



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Communiquer avec l'enfant intubé, ventilé et sédaté en réanimation pédiatrique



Formateur référent mémoire : ROBIN Gaël

DIOP - Prisca
Formation infirmière
Promotion 2018-2021

04/05/2021



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Communiquer avec l'enfant intubé, ventilé et sédaté en réanimation pédiatrique



Formateur référent mémoire : ROBIN Gaël

DIOP - Prisca
Formation infirmière
Promotion 2018-2021

04/05/2021



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle de formation-certification-métier

Diplôme d'État Infirmier

Travaux de fin d'études : *La communication en réanimation pédiatrique*

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'État d'Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 04/05/2021

Identité et signature de l'étudiant : Prisca Diop

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

Pour commencer, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé à la réussite de ce mémoire.

Je remercie mon référent de mémoire, Gaël Robin, pour son accompagnement tout au long de ce travail de recherche, sa disponibilité, ses conseils et ses encouragements, et ce même à distance en cette période particulière.

Un grand merci à ma famille, mes amis, mes proches, pour leur soutien et leur écoute durant ces trois années de formation. Merci à eux d'avoir cru en moi et de m'avoir épaulé dans la réussite de ce projet professionnel.

Je remercie également les formateurs de l'institut de formation en soins infirmier de Pontchaillou ainsi que les différents professionnels rencontrés tout au long de mes stages, merci à eux de m'avoir appris mon futur métier, sur le plan théorique et sur le plan pratique et de m'avoir accompagné dans ma construction professionnelle.

J'adresse un remerciement particulier aux trois infirmières qui ont accepté de s'entretenir avec moi et de me donner de leur temps afin de me faire part de leur expérience et d'enrichir mon travail de recherche.

Enfin, je remercie mes amies de promotion qui ont contribué à rendre ces trois années de formation plus belles et moins difficiles par leurs conseils et leur soutien.

Sommaire

I. Introduction.....	1
II. Cheminement vers la question de départ.....	3
III. Cadre conceptuel.....	5
1. La communication de l'infirmière.....	5
2. Le prendre soin.....	7
3. L'enfant et ses besoins.....	7
4. L'enfant en réanimation.....	9
5. La réanimation pédiatrique.....	10
5.1. L'intubation.....	10
5.2. La ventilation artificielle.....	10
5.3. La sédation-analgésie.....	11
6. Le bien être de l'enfant hospitalisé et de sa famille.....	12
IV. L'entretien semi-directif : le dispositif méthodologique.....	15
V. Analyse descriptive des entretiens.....	17
1. La communication dans le prendre soin en service de réanimation pédiatrique : ses formes, son rôle.....	17
2. Les moyens de communications utilisés par l'infirmière face à l'enfant intubé, ventilé et sédaté.....	17
3. L'évaluation du bien être de l'enfant en réanimation pédiatrique.....	18
3.1. L'échelle de Comfort Behaviour.....	18
3.2. L'observation et les signes cliniques.....	19
4. La relation triangulaire parents / enfant / soignants.....	19
4.1. Le rôle des parents dans la prise en soin de leur enfant.....	19
4.2. Le rôle des soignants auprès des parents.....	19
5. Le vécu du soignant.....	20
5.1. Les difficultés rencontrées.....	20
5.2. L'évolution du soignant au fil de son expérience.....	21
5.3. Les émotions du soignant.....	21
VI. Analyse interprétative et discussion.....	23
1. L'importance de la communication dans le prendre soin.....	23
2. Les moyens de communication utilisés par les soignants.....	24
3. L'évaluation et la prise en compte du bien être de l'enfant.....	26
4. Le rôle de la famille dans le bien être de l'enfant.....	27
VII. Conclusion.....	30
Bibliographie.....	31

Annexe I : guide d'entretien

Annexe II : retranscription des entretiens

Annexe III : tableaux d'analyse

Annexe IV : échelle de Comfort Behaviour

I. Introduction

Pour la réalisation de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, j'ai choisi d'orienter ma réflexion sur le thème de la communication en réanimation pédiatrique.

En effet, tout au long de la formation infirmière, nous explorons les différentes valeurs et les différents concepts inhérents à l'exercice du métier d'infirmière. Des valeurs et des concepts tels que l'empathie, la bienveillance, le respect de la dignité de l'autre.

Mon stage de Semestre 5 effectué en réanimation pédiatrique m'a ainsi permis de trouver mon sujet de recherche. Lors de ce stage, je me suis beaucoup questionnée sur l'importance de la communication dans la prise en soin d'un patient, plus précisément ici d'un enfant intubé, ventilé et sédaté.

Les services de réanimation étant des lieux de soins angoissants pour les patients et leurs familles, je me suis questionnée sur la posture, l'attitude à adopter afin que ce passage en réanimation soit le moins traumatisant possible pour l'enfant et son entourage. Les enfants étant intubés, ventilés et sédatés sont vulnérables et soumis à de nombreuses agressions à la fois physiques et psychiques lors de l'hospitalisation. J'ai ainsi voulu comprendre comment les soignants parviennent à adapter leur posture, leurs modes de communication afin d'instaurer une relation de confiance et de répondre au mieux aux besoins de l'enfant en réanimation.

Dans un premier temps, j'ai exposé une situation vécue en stage qui m'a permis de débiter ma réflexion et d'élaborer ma question de départ.

J'ai ensuite réalisé mon cadre conceptuel à l'aide de différentes lectures afin de définir et d'approfondir les différentes notions et concepts présents dans ma question de départ. Une partie sera ainsi consacrée à la communication et à ses différentes formes, nous aborderons ensuite l'enfant et ses besoins. Une partie sera dédiée à la réanimation pédiatrique et aux ressentis de l'enfant en réanimation. Enfin, nous terminerons par la prise en compte du bien être de l'enfant et de sa famille en réanimation pédiatrique.

J'ai poursuivi mon travail de recherche en allant à la rencontre de trois infirmières exerçant en service de réanimation pédiatrique, j'ai ainsi réalisé trois entretiens semi-directifs dans le but de poursuivre

mon enquête sur le terrain et de mieux comprendre les pratiques de soins. J'ai ensuite analysé ces trois entretiens et présenté les résultats de cette analyse dans mon analyse descriptive.

Pour finir, j'ai confronté les résultats de mon enquête exploratoire avec les apports théoriques présents dans mon cadre conceptuel afin d'en extraire les similitudes et les différences tout en y apportant mon point de vue personnel sur les différentes thématiques.

II. Cheminement vers la question de départ

La situation que je souhaite exposer se déroule lors de mon stage de troisième année, semestre 5. Il s'agit d'un stage en service de réanimation pédiatrique.

Ce jour-là, j'accompagne l'infirmière dans ses soins quotidiens, et nous nous apprêtons à nous rendre dans la chambre de N, un jeune garçon de 13 ans, hospitalisé en réanimation suite à de graves complications lors de l'intervention visant à retirer son craniopharyngiome. N est intubé, ventilé et sédaté par Morphine et Hypnovel. Les doses de sédation ont cependant été diminuées dans le but de tendre progressivement vers l'extubation et le réveil de N.

Nous entrons dans la chambre de N, l'infirmière se présente à lui et lui explique que c'est elle qui va s'occuper de lui aujourd'hui, accompagnée par une étudiante infirmière, et l'auxiliaire de puériculture. L'infirmière prend la main de N et la caresse, elle lui dit qu'elle le trouve mal installé, elle lui explique alors que nous allons lui faire sa toilette afin de pouvoir le réinstaller plus confortablement par la suite. N n'a pas de réaction.

