peuvent m'aider quoi, fin voilà je veux vraiment essayer de de de montrer qu'ils sont importants et euh et voilà je pense. »</p> <p>L. 27-28 : « je pense que les parents sont là aussi pour contenir un peu ses émotions. »</p>	<p>L. 31-36 : « donc heu ils ont un rôle aussi pendant que nous on fait le soin eux on leur donne le sucre doux avec la sucette, on leur explique comment il faut donner donc du coup ils sont quand même acteurs, ils ont pas l'impression d'être là passif comment je fais. Ou quand on met heu quand on utilise des jeux ou des choses comme ça donc les parents souvent ils prennent le</p>	<p>L. 17-18 : «Mais en règle générale, les parents, il faut qu'ils soient présents heu auprès de leur enfant leur tenir la main, les rassurer . »</p> <p>L. 18-22 : « Donc on les accompagne beaucoup à ça parce qu'il y en a qui le font de manière assez naturelle et d'autres qui ont besoin d'être un peu poussés parce qu'ils sont soit dans l'émotion heu soit ils savent pas vraiment comment gérer puisque</p>

	<p>L. 39-40 : « leur euh travail c'est euh de distraire l'enfant de lui parler de garder le contact avec et euh d'être avec eux, qui s'occupe pas du soin. »</p>		<p>relais sur les jeux. Et les plus grands, souvent ils tiennent un peu le MÉOPA . Souvent y y'a des fois on leur dit ben « tenez tenez » »</p> <p>L.38-39 : «ils sont impliqués dans le soin, ils sont acteurs, ils sont avec leurs enfants et au plus proche de leur tête. »</p>	<p>ça s'est jamais présenté à eux, soit ils sont un peu aussi dans la pudeur, ça peut arriver »</p> <p>L. 22-24 : « on essaye de les accompagner au mieux pour leur dire d'être heu proches de leurs enfants, de les aider , leurs chanter des chansons, les rassurer, de leur parler voilà . »</p>
Rôle des soignants	<p>L. 45-47 : Dans les soins, et ben euhm Ce qui est des fois compliqué, c'est quand c'est des soins un peu critiques un peu spécifiques où ben il faut rester concentrés, mais en même temps on doit garder le la relation le contact avec l'enfant et et les le parent »</p> <p>L. 46-47 : « on doit garder le la relation le contact avec l'enfant et et les le parent, mais surtout avec l'enfant. »</p> <p>L. 51-54 : « Euh Après moi j'arrive assez facilement, la</p>	<p>L.17-18 : « Comment jee afff... heu ben jee leur explique déjà ce qu'on va c'qu'on va faire, je parle beaucoup à l'enfant aussi »</p> <p>L.32-34 : «:alors il y a le jeu, ben déjà la communication elle est primordiale que ce soit verbale ou heu non verbale parce que ben voilà quand tu vas les aider, quand tu vas poser une main , quand fin je parle plus pour les plus grands, mais euh voilà. »</p>	<p>L. 49-54 : « C'est vrai que nous en tant qu'infirmière, on est quand même plus dans le soin quand même moins dans le... bon de temps en temps on chante hein voilà mais quand meme on reste quand même un peu plus dans le soin par rapport à l'auxiliaire qui va faire un peu de l'hypnose ou le faire partir</p>	<p>L. 41-43 : « Euh nous , on est un peu le à des moments, je dirais qu'on est un peu euh médiateur médiatrice euh entre euh ... Tout dépend en fait de comment se déroule le soin mais on est un peu le le ouais le médiateur entre le parent et l'enfant »</p> <p>L. 66-68 : « Heuu voilà donc nous on va être euh on va être un peu heu la</p>

	<p>parole vient assez facilement quand on met en place le méopa il y a un petit temps pendant qu'on prépare, ben là si on connaît pas trop l'enfant, c'est là où on prend contact un peu avec lui elle lui demande ce qu'il aime et tout ça et du coup après hop ça ça devient un sujet de conversation et ça se fait assez naturellement. »</p> <p>L. 167-168 : « aussi parce que c'est un parent euh c'est leur enfant qui est là et on est là aussi autant pour eux que pour les enfants en faite. »</p>		<p>sur quelque chose d'autre cha... faire des chanson des choses comme ça. Nous, on reste quand même souvent un peu plus concentré sur le soin qu'on a à faire, on ne peut pas faire la diversion pendant qu'on pique »</p>	<p>personne qui va les rassurer leur expliquer comment ça va se dérouler euh ce qu'on va faire à à leur enfant etc.... »</p>
--	--	--	---	--