Nous préparons le matériel avec l'auxiliaire de puériculture pendant que l'infirmière vérifie son poste. Une fois terminé nous commençons la toilette de N. L'infirmière explique à N qu'elle va commencer par passer le gant humide sur son visage, au moment où l'infirmière nettoie ses yeux N commence à froncer les sourcils. L'infirmière rassure alors N et lui dit : « ça va aller N, je sais que tu n'aime pas quand je touche ton visage mais je vais faire vite, c'est juste pour te rafraîchir un peu ensuite je t'essuie ». L'infirmière sèche le visage de N et poursuit le soin en lavant son corps. Elle remarque que le pourtour de la sonde urinaire de N semble inflammatoire et dit en s'adressant à l'auxiliaire de puériculture et moi-même : « tenez regardez, c'est assez moche à cet endroit vous ne trouvez pas ? ». L'infirmière parle ensuite à N et le rassure en lui disant de ne pas s'inquiéter, que ce n'est rien de grave, seulement une petite rougeur, et que nous allons surveiller et soigner cela.

Après avoir fini l'avant du corps de N l'infirmière lui explique que nous allons le tourner sur le côté, vers l'auxiliaire de puériculture et moi, afin qu'elle puisse laver son dos et le masser. Au moment du changement de position, N se met à tousser à plusieurs reprises. L'infirmière lui dit alors qu'elle va devoir l'aspirer et que cela ne va pas être très agréable mais qu'il sera soulagé par la suite. Elle passe alors de notre côté et vient aspirer les sécrétions dans la trachée de N. Celui-ci se met de nouveau à grimacer et froncer les sourcils, et son rythme cardiaque s'accélère. L'auxiliaire et moi lui caressons alors la main et la jambe, en lui disant que l'infirmière a bientôt fini. N finit par s'apaiser de nouveau

une fois l'aspiration terminée.

Nous terminons ensuite le soin et réinstallons N plus confortablement. Avant de quitter la chambre, l'infirmière lui prend la main et lui explique que nous reviendrons tout à l'heure pour changer sa poche d'alimentation, et qu'en attendant papa et maman vont bientôt arriver.

Cette situation m'a beaucoup questionné, notamment sur le comportement de l'infirmière. C'est la première fois que j'étais confrontée à la prise en soin d'un patient intubé, ventilé et sédaté, ne pouvant pas communiquer par la parole. Je me suis ainsi demandé en quoi la parole, la communication de l'infirmière envers le patient sédaté est-elle importante ? Comment cette communication peut-elle influencer sur les ressentis du patient, sur son angoisse ou son anxiété ? Et que peuvent ressentir le patient et le soignant dans ces situations ? Comment l'infirmière parvient-elle à instaurer une relation de confiance avec son patient lorsque la communication est altérée par les différents appareillages et la sédation ?

Je me suis également questionnée sur l'impact de la communication de l'infirmière sur le bien être du patient et sur la place du toucher et du non verbal dans la prise en soin de l'enfant en réanimation.

Ces différents questionnements ont permis de faire émerger la question de départ de mon travail de recherche qui est la suivante : « **Dans quelle mesure la communication de l'infirmier(e) contribue au bien-être de l'enfant intubé, ventilé et sédaté ?** ».

Mes hypothèses sont les suivantes :

- La communication de l'infirmière contribue au bien être et au confort de l'enfant hospitalisé en réanimation pédiatrique.
- La communication est indispensable pour une prise en soin de qualité.
- L'expérience du soignant favorise la prise en compte de l'aspect relationnel lors de la prise en soin.
- Les parents sont également acteurs du bien être de leur enfant en réanimation pédiatrique.

III. Cadre conceptuel

1. La communication de l'infirmière

Selon Claude ROY, « la communication est un processus verbal ou non par lequel on partage une information avec quelqu'un ou avec un groupe de manière que celui-ci comprenne ce qu'on lui dit. Parler, écouter, comprendre, réagir... constituent les différents moments de ce processus. La communication permet aux partenaires de se connaître, d'établir une relation entre eux. Cela peut entraîner des modifications d'attitude et de comportement. »

La communication nécessite la présence de deux personnes au moins, à savoir un émetteur, ce dernier va transmettre le message, l'information, à un récepteur, celui-ci est donc le destinataire du message ou de l'information. Il existe plusieurs outils permettant de s'assurer de la compréhension du message comme la reformulation, la réitération ou encore le feed-back.

Nous pouvons distinguer deux types de communication, à savoir la communication verbale et la communication non verbale. La communication verbale comprend la parole et l'écrit. Il s'agit de ce qui est dit.

Selon A. BIOY, F. BOURGEOIS et I. NEGRE, la communication verbale n'est pas ce qui prime lors d'un échange. En effet, la communication verbale ne représente que 7% de l'ensemble du message ou de l'information qui cherche à être transmise. 38% de la communication est vocale, et passe ainsi par l'intonation utilisée et le son de la voix. Enfin, 55% de la communication est visuelle, on parle alors de communication non verbale. Celle-ci s'exprime par le langage corporel, l'expression du visage, le contact des yeux, la posture, ou encore le toucher.

Eric DELPIERRE, dans « *Communiquer avec le patient et ses proches, une priorité en réanimation* » met en avant le fait que la communication entre le soignant et le patient reste primordiale quel que soit le niveau de conscience du patient. En effet, afin d'instaurer une relation de confiance avec le patient, il est essentiel d'énoncer les soins pratiqués et de prendre le temps d'expliquer au patient ce qui va se passer, ce qu'il va ressentir. Ne pas communiquer avec le patient sur ce qui va lui être fait peut être source d'anxiété pour lui, et de traumatisme. Cela peut rompre le lien qui existe entre soignant et soigné, et mettre en danger la relation de confiance qui s'est installée. Le respect de la dignité et du confort du patient doit rester une priorité dans la prise en soin, et cela passe par une communication adaptée au patient.

De même, Michèle GROSCLAUDE dans « *Le langage en réanimation, les implications pour le patient et le soignant* » rappelle à quel point la communication occupe une place importante dans la relation de soin entre un soignant et un patient. Toutefois, en service de réanimation, la parole peut être mise de côté de par l'état somatique et psychique du patient, l'hyper-technicité des soins et le stress que cela engendre. L'échange par la parole se heurte ainsi à plusieurs obstacles : tout d'abord « la conviction que le patient dans le coma ou sédaté ne peut entendre » également « la difficulté à mobiliser la pensée et la parole sans avoir aucun retour » et enfin « l'ignorance du pouvoir du langage et de la parole et de ses effets sur le patient. » En effet, lors de sa communication avec le patient, l'infirmière doit être vigilante dans l'utilisation de ses mots car les mots peuvent être interprétés de manières violentes, et accentuer davantage l'anxiété du patient en réanimation.

Ainsi, le toucher relationnel reste le moyen de communication privilégié lors de la prise en soin d'un enfant comateux ou sédaté. Il permet de diminuer l'anxiété de l'enfant, et à une fonction de réassurance et de sécurisation auprès de celui-ci. Il permet au patient de ressentir son corps autrement que par les gestes invasifs et parfois douloureux auxquels il est confronté quotidiennement et est ainsi source de bien-être.