Les émotions

Sous thèmes	IDE 1	IDE 2	IDE 3	AP
Les émotions de l'enfant	<p>L. 63-65 : «euh très présent, qu'on contrôle pas, qu'ils ne contrôle pas non plus, mais eux encore plus. Euh Ce sont bah ce sont des réactions naturelles et qu'il faut faire avec, euh autant pour l'enfant que pour nous. »</p>	<p>L. 22 : « Ho là , arc-en-ciel ! Naan émotion heuu ffee »</p> <p>L. 24-27 : « bah émotion en faite c'est c'est un groupe fin ouais un peu un gros panel quand même parce que ça peut-être un peu de tout,</p>	<p>L. 65 : «:Les émotions elles sont diverses, parce que des fois les émotions elles sont négatives »</p> <p>L. 66-69 : « Très souvent parce que il y a l'appréhension hein ils ont</p>	<p>L. 71-73 : « :Euh plusieurs choses, ben ça va être l'émotion, soit il va pleurer, soit il y en a qui vont être euphoriques, ça peut arriver aussi. Euh parce qu'ils savent pas, parce que c'est compliqué de se contenir</p>

		heu ça peut-être émotion triste, joie, enfin ça peut-être beaucoup de choses ça vient très rapidement chez les enfants. »	peur hein , ils arrivent dans un milieu, ils sentent qu'il y a quelque chose qui va se passer euh donc on change de pièce souvent donc heu ça ils commencent déjà un peu à se stresser. »	quand on est en stress face à un soin qui va qui va arriver. »
La gestion des émotions de l'enfant	<p>L. 75- 76 : «C'est compliqué, c'est c'est au cas par cas hein, c'est sur le moment euh on essaie de voilà comme je disais de positiver de ben les laisser sortir discuter avec eux. »</p> <p>L. 80-84 : « Voilà après la réaction ça dépend un peu de comment ça se passe sur le moment mais euh Après ça peut nous toucher nous aussi, malheureusement on a nous aussi ou heureusement chepa nos émotions, donc on fait avec c'est il y a des expériences ou des choses qui nous touchent plus particulièrement ou parce que ça nous renvoie à quelque</p>	<p>L. 32-33 : « alors il y a le jeu, ben déjà la communication elle est primordiale que ce soit verbale ou heu non verbale parce que ben voilà quand tu vas les aider »</p> <p>L. 38-41 : « c'est des des c'est une formation qu'on passe et en fait c'est des points des points un peu de d'effleurage qu'on fait avec euh c'est un mélange de médecine chinoise et en fait ça va venir détendre l'enfant. Et tu peux le faire avant le soin »</p>	<p>L. 95-97 : « Voilà c'est différent euh... chaque geste est différent, chaque enfant est différent, le même soin et même sur le même soin le même enfant, des fois, on fait le soin quelques heures après « tient c'est pas pareil » »</p> <p>L. 80-83 : « Heu ce qu'on essaye, c'est qu'on essaye que le soin euh ne soit pas un moment douloureux, et que ce soit un moment où ils pensent fin qu'ils aient que ça l'esprit</p>	<p>L. 73-80 : « . Il y en a qui vont être assez heu renfermés aussi euh donc il va falloir essayer de débloquer tout ça et de de de les accompagner toujours pareil hein par le dialogue en faite ça va essentiellement passer par la enfin selon moi, euh pour pour arriver à savoir ce qu'ils cqu'ils cqu'ils éprouvent donc on va leur demander « comment tu te sens ? est-ce que tu te sens triste ? Est-ce est-ce que tu as peur ? Tu as le droit d'avoir peur, tu as le droit de</p>

	<p>chose de personnel. »</p>		<p>parce qu'on fait une prise de sang ou on pose le cathéter. »</p> <p>L. 83-84 : « Au contraire, faut que ce soit le plus agréable possible, malgré le geste un peu diff... technique difficile. »</p> <p>L.103-105 : « Ben après quand c'est le stress, c'est vraiment la diversion qui marche bien, quand c'est la douleur ben c'est plus voilà elle le MÉOPA , l'EMLA heu.. Ça dépend de l'émotion à laquelle on a affaire quoi »</p>	<p>pleurer » voilà toujours ne pas bloquer en fait leur émotions, il faut les accompagner dedans et les laisser s'ils ont besoin de pleurer, ils ont besoin de de d'évacuer en fait selon heu selon ben les émotions qui vont les traverser quoi ! »</p> <p>L. 87-91 : « Donc on essaye de pas utiliser des mots euh trop négatifs, donc on va dire que « ça va être un soin », plus qu'une prise de sang. Euh on n'est pas toujours, on arrive pas toujours hein il y a des fois, on se laisse un peu selon la charge de de du de travail en service selon le soin qu'on a à faire. On va utiliser des mots comme le pic de moustique »</p> <p>L. 94-96 : « et euh on va</p>
--	------------------------------	--	---	---

				montrer des fois parfois sur leur doudous aussi ça peut arriver d'imager ça un peu comme on peut quoi ! voilà . »
La distraction				
Sous thèmes	IDE 1	IDE 2	IDE 3	AP
L'intérêt de la distraction dans le soin	L.101-106 : « Ah bah du coup euh l'enfant il est moins stressé, le soin se passe bien euh euh c'est pas euh traumatisant pour lui donc si y en a un prochain à faire ben il va pas venir avec le stress et l'angoisse. Euh les parents sont moins stressés aussi parce qu'ils voient que ça s'est bien c'est passé donc pareil ils pourront parler de façon euh moins stressée-vis à vis de leur enfant, donc forcément il y aura pas de de transmission du stress qu'il peut y avoir aussi de la part des parents sans.. inconsciemment bien sûr. Et euh et voilà donc forcément ça sera que du positif. »	L. 52-57 : « que ce soit sur le moment et pour après. Parce que en fait quand tu vois que tu passes un bon moment entre guillemets , je parle par exemple pour une pause de cathéter. Bah si t'as pause de cathéter elle s'est bien c'est passée et que l'enfant a été distrait que t'as pris toutes les précautions entre guillemets pour passer un bo... un moment le m...le plus sympa possible, euh tu le vois les enfants quand ils reviennent, bah ils sont pas ils ont pas peur, voilà »	L. 218-2020 : « oui et ça c'est vrai que c'est devenu pfff courant quoi le méopa on l'utilise énormément énormément. Et c'est vrai que je sais pas quel pourcentage mais pffff plus de 90 % des cas ça ça adhère quoi ça adhère bien, ils aiment le méopa. » L. 107-108 : « Heu c'est rare qu'on mette rien du tout pour piquer fin, chepa après ça dépend le soin » L. 121 : « C'est-à-dire au plus l'enfant est calme au mieux le soin se	L. 103-106 : « peu ça les ça leur permet de pas se souvenir du soin derrière. Donc de pas avoir cet effet traumatisant derrière aussi, parce que il se peut que plus tard ils ai besoin d'autres soins au cours de l'hospitalisation même plus tard dans leur vie , on ne sait pas et pour pas qu'ils restent focalisé là-dessus » L. 107-109 : voilà toujours pareil le dialogue hein donc on va, on va leur demander de nous raconter « est-ce que tu vois des

	<p>L. 92-93 : « Ben le méopa, On met aussi l'EMLA avant pour tout ce qui est ponction, voilà que ce soit bilan sang ou pose de KT ou chose comme ça, ou injection sous cutanée ou IV ou IM. »</p>		<p>réalise quand même hein. »</p> <p>L. 128-130 : Mais euh après ben on s'adapte parce qu'il y en que le méopa sa marche pas du tout ben on arrête hein si sa marche pas ben sa marche pas hein.</p>	<p>éléphants roses ? »</p> <p>« Regarde il y a des jolis dessins au plafond » là je parle pour les urgence parce qu'il y a des dessins au plafonds. »</p> <p>L. 119-123 : « Ben à partir du moment où ils se détendent, ils se détendent du coup si l'enfant il est moins stressé , moins tendue, pour une prise de sang par exemple on va plus facilement trouver les veines. On va plus facilement arriver à mettre en mettre en position le cathéter avec heum tous les dispositif de perfusion si y'en a derrière. Heu on va ça va nous faciliter nous la tâche en tant que soignant à à faire ce soin. »</p>
Les différentes techniques de distractions	<p>L. 92-95 : « Ben le méopa, On met aussi l'EMLA avant pour tout ce</p>	<p>L. 79-81 : « Ouais ben après euh j'te dit la pose de</p>	<p>L. 29-30 : « Alors euh quand ils sont tout petits heum</p>	<p>L. 102-103 : « Heu le MÉOPA ça ça va être en</p>