Dans « *Communiquer avec le patient et ses proches, une priorité en réanimation* » Eric DELPIERRE rappelle également à quel point il est important de donner au patient en réanimation des repères, et de le replacer « dans un contexte familial et rassurant. » Cela peut passer par l'écoute de la musique qu'il aime, par l'utilisation de ses produits d'hygiène lors de la toilette, ce qui va stimuler son odorat, et lui procurer du plaisir et de la réassurance par l'intermédiaire d'un parfum qui lui est familier, ou encore par le fait de lui parler de sujets qu'ils apprécient particulièrement.

Pour ce faire, il est essentiel de communiquer avec la famille, l'entourage de l'enfant, afin de connaître ses habitudes et d'en apprendre plus sur lui. Cela permettra d'avoir une prise en soin adaptée à chaque enfant et de réaliser au mieux un projet de soin personnalisé.

Communiquer avec l'enfant hospitalisé nécessite ainsi de repérer ses besoins et de s'adapter à ceux-ci. L'enfant est un être en développement, qui poursuit la construction de son identité et l'apparition de la maladie peut venir ralentir, freiner son évolution. La maladie et l'hospitalisation étant vécus différemment selon l'âge et le stade de développement de l'enfant, il est primordial pour l'infirmière de s'adapter à l'enfant qu'elle a face à elle.

2. Le prendre soin

La notion de prendre soin a été étudiée tout particulièrement par Walter HASBEEN, infirmier et docteur en santé publique.

Dans « Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante » W. HASBEEN désigne ainsi « cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé ». Il ajoute également que « cette attention particulière contenue dans le prendre soin ne peut, à chaque fois, qu'être unique ». Il rappelle ainsi à quel point chaque individu est unique et doit donc être pris en soin « dans sa singularité, avec ses propres particularités. »

3. L'enfant et ses besoins

La Convention internationale relative aux droits de l'enfant de 1989 définit l'enfant comme : « 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 ».

Selon le dictionnaire Larousse, le besoin se définit comme : « une exigence née d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique : besoin de manger, de dormir ».

T.B. BRAZELTON et S.I. GREENSPAN, deux professeurs de pédiatrie, définissent les besoins fondamentaux de l'enfant indispensables à son développement psychologique. Ils distinguent ainsi 7 besoins fondamentaux :

- Le besoin de relations chaleureuses et stables : dès le plus jeune âge, l'enfant a besoin de « relations émotionnelles interactives » pour se construire. Ces relations vont alors s'exprimer dans un premier temps par le regard, les mimiques. Ces différents échanges avec les figures d'attachements que sont notamment la mère et le père sont primordiaux dans le développement affectif du bébé.
- Le besoin de protection physique, de sécurité et de régulation : l'enfant se construit dans un milieu de vie stable, il a besoin de relations familiales et sociales qui lui procurent de la sécurité, à l'inverse, un environnement familial générateur de stress peut avoir des conséquences néfastes sur le développement psychologique de l'enfant.

- Le besoin d'expériences adaptées aux différences individuelles : « Chaque enfant a son propre comportement dans les domaines émotionnel, relationnel et dans celui de l'apprentissage. Il évoluera avec l'âge et la maturité. » Il est donc essentiel de s'adapter à chaque enfant, cela exige une approche spécifique de la relation en fonction de l'enfant, il n'y a pas de règles pré-établies ou d'attitude standard à adopter, tout est fonction de l'enfant.
- Le besoin d'expériences adaptées au développement : l'enfant passe par différentes étapes tout au long de son développement. Ainsi, à chaque âge nous pouvons distinguer des besoins de nature différente. Dès 3 à 4 mois, l'enfant a besoin de sécurité vis-à-vis des événements extérieurs, vers 4 à 6 mois, c'est un besoin de sécurité intérieure qui prime, et qui permet à l'enfant d'interagir en confiance avec autrui. Le développement de la communication non verbale et de la conscience de soi se fait de 6 à 18 mois, enfin, la maîtrise des mots et de la pensée viennent progressivement tout au long du développement de l'enfant. Ainsi, l'organisation de la vie de l'enfant doit tenir compte de ces différentes étapes, de ces évolutions, afin d'être en adéquation avec son développement et avec ses besoins.
- Le besoin de limite, de structures et d'attentes : les différents apprentissages pendant l'enfance sont rendus possibles grâce à l'existence d'un climat de confiance et de sécurité établi entre l'enfant et les personnes qui l'entourent. Pour ce faire, la discipline doit être inculquée de façon répétée, progressivement et patiemment, dans le but, plus tard, que l'enfant acquiert à son rythme une « véritable autodiscipline de vie ».
- Le besoin d'une communauté stable, de son soutien et de sa culture : l'enfant a besoin de vivre dans un milieu où il se sent intégré, accepté et aidé dans ses relations avec les autres. La langue, le type de civilisation, la culture, la religion, la famille, l'école... sont autant de facteurs qui participent à l'épanouissement de ce besoin.
- La protection de notre avenir : le fait d'assurer et de répondre aux besoins psychologiques et affectifs des enfants est primordiale pour l'avenir des générations futures qu'ils représentent et pour le bien-être de notre société.

Ainsi, pour répondre aux mieux aux besoins de l'enfant et concourir à un développement harmonieux de celui-ci, les soignants sont amenés à s'adapter et à adapter leurs postures afin de créer une relation de confiance lors des soins.

4. L'enfant en réanimation

La réanimation pédiatrique est un service de haute technicité où la priorité est d'assurer les soins nécessaires à la survie de l'enfant. Néanmoins, « la dimension humaine et l'aspect psychologique ne doivent pas être négligés » pour autant comme nous l'explique Myrtha MARTINET-SUTTER et Mireille ROSSI-JELIDI dans : « *L'approche sensori-motrice pour soutenir le développement des enfants hospitalisés.* » Ainsi, des privations sensorielles et motrices ayant lieu pendant des périodes sensibles du développement de l'enfant risquent d'entraîner des perturbations durables et d'avoir des conséquences sur son développement futur.

En effet, la réanimation est un lieu avec de multiples sources de stress pour un enfant tels que les alarmes, la lumière persistante, le bruit des appareils, la douleur, l'inconfort, les soins invasifs... Il est donc important d'aménager le temps et l'espace afin de réduire autant que possible les stimuli agressifs liés à l'environnement. Des « techniques infirmières » se mettent ainsi en place en fonction du comportement de l'enfant afin de répondre au mieux à ses besoins et de lui apporter confort et bien-être. Cela peut passer par des caresses, des touchers-massages, des changements de positions, ou encore la mise dans les bras des parents en peau à peau y compris avec des enfants intubés lorsque cela est médicalement possible et autorisé.

Le passage d'un enfant en service de réanimation pédiatrique est un moment particulier de sa vie, il est important de prendre en compte « la dimension psychique » et les conséquences sur son développement que peut avoir ce passage en réanimation afin que cet événement soit le moins traumatisant possible pour l'enfant, et que cela ne constitue pas un « moment de rupture insurmontable dans le déroulement de sa vie. »

Le toucher étant l'un des moyens de communication les plus utilisés en réanimation pédiatrique ; l'accompagner d'un ton de voix sécurisant et rassurant, permet de donner du sens aux gestes, ainsi, les soins corporels peuvent permettre à l'enfant de « réinvestir son corps et lui donner des sensations d'intégrité corporelle. »

En effet, comme nous le dit Eloïse HELLIER dans « *Adapter sa communication à l'enfant ou à l'adolescent hospitalisé* » la répétition de gestes de soins agressifs, invasifs et douloureux physiquement entraînent souvent des modifications de l'image corporelle de l'enfant. Il est donc important et nécessaire d'accompagner ses gestes par des mots adaptés, afin que l'enfant comprenne ce qui se passe, et afin de diminuer son appréhension et son angoisse.

5. La réanimation pédiatrique

La réanimation se définit comme : « l'ensemble des moyens visant à restaurer ou maintenir les grandes fonctions vitales. Il s'agit de relayer les fonctions vitales défaillantes : respiratoire, métabolique, digestive, neurologique. » Ainsi, la réanimation pédiatrique prend en charge les enfants nés à terme, jusqu'à l'âge de 18 ans, présentant des défaillances de nature différentes.

En outre, la réanimation pédiatrique vise également à préserver la qualité de vie des patients hospitalisés en diminuant les sources de stress, d'inconfort, d'anxiété, et en préservant la reconnaissance du patient en tant que personne malgré l'omniprésence de la technicité.

5.1. L'intubation

Selon Laurence MOUZAT dans la revue de l'infirmière, il s'agit d'un geste technique qui consiste à introduire un tube, à savoir une sonde endotrachéale, dans la trachée. Cette sonde peut être introduite par le nez, nous parlerons alors d'intubation nasotrachéale ; ou par la bouche, et dans ce cas nous parlerons d'intubation orotrachéale. L'intubation trachéale peut avoir plusieurs objectifs comme d'assurer la libération des voies aériennes, de permettre la ventilation artificielle ou l'assistance respiratoire, de faciliter les aspirations trachéales, ou encore d'assurer l'étanchéité des voies respiratoires en empêchant l'inhalation du contenu gastrique. L'intubation ne peut être réalisée que par un médecin, un infirmier anesthésiste ou une sage-femme.

5.2. La ventilation artificielle

Selon le site internet de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, la ventilation artificielle « permet de remplacer ou d'aider les poumons lorsqu'ils ne sont plus capables d'apporter suffisamment d'oxygène dans le sang ou d'éliminer le gaz carbonique. Elle est également nécessaire si le malade n'est plus capable de respirer (épuisement, coma, anesthésie générale). » Elle s'effectue à l'aide d'une machine, le ventilateur ou respirateur. Celui-ci est relié aux poumons par l'intermédiaire d'une sonde d'intubation ou de trachéotomie, ou encore via un masque positionné sur le visage. Il existe plusieurs modes respiratoires en fonction des besoins et des capacités du malade. La ventilation contrôlée est par exemple utilisée pour les patients qui ne respirent pas, alors que la ventilation assistée sera utilisée chez les patients qui respirent mais pour lesquels une aide respiratoire reste essentielle. « Le ventilateur comporte des paramètres de surveillance continue avec une activation d'alarme lorsqu'un problème est détecté. » La nécessité d'une ventilation artificielle est réévaluée

quotidiennement et est arrêtée dès lors que le patient est en capacité de passer en ventilation spontanée.

5.3. La sédation-analgésie

La société française d'anesthésie et de réanimation définit la sédation comme « l'ensemble des moyens, médicamenteux ou non, destinés à assurer le confort physique et psychique du patient et à faciliter les techniques de soins. » Le recours à la sédation et à l'analgésie en service de réanimation permet ainsi de répondre à trois objectifs : lutter contre la douleur, prévenir les désordres neuropsychiques et améliorer l'oxygénation tissulaire. Le recours à la sédation permet également de soulager le vécu de gestes traumatisants.

Dans l'ouvrage « *Analgésie et sédation en réanimation* » C.ARDANUY-MOLLENS, S. GALENE-GROMEZ, T. BLANC et V. LAUDENBACH définissent la sédation-analgésie comme « l'ensemble des moyens, pharmacologiques ou non, mis en œuvre pour assurer le confort et la sécurité des patients dans un milieu source d'agressions physiques et/ou psychologiques. »

Ils rappellent également que la sédation peut avoir plusieurs objectifs, tout d'abord celui de lutter contre la douleur en priorisant le confort du patient et en supprimant les sensations de douleur. La sédation permet en outre de faciliter la réalisation de certains gestes et de permettre une adaptation du patient au ventilateur. La sédation peut également permettre de limiter l'apparition de lésions secondaires notamment dans le cadre de la prise en charge du patient cérébrolésé.

La sédation médicamenteuse est possible grâce à différentes molécules et différentes classes thérapeutiques de médicaments, tel que :

Les hypnotiques : les agents hypnotiques les plus utilisés pour la sédation en réanimation, en France, sont le Midazolam et le Propofol. Ce dernier étant utilisé pour des sédation de courte durée car sa durée d'action est très courte (2 à 8min). Le Midazolam reste donc la molécule de choix. Il possède des propriétés hypnotiques, anxiolytiques, anticonvulsivantes, amnésiantes et myorelaxantes.

Les opiacés : ils permettent d'assurer une analgésie puissante et sont également utilisés pour leur effet dépresseur respiratoire qui permet de faciliter l'adaptation du patient au respirateur. Les plus utilisés en réanimation pédiatrique sont la Nalbuphine, la Morphine, le Sufentanil ou le Fentanyl.

Les neuroleptiques : tels que le Nozinan par exemple, peuvent être utilisés en réanimation pédiatriques notamment chez les cérébrolésés, pour leur propriétés thérapeutiques sur les orages

neurovégétatifs.

Les curares : ils sont utilisés pour permettre notamment une adaptation complète du patient au respirateur et sont des compléments de la sédation.

Afin d'évaluer l'efficacité et la tolérance de la sédation et de l'analgésie chez l'enfant en réanimation pédiatrique, différentes échelles sont accessibles aux soignants.

Chez le nouveau-né, le nourrisson et l'enfant non communiquant, l'intervention d'un tiers est nécessaire pour réaliser cette évaluation. En réanimation pédiatrique, l'échelle utilisée est l'échelle COMFORT B. Celle-ci permet de mesurer la douleur et la sédation chez l'enfant en réanimation, sous respirateur, sédaté. Elle comprend 5 items, et pour chaque item 5 cotations possibles correspondant à une intensité croissante des symptômes. Les 5 items à coter sont les suivants :

- éveil
- calme ou agitation
- ventilation
- mouvements
- tonus musculaire
- tension du visage

Un score entre 6 et 10 reflète un excès de sédation, un score entre 11 et 17 est signe d'une sédation adéquate avec un enfant confortable, un score entre 18 et 22 témoigne d'une douleur possible, et enfin, un score entre 23 et 30 signifie que la sédation est insuffisante et que l'enfant est probablement douloureux ou inconfortable.

6. Le bien être de l'enfant hospitalisé et de sa famille

Le bien être est une notion difficile à définir dans la mesure où il existe plusieurs types de bien être tels que le bien être physique, psychique, le bien être au travail ou encore le bien être matériel. Néanmoins, selon le site « vocabulaire médical » le bien être peut se définir comme étant « un état agréable, de durée éminemment variable, procuré par la satisfaction des besoins du corps et par la tranquillité de l'esprit. »

Dans « *Analyse des pratiques en réanimation pédiatrique* » S. SEGURET, P. HUBERT et B. GOLSE nous rappel que l'un des premiers points nécessaires pour favoriser le confort et le bien être de l'enfant en réanimation pédiatrique, c'est l'évaluation et la gestion de sa douleur. C'est pourquoi des traitements

antalgiques et sédatifs sont systématiquement mis en place en vue des soins douloureux auxquels l'enfant est confronté. De même, les soignants veillent à la diminution des stimulations lumineuses et auditives, et regroupent les divers temps de soins afin de favoriser et de respecter autant que possible les temps de repos de l'enfant.

Il existe plusieurs échelles d'évaluation de la douleur de l'enfant en réanimation pédiatrique.