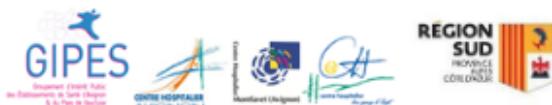
	<p>qui est ponction, voilà que ce soit bilan sang ou pose de KT ou chose comme ça, ou injection sous cutanée ou IV ou IM. Euhm Après on utilise ben la... l'hypnose conversationnelle pour euh partir ailleurs en plus du méopa ça marche super bien ensemble. »</p> <p>L. 129-133 : « , j'étais aux urgences pédiatriques et on faisait une suture. C'était au niveau du pied, et euh la petite fille me dit , parce que je lui demande pendant que le médecin prépare tout , on lui met le méopa et pendant qu'elle lui met le méopa, elle me dit euh euh qu'elle aime bien euh nager aller dans l'eau tout ça. Donc on je commence à lui dire ben allez, on va aller se baigner, on part dans l'océan tout ça »</p>	<p>cathéter euh ou alors euh les aérosols aussi quand tu mets un aérosol à un petit de deux ans que c'est un peu l'âge compliqué et que tu vas chercher un petit jouet ou quelque chose une peluche. »</p>	<p>selon ce qu'on fait comme soi... geste technique, on utilise le sucre doux »</p> <p>L. 75-76 : « on travaille du MÉOPA les plus grands d'abord, ils adhèrent beaucoup le MÉOPA les plus grands. »</p> <p>L. 115-118 : «Oui il y a méopa , y'a les chansons, y'a la musique, euh y'en a qui ont les petites vidéos hein chacun des petites vidéos, il y a les petites marionnettes, il y a les euh pfff y'a les p'tit jeux d'enfants quoi, on peut adapter en fonction de l'âge quoi, euh voilà quoi, p'tites vidéos euh chose comme ça »</p> <p>L. 179-186 : « Ha ouais , hum sur le méopa alors là on leur fait dire n'importe quoi « et je suis dans</p>	<p>générale à 90 % du temps 95 % du temps quand l'enfant peut en avoir ça ça va beaucoup nous aider »</p> <p>L. 111-112 : « Enfin voilà on essaye de les évader en fait par le dialogue avec le MÉOPA. Ça fait partie des outils qu'on a. »</p>
--	---	--	--	--

			<p>le dans le désert » bon « et oui j'chui dans le chameau » et y partent et là on y arrive là on y arrive parce que du coup comme eux nous-même en faisant le soin là on y arrive parce que du coup il y a une interaction par rapport au bébé ou c'est des fois le plus difficile, là on y arrive pendant qu'on est en train de piquer, on va lui dire « mais t'es où ? » « Bah chui sur le chameau, chui sur le chameau toujours, dans le désert, ha maintenant chez changer de pays » c'est sur le chameau je suis sur le chameau toujours dans le désert, puis là je ah là, j'ai changé le pays » et là en fait-on le fait évader »</p> <p>L. 119 : « Un peu ouais un peu sensoriel un peu visuel</p>	
--	--	--	---	--

			<p>qu'ils regardent voilà »</p> <p>L. 202-204 : « Petit hein même petit là quand ils voyent les bulles alors là ça leur plaît ça , les bulles ça marche bien ça, ça c'est un truc qui marche super bien, les bulles ils adorent ça « on continue les bulles » ils aiment bien les bulles. »</p> <p>L. 218-219 : « le méopa on l'utilise énormément énormément. »</p>	
<p>L'importance du binôme puéricultrice et auxiliaire de puériculture</p>	<p>L. 116 : « C'est essentiel. Ah oui oui moi je je je fais aucun soin seul »</p> <p>L. 118-124 : « l'avantage qu'on a vraiment chez les en pédiatrie c'est ça c'est d'être vraiment à deux d'être complémentaire, c'est vraiment une complémentarité comme je le disais t'a l'heure pendant que tu fais un soin si t'es concentré</p>	<p>L. 70-73 : «Voilà et euh notamment ben la distraction, c'est vrai que nous on essaie plus de se concentré entre guillemets sur euh le soin. Et les auxiliaires elles sont vraiment là pour eux la distraction et aussi euh elles tiennent comme jamais les enfants haha. »</p>	<p>L. 158 : « Une ponction lombaire réussie c'est une ponction lombaire bien tenue. »</p> <p>L. 163-165 : « Quand je vais piquer avec une auxiliaire qui est expérimentée, j'me dis c'est bon je vais y arriver, quand il y a une nouvelle, que elle sait pas pour le tenir,</p>	<p>L. 132-137 : « Donc heum nous on va voilà beaucoup discuter aussi avec la puéricultrice durant le soin ben « tu vois là ma collègue elle est en train de te tenir le bras », « tu vois là , je suis en train de te mettre le savon ça fait un peu froid » . Et du coup on rebondit y en a une qui va dire</p>