L'hétéro-évaluation est une évaluation de la douleur réalisée par une tierce personne à savoir les professionnels de santé le plus souvent. Elle est recommandée lorsque l'auto-évaluation est impossible, et se réfère à l'observation attentive de l'enfant. Nous pouvons distinguer différentes échelles d'hétéro-évaluation :

- Evendol : échelle recommandée dans l'évaluation de la douleur de l'enfant de moins de 7 ans. Elle regroupe 5 items à savoir l'expression vocale ou verbale, les mimiques, les mouvements, les positions et la relation avec l'environnement.
- Edin : basé sur l'observation du visage, du corps, du sommeil, de la relation avec les soignants et de la possibilité de réconfort, elle permet d'évaluer le stress, la douleur et l'inconfort de l'enfant. Elle est utilisée dans l'évaluation de la douleur et de l'inconfort du nouveau-né.
- Les échelles Comfort, Comfort-Behaviour ou Comfort-Néo : elles permettent d'évaluer la douleur, la douleur aiguë et/ou la douleur prolongée en réanimation ainsi que la profondeur de la sédation.

Il est également essentiel de communiquer avec les parents et de les inclure autant que possible dans la prise en soin de leur enfant. Comme nous avons pu le lire dans « *Analyse des pratiques en réanimation pédiatrique* » les parents, et surtout la mère, peuvent être amenés à se sentir privés de leur rôle, notamment celui de « mère nourricière et protectrice. » Ils se sentent impuissants face à l'état de santé de leur enfant, et peuvent avoir le sentiment que l'équipe médicale les remplace dans leur rôle parental. Il est souvent difficile pour eux de communiquer avec leur enfant, d'autant plus lorsque celui-ci est sédaté, intubé et ventilé. Les premières visites et la vision de leur enfant dans ce contexte constituent souvent un choc émotionnel important pour les parents. L'infirmière a alors un rôle d'intermédiaire chargée de faire le lien entre l'enfant et ses parents.

En effet, en réanimation, la question de l'état de conscience de l'enfant est régulièrement abordée par les parents qui se posent la question de savoir s'il perçoit les choses, s'il entend et comprend ce qui se passe autour de lui. Le fait que la communication soit à sens unique peut rendre les relations complexes

D'ailleurs, la Charte Européenne de l'enfant hospitalisé demande que l'enfant bénéficie de la présence des parents jour et nuit et que les parents soient associés aux soins. La présence des parents permet à la fois de diminuer l'anxiété de ces derniers mais aussi de diminuer l'anxiété de l'enfant. La présence des parents soutient et réconforte l'enfant pendant cette période difficile qu'il traverse. Néanmoins, les parents ont souvent besoin d'être guidés et d'être eux même rassurés. Il est donc nécessaire de les accompagner et de les encourager à maintenir un contact chaleureux avec leur enfant. Cela peut passer par le fait de lui prendre la main, lui faire des massages, le caresser ou encore lui parler, lui raconter une histoire.

Il est important de rappeler que ce sont les parents qui connaissent le mieux leur enfant, établir une relation de confiance et échanger avec eux permettra une prise en soin de l'enfant de qualité. Ainsi, le site Pédiadol dans la rubrique « *Comment communiquer avec les parents ?* » souligne que pour établir une relation de confiance avec les parents il est essentiel de tenir compte des informations sur l'enfant données par les parents, de les informer des moyens utilisés dans la prise en charge de la douleur et du confort de leur enfant, de les inviter à être présents et aider l'enfant pendant les soins, de faire preuve de bienveillance devant leur anxiété, de ne pas les culpabiliser et enfin, de les considérer comme de véritables partenaires.

L'article « *Le bien être du patient en réanimation - Comment l'améliorer ?* » met en avant le fait qu'il ne faut pas négliger la souffrance des parents qui sont eux aussi soumis à un grand moment de stress. Ils sont les interlocuteurs privilégiés dans la prise de décision concernant le devenir de leur enfant. Ainsi, leur présence et les informations qu'ils transmettent aux soignants permettent de reconnaître l'enfant en tant que personne et non comme un « objet de soin ».

Ils ont besoin de réconfort, d'être assurés que la souffrance physique et psychique de leur enfant est une priorité pour les soignants et que tout est mis en œuvre pour soulager cette souffrance. Se soucier de la façon dont ils vivent cette situation, faire preuve d'empathie et leur donner un temps pour exprimer les difficultés auxquelles ils font face témoigne de l'intérêt des soignants pour leur bien-être.

Ils sont également essentiels dans la construction future de l'enfant, ce sont eux qui à la sortie de l'hôpital vont l'entourer, le soutenir et l'aider dans sa réhabilitation physique et psychique mais pour ce faire il est primordial qu'ils soient eux-mêmes soutenus et entourés.

IV. L'entretien semi-directif : le dispositif méthodologique

À la suite de l'écriture de mon cadre conceptuel, trois thématiques se sont dégagées pour la réalisation de mon guide d'entretien. La première thématique était celle de la communication avec l'enfant intubé et sédaté. La deuxième thématique était celle du bien être de l'enfant et de ses parents. La troisième thématique quant à elle avait pour objectif de mettre en évidence les émotions que ce type de prise en soin pouvait susciter en tant que soignant et l'impact de l'expérience de l'infirmière sur sa prise en soin de l'enfant en réanimation.

J'ai par conséquent réalisé un guide d'entretien avec plusieurs questions permettant de recueillir des informations relatives à ces différentes thématiques. J'ai choisi de réaliser un entretien semi-directif. En effet, étant dans une démarche hypothético-déductive et qualitative, c'est ce qui me semblait le plus adapté. Pour ce faire, j'ai préparé un guide d'entretien en amont, composé de questions ouvertes et de relances afin de faciliter la libre expression des infirmières interrogées.

Les entretiens se sont faits à l'oral, auprès de trois infirmières exerçant en service de réanimation pédiatrique. Les entretiens se sont déroulés dans le service de réanimation pédiatrique, sur le temps de travail des infirmières, dans une chambre vide, ainsi nous avons pu échanger sans être interrompu et dans une ambiance calme.

Les trois infirmières interrogées ont des parcours différents. Certaines sont infirmières puéricultrices et d'autres non. Elles ont également une expérience différente et exercent dans le service depuis plus ou moins longtemps. Cela permet d'avoir des réponses variées selon les différents profils d'infirmières.

Pour commencer les entretiens, j'ai demandé l'accord des trois infirmières afin de pouvoir enregistrer notre échange à l'aide de mon téléphone tout en leur garantissant l'anonymat de leurs réponses. L'objectif était de pouvoir me concentrer davantage sur la discussion et non sur la prise de note, tout en facilitant la retranscription des entretiens par la suite.

Les entretiens ont été réalisés auprès de trois infirmières rencontrées lors de mon stage en réanimation pédiatrique. J'ai d'abord pris contact avec la cadre du service afin qu'elle me mette en relation avec les infirmières disponibles pour me rencontrer. Nous avons ensuite convenu d'une date et d'une heure à laquelle je pourrais me rendre directement dans le service afin de m'entretenir avec les trois infirmières de façon consécutive.

Ces entretiens ont duré entre 13 et 20 minutes.

Les trois entretiens se sont très bien passés. Les infirmières m'ont apporté des réponses construites avec du contenu pertinent et en lien avec mon cadre conceptuel. Le fait de connaître les infirmières de part mon stage réalisé auprès d'elles nous a permis d'être davantage dans l'échange et la discussion et d'être plus détendus pendant ces entretiens.

V. Analyse descriptive des entretiens

1. La communication dans le prendre soin en service de réanimation pédiatrique : ses formes, son rôle

La communication dans le prendre soin est définie comme étant essentielle et comme étant la base du prendre soin et d'une relation soignant-soigné de qualité pour deux des infirmières interrogées. L'une d'elle souligne le fait que la communication est un besoin pour elle, elle est nécessaire dans la relation qu'elle entretient avec son patient et pour elle il n'est pas possible de soigner sans communiquer. La communication est également décrite comme un échange entre deux personnes au moins, en effet, l'une des infirmières exprime le fait qu'en réanimation pédiatrique c'est l'infirmière qui communique avec l'enfant, mais il faut aussi que l'enfant communique avec les soignants afin qu'une relation se noue.

Selon les infirmières il existe plusieurs communications. Une distinction est ainsi faite entre la communication verbale et la communication non verbale. Lorsqu'elles communiquent verbalement avec l'enfant, les infirmières utilisent la parole pour se présenter à l'enfant, lui présenter l'environnement dans lequel il se trouve actuellement, ou encore lui expliquer ce qu'elles vont faire, les soins qu'elles vont réaliser. Pour se faire, deux des infirmières interrogées ont mis en avant l'importance d'utiliser des mots simples, adaptés à l'âge de l'enfant qui se trouve face à elles mais également à ses capacités neurologiques. Adapter sa communication à l'enfant est donc primordiale en réanimation pédiatrique. Pour ce faire, les infirmières usent aussi de la communication non verbale, il peut s'agir notamment du toucher, du regard, d'un ton de voix ou encore d'une façon de parler.

Communiquer avec l'enfant quel que soit son état de conscience est primordial pour instaurer une relation de confiance comme l'ont rappelé les trois infirmières. Cela permet également d'adapter sa prise en soin à chaque enfant et à ses besoins propres, mais aussi d'avoir un enfant plus détendu, plus en confiance et plus relaxé face à l'équipe soignante.

2. Les moyens de communication utilisés par l'infirmière face à l'enfant intubé, ventilé et sédaté

Afin d'entrer en relation avec l'enfant, et de communiquer avec lui, les trois infirmières interrogées ont mis en en avant le fait qu'elles communiquent de façon verbale avec l'enfant. Elles vont ainsi lui parler, lui expliquer ce qu'elles font, le prévenir avant de le toucher ou de commencer un soin.

L'IDE 2 a distingué deux types de situations : dans un premier temps celle de l'enfant en capacité de comprendre ce qu'on lui dit, mais en incapacité de parler : dans ce cas, l'infirmière communique avec lui en lui posant des questions fermées, auxquelles elle lui demande de répondre en clignant des yeux. Elle utilise également des photos, des imagiers, présents dans le service et qui lui permette de montrer à l'enfant ce qu'elle va faire, quel soin elle va réaliser, et qui vice versa peuvent permettre à l'enfant de montrer ce qu'il veut à l'aide de son doigt. En revanche, si c'est un enfant qui est en incapacité de parler, de cligner des yeux et de montrer du doigt, elle va dans ce cas se baser sur tout ce qui est non verbale tels que les expressions du visage, le scope, les signes cliniques. Elle explique ainsi : « **on communique beaucoup par le toucher, cela peut passer par un massage, une caresse, tenir la main de l'enfant** ». Afin de comprendre les ressentis de l'enfant, elle va observer son visage, si il grimace par exemple, ou encore observer le scope : « **un enfant qui est inconfortable ou douloureux, il peut être plus tachycarde, il peut être plus hypertendu.** »

L'IDE 3 quant à elle, agit de façon différente selon que l'enfant soit en isolement sensoriel ou non. En effet, si l'enfant est en isolement sensoriel il s'agit d'une prescription médicale qui nécessite que le cerveau de l'enfant soit mis au repos. Dans ce cas, l'infirmière va limiter les stimuli et va limiter le son de sa voix lorsqu'elle parle à l'enfant car cela peut avoir un impact néfaste sur l'évolution de sa prise en soin. Elle va également regrouper les soins afin de limiter ses passages dans la chambre. À l'inverse, si il n'y a pas de contre indication l'infirmière parle avec l'enfant intubé, ventilé et sédaté comme elle le ferait avec un enfant lambda. Elle souligne ainsi : « **Je sais pas ce qu'il comprend, je sais pas ce qu'il entend, je pars du principe qu'il nous entend et donc je lui explique les choses, je lui dit ce qu'on fait.** » Elle rappelle également l'importance pour elle de donner des repères à l'enfant et de le remettre dans le contexte dans lequel il évolue, pour cela elle explique à l'enfant ce qui se passe autour de lui, où il est, qui est présent à ses côtés. Cela contribue à rassurer l'enfant qui peut se retrouver perdu lors de l'hospitalisation.

3. L'évaluation du bien être de l'enfant en réanimation pédiatrique

3.1. L'échelle de Comfort Behaviour

Afin d'évaluer le niveau de confort de l'enfant en réanimation, les trois infirmières ont mis en avant l'utilisation d'une échelle de confort dite Comfort B ou Comfort Behaviour. Il s'agit d'une échelle visuelle adaptée à l'enfant intubé, ventilé et sédaté. C'est une hétéro-évaluation réalisée par l'infirmière elle même et qui va permettre de refléter le confort de l'enfant à un moment donné ou à l'inverse de percevoir si celui ci est inconfortable, douloureux et ainsi d'adapter sa prise en soin. Les

infirmières expliquent qu'il s'agit d'une échelle prenant en compte les mouvements de l'enfant, son faciès, si il grimace, si il est tendu ou encore si il tousse contre son respirateur.

3.2. L'observation et les signes cliniques

En complément de cet outil, les trois infirmières ont également expliqué se fier à leur observation et aux signes cliniques que l'enfant peut démontrer. Le regard de l'infirmière posée sur l'enfant est ainsi primordiale. L'IDE 1 et l'IDE 2 accordent ainsi une grande importance à la surveillance hémodynamique de l'enfant, car : « **un enfant qui est sédaté mais qui a le cœur qui augmente, la tension qui augmente, on sait qu'il y a un risque qu'il soit inconfortable, douloureux.** »

Enfin, l'IDE 2 explique qu'elle se fait également aux parents de l'enfant, car elle les considère comme une ressource pour le soignant. En effet : « **c'est eux qui connaissent le mieux leur enfant** » leur avis doit donc être pris en considération.

4. La relation triangulaire parents / enfant / soignants

4.1. Le rôle des parents dans la prise en soin de leur enfant

Selon les trois infirmières rencontrées lors des entretiens, les parents occupent une place essentielle dans la prise en soin de leur enfant. L'IDE 2 explique ainsi : « **On ne pourrait pas faire sans les parents, ils font partie intégrante du quotidien de l'enfant, c'est un repère pour lui.** » Chacun des soins est réalisé en présence des parents, si ils le souhaitent.

Pour l'IDE 1, les parents sont la personne de confiance pour l'enfant. Il est donc important que les parents fassent confiance aux soignants, afin que l'enfant lui-même se sente en sécurité pour faire confiance à l'équipe soignante. Selon elle, « **les enfants sont des éponges à émotions.** » C'est à dire qu'il faut que « **les parents soient rassurés, détendus et en confiance pour que l'enfant soit aussi en confiance.** » Réaliser des soins en présence de parents hyper stressés peut être très délétère pour l'enfant. Il faut donc toujours prendre le temps de rassurer les parents, partager un moment à part avec eux afin d'échanger et de recueillir leurs inquiétudes en dehors de la chambre de l'enfant.