	<p>sur ce soin là elle elle va se sentir, elle va prendre le relais. Il y a jamais un moment où personne ne parle après si on voit que l'enfant a besoin voilà bien c'est sûr on va savoir se taire. Mais autant dans le côté technique, elle va t'aider va te passer des choses ou quoi autant voilà pour apaiser l'enfant pour que tout se passe bien c'est essentiel. »</p>	<p>L. 88 : « Et puis précise bien qu'il faut nous laisser nos auxiliaires. »</p>	<p>elle tient pas bien, elle a pas l'habitude »</p>	<p>quelque chose ben en général ça se fait assez de manière assez naturelle hein, c'est pas très calculé, mais heu voilà c'est c'est quand on est en binôme, c'est vrai que ça fonctionne assez bien de de de faire ça. »</p>
--	--	---	---	---

ANNEXE 8 : AUTORISATION DE DIFFUSION



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

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

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

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

Je soussignée (Prénom, NOM) : Shéhane Atia

Promotion : 2022-2025

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

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

(Titre du TFE)

A la conquête du sourire : gérer les émotions de l'enfant hospitalisé à travers la distraction

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

oui

non

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

oui

non

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

Fait à Avignon, le 15/05/2025

Signature :

À la conquête du sourire : gérer les émotions de l'enfant hospitalisé à travers la distraction

Résumé : Ce travail de fin d'études explore le rôle de la distraction dans la gestion des émotions de l'enfant au sein de la triade relationnelle. Au cours d'un stage, je me suis questionnée sur la manière dont les soignants et les parents accompagnent les émotions de l'enfant lors d'un soin. Ainsi, ma question de départ est la suivante : « Dans quelle mesure la relation parents enfant soignant influence-t-elle la gestion des émotions de l'enfant lors de soins douloureux ? ». J'ai donc décidé d'exploiter des notions tel que l'alliance entre le parent et le soignant, les émotions et la distraction en me basant sur de nombreuses références théoriques et articles. Ces recherches m'ont permises de comprendre l'importance de la place parentale dans le soin et les techniques de distractions utilisées pour gérer les émotions de l'enfant. L'enquête exploratoire s'appuie sur 4 entretiens semi- directifs réalisés auprès de 3 infirmières puéricultrices et d'une auxiliaire de puériculture dans divers services. Leur analyse, montrant les points communs et les pratiques réelles sur le terrain, souligne la place indispensable des parents dans le soin et l'alliance avec les soignants, qui permettent de gérer les émotions par la distraction, malgré certaines limites.

Mots clés : Enfant, Émotions, Distraction, Parent, Soignant, alliance.

Nombre de mots : 194 mots

Conquering the smile: managing the emotions of hospitalized child through distraction

Abstract : This end of course assignment explores the role of distraction in managing the emotions of hospitalized children within the relational triad. During a work placement, I questioned how caregivers and parents support children's emotions during treatment. Thus, my initial question is the following: "To what extent does the relationship between parent, child and caregiver influence the management of the child's emotions during painful care?" So I chose to explore the notions of alliance between parent and caregiver, as well as distraction techniques based on numerous theoretical references and articles. This research helped me understand the importance of parental presence and the alliance between caregivers and parents in care and the distraction techniques used to manage a child's emotions. The exploratory study is based on 4 semi-structured interviews with 3 pediatric nurses and a childcare assistant from different departments. The analysis, highlighting common themes and real-life practices emphasizes the essential role of parents in care and their alliance with caregivers, which enables emotional management through distraction, despite certain limitations

Keys words : Child, Emotion, Distraction, Parent, Caregiver, alliance

Number of words : 168 words