4.2. Le rôle des soignants auprès des parents

En parallèle, nous avons abordés le rôle des soignants face à ces parents qui traversent une période difficile de part l'hospitalisation de leur enfant. Les trois infirmières interrogées sont d'accord pour dire qu'elles ont un rôle de soutien et de réassurance auprès des parents. L'IDE 2 précise qu'elle les encourage à être présent auprès de leur enfant. En effet, les enfants hospitalisés en réanimation

pédiatrique sont très techniqués, les soignants sont souvent présents dans la chambre et cela peut être difficile pour un parent de trouver sa place et d'avoir un moment à partager avec son enfant. Elle encourage donc les parents à le toucher, à lui prendre la main, à lui parler ou encore à apporter des objets de la maison qu'il affectionne. Selon elle, la présence des parents permet de rassurer l'enfant, même si celui-ci n'est pas en capacité de parler ou de réagir, il entend le son d'une voix qu'il reconnaît et cela permet de le sécuriser.

L'IDE 3 quant à elle ajoute qu'elle agit comme « **un effet miroir** » auprès des parents. En effet, pour elle, les parents ont tendance à suivre l'attitude des soignants. Ainsi, si il voit que les soignants parlent avec leur enfant, lui explique ce qu'il se passe autour de lui malgré qu'il soit intubé, ventilé et sédaté, et qu'ils observent un bienfait sur leur enfant, et bien ils vont reproduire cette attitude. Les infirmières de réanimation pédiatrique ont donc un rôle de guide à exercer auprès des parents.

Enfin, l'IDE 2 et l'IDE 3 s'accordent sur l'importance pour les parents de garder leur rôle de parents, et de ne pas devenir des parents-soignants. Pour cela, les infirmières expliquent qu'elles laissent toujours les parents décider de ce qu'ils souhaitent faire ou non, et qu'ils sont libres de ne pas assister ou participer aux soins. « **Il faut que cela reste leur choix** » comme le dit l'IDE 2. Pour conserver les moments d'échange et de plaisir avec leur enfant, les infirmières leur proposent plutôt de faire des massages à leur enfant, de lui lire une histoire ou encore de lui chanter des chansons.

5. Le vécu du soignant

5.1. Les difficultés rencontrées

L'IDE 1 a exprimé le fait qu'elle n'éprouvait pas de difficultés lors de sa communication avec l'enfant intubé/ventilé et sédaté : « **ça ne me pose pas de soucis de parler à un enfant endormi, qui est sédaté. Moi, je ne sens pas de difficultés** ». L'infirmière a tout de même nuancé son propos en expliquant que cela peut être compliqué, notamment pour l'enfant, lorsqu'il est en phase de réveil. En effet, pour elle, il peut s'avérer compliqué de rassurer l'enfant lorsqu'il est en train de se réveiller, celui-ci est dans une phase où il est souvent perdu, dans un environnement qu'il ne reconnaît pas, il se réveille, puis s'endort à nouveau, et se réveille paniqué. C'est aussi ce qu'a expliqué l'IDE 3. Pour elle, la principale difficulté qu'elle a pu rencontrer lors de ces débuts en réanimation pédiatrique a été de « **refaire les moustaches** », avec l'appréhension d'extuber l'enfant pendant le soin. Elle rejoint également les propos de l'IDE 1 en exprimant le fait qu'il est plus difficile pour elle de prendre en soin un enfant qui est sur le point d'être extubé : « **c'est un enfant qui va être hyper agité, très bien réveillé, qui a juste envie qu'on lui retire ce tube** ». Elle exprime ainsi ressentir de la frustration face à

cette situation. La vision d'un enfant présentant de l'inconfort de par ce tube présent dans sa bouche et ne pas pouvoir le soulager est pour elle vraiment difficile. L'objectif étant de lever la sédation, il n'est pas possible d'administrer de thérapeutique ayant pour but de rendormir l'enfant et de faciliter la tolérance de l'intubation, c'est donc compliqué dans ses moments là d'apporter une réponse à l'inconfort de l'enfant. Elle va également plus loin en abordant la pose de contentions pour empêcher l'enfant de s'extuber et exprime ne pas être à l'aise avec ça car cela ne fait pas partie de son idée du prendre soin, mais que cela peut néanmoins être nécessaire et qu'il faut évaluer le bénéfice et le risque de la mise en place ou non d'une contention.

5.2. L'évolution du soignant au fil de son expérience

L'IDE 3 confie qu'à son arrivée dans le service de réanimation pédiatrique, elle s'attardait davantage sur la technicité. Ainsi, elle explique qu'auparavant, lorsqu'elle refaisait les moustaches permettant de maintenir le tuyau d'intubation de l'enfant, elle était tellement concentrée sur le soin technique qu'elle ne prenait pas le temps d'observer l'enfant. Elle dit ainsi : « **Au départ en fait j'étais focalisée sur ça, et puis mon enfant en fait je ne le voyais pas. J'étais tellement crispée, le fait d'avoir cette appréhension d'extuber l'enfant, je remarquais pas forcément que l'enfant il était inconfortable par exemple.** » Aujourd'hui, elle a acquis des connaissances et de l'expérience dans le service, ce qui lui permet de se focaliser sur d'autres choses que la technicité. Cela passe par exemple par l'installation de l'enfant, est-ce qu'il est confortable ou non, qu'est-ce qui peut être mis en place si il semble douloureux. Pour elle, la réanimation est un service très particulier, très technique, qui nécessite du temps pour se sentir à l'aise.

L'IDE 1 quant à elle confie avoir évolué dans sa prise en soin de l'enfant et notamment avoir adapté sa communication, sa façon d'être. En effet au fur et à mesure de ses prises en charges, elle observe et analyse ce qui fonctionne ou ce qui fonctionne moins afin d'évoluer et de répondre au mieux aux besoins de l'enfant.

5.3. Les émotions du soignant

Pour l'IDE 3, l'expérience a également joué un rôle dans les émotions que ce type de prise en soin suscite chez elle. En effet, elle exprime qu'au départ, il était difficile pour elle de distinguer vie privée et vie professionnelle. Lorsqu'un enfant arrivait dans le service et qu'il avait plus ou moins le même âge que ses propres enfants elle se disait : « **Ça pourrait être le mien.** » De plus, la proximité des parents lors des prises en soin fait que certains liens se créent entre l'équipe soignante et la famille et

que l'annonce d'un diagnostic ou un résultat d'examen par exemple peuvent susciter des émotions pour le soignant. Notamment lorsqu'il s'agit d'un enfant pour lequel l'infirmière s'est beaucoup investie et qu'elle a accompagné pendant une longue période. L'infirmière explique ainsi : « **Les parents sont là beaucoup donc on a un contact vraiment proche avec les parents, et en fonction des prises en charge l'investissement peut ne pas être le même. Et puis voilà on est humaine donc il y a des enfants et des parents avec qui bah ça va tout de suite accroché et pour lesquels un résultat d'examen ou autre ben ça va nous impacter et ça va nous toucher parce qu'en fait on est triste quoi.** »

De même pour l'IDE 2, qui confie éprouver de l'empathie mais qui explique que parfois un simple prénom peut renvoyer à une situation personnelle et rendre compliquée la prise en soin de l'enfant.

Pour les trois infirmières, l'important lorsqu'une prise en soin est trop difficile ou suscite une charge émotionnelle trop importante c'est d'en parler et d'échanger au sein de l'équipe soignante. Elles soulignent qu'il ne faut pas hésiter à le dire lorsque l'on ne se sent pas en capacité de prendre en soin un enfant, et savoir passer le relais aux collègues. De plus, l'IDE 3 rappelle qu'il est possible pour l'équipe soignante de faire appel à la psychologue du service si besoin. Il y a également des débriefing d'équipe suite à des situations difficiles qui permettent à chacun de verbaliser et d'échanger afin de prendre du recul sur la situation.

VI. Analyse interprétative et discussion

Cette partie de mon travail de recherche a pour objectif de confronter les idées des professionnelles à celle des auteurs étudiés dans mon cadre conceptuel tout en y incluant mon point de vue personnel.

1. L'importance de la communication dans le prendre soin

Lors des différents entretiens réalisés, les trois infirmières ont décrits la communication comme étant essentielle dans leur prise en soin de l'enfant. La communication permet d'instaurer une relation de confiance avec l'enfant, et ainsi de réaliser les soins dans les meilleures conditions possibles.

Elles ont également distingué plusieurs types de communication, à savoir la communication verbale et la communication non verbale. L'une des infirmières définit la communication comme un échange entre deux personnes au moins et rappelle qu'il est aussi important pour elle de communiquer avec l'enfant, que l'enfant communique avec elle également. Cela rejoint les propos de Claude ROY qui définit la communication comme un processus verbal ou non, et qui nécessite la présence de deux personnes au moins. L'une des infirmière va plus loin en expliquant que pour elle communiquer avec le patient est un besoin et il n'est pas possible de soigner sans communiquer. Cela rappelle les dires de Michèle GROCLAUDE dans « Le langage en réanimation, les implications pour le patient et le soignant. » En effet, dans cet article, l'auteure rappelle l'importance de la place de la communication dans la relation de soin entre un patient et un soignant.

De même, Eric DELPIERRE met en avant l'importance de communiquer avec le patient en réanimation, notamment de lui énoncer les soins pratiqués et de lui expliquer ce qu'il va se passer et ce qu'il va ressentir afin de rassurer ce dernier. Ce à quoi les trois infirmières interrogées accordent également de l'importance puisqu'elles ont exprimé communiquer verbalement avec l'enfant en utilisant la parole, afin de se présenter à lui, lui présenter l'environnement dans lequel il évolue actuellement, et lui expliquer les différents soins qui vont être pratiqués. L'IDE 1 a d'ailleurs ajouté que pour elle, il est nécessaire d'avoir une communication calme, afin que l'enfant soit détendu, en confiance, moins stressé. Elle apporte cependant une nuance en expliquant qu'il faut savoir peser ses mots, et que parfois en dire trop à l'enfant peut être délétère. Il faut donc lui expliquer suffisamment les choses pour qu'il soit relaxé mais ne pas lui en dire trop pour ne pas accentuer davantage son anxiété. C'est également ce qu'explique Michèle GROSCLAUDE dans son article en affirmant que l'infirmière doit néanmoins être vigilante dans les mots qu'elle utilise car ceux ci pourraient être interprétés de manières violentes par le patient et ainsi accentuer davantage l'anxiété du patient en

réanimation.

Pour moi, la communication est indispensable dans l'exercice du métier d'infirmière. En effet, je pense que c'est en communiquant avec le patient, en le prévenant avant de pratiquer un soin et en lui expliquant les soins avec des mots adaptés qu'une relation de confiance peut s'installer et que nous pouvons recueillir l'adhésion, le consentement du patient aux soins. En réanimation pédiatrique c'est davantage le consentement des parents de l'enfant qui est recherché, néanmoins, je pense que l'enfant intubé, ventilé et sédaté nécessite que nous soyons vigilants et attentifs à son confort et à ses besoins. Celui-ci ne pouvant pas s'exprimer par la parole, la recherche du bien-être et du confort de l'enfant va passer par la communication non verbale et l'observation de celui-ci pour déceler son angoisse, son inconfort ou sa douleur par exemple.

De plus, je pense que l'enfant a d'autant plus besoin d'être rassuré et de se sentir en sécurité du fait que ce soit un être en développement et en pleine construction. C'est pourquoi il me paraît important de toujours s'adresser à lui, de prendre le temps de lui expliquer où il se trouve, ce qui se passe autour de lui et quels soins vont lui être faits, et ce même si l'échange peut paraître à sens unique. En effet, je pense que cela peut être difficile de parler au patient sans avoir de retour, mais pour ma part, je ne pourrais pas entrer dans une chambre et réaliser un soin sans échanger de mots avec le patient et lui expliquer ce que je fais même si ce dernier n'est pas en capacité de me répondre.

2. Les moyens de communication utilisés par les soignants

En ce qui concerne les moyens de communication utilisés par les infirmières de réanimation auprès d'un enfant intubé, ventilé et sédaté, les propos des trois infirmières interrogées rejoignent certains éléments théoriques de mon cadre conceptuel. En effet, les infirmières ont d'abord expliqué qu'elles communiquent toutes verbalement avec l'enfant. Elle lui parle, lui explique ce qu'elles font. Cette parole est importante car comme nous avons pu le lire dans l'article d'Eloïse HELLIER, il est nécessaire d'accompagner les soins et les gestes invasifs par des mots adaptés, afin que l'enfant comprenne ce qui se passe et qu'il éprouve moins d'appréhension et d'angoisse. Parfois, les infirmières peuvent être amenées néanmoins à limiter les stimulations pour le bien-être de l'enfant, dans ce cas l'une des IDE explique qu'elle veille à adapter sa communication, elle va parler d'une voix plus faible et va limiter ses passages dans la chambre en regroupant les soins notamment. Cela rappelle les dires de Myrtha MARTINET-SUTTER et Mireille ROSSI-JELIDI qui expliquaient dans leur article que la réanimation étant un lieu source de stress pour l'enfant de part les alarmes, les lumières, le bruit, la douleur, il est

important d'aménager le temps et l'espace afin de réduire les stimuli agressifs liés à l'environnement. Cela permet de préserver le confort et le repos de l'enfant hospitalisé.

Selon le niveau de sédation de l'enfant et ses capacités à communiquer, les infirmières ont expliqué qu'elles peuvent être amenées à lui poser des questions fermées, auxquelles elles lui demandent de répondre en clignant des yeux par exemple. Elles ont également toutes cités l'utilisation de vignettes permettant de montrer à l'enfant quels soins elles vont réaliser, et permettant aussi à l'enfant de montrer du doigt un besoin, un ressenti qu'il ne peut exprimer par la parole. Enfin, les trois infirmières ont cité le toucher comme moyen de communication utilisé pour entrer en relation avec l'enfant intubé, ventilé et sédaté, notamment par le fait de lui tenir la main, de le caresser ou encore de lui faire des massages. Michèle GROSCLAUDE qualifiait ainsi le toucher relationnel comme moyen de communication privilégié lors de la prise en soin d'un enfant intubé, ventilé et sédaté puisque celui ci a des fonctions de réassurance, de sécurisation et permet de diminuer l'anxiété de l'enfant.

Au vu des entretiens réalisés et de mon expérience en stage, je constate que la communication est toujours présente lors d'un soin, mais sous différentes formes. En effet, le patient intubé, ventilé et sédaté ne pouvant utiliser la parole pour s'exprimer, il est nécessaire pour le soignant de s'adapter et de développer son observation. Ainsi, je pense qu'il faut commencer par poser le regard sur le patient qui se trouve face à nous, et que seulement en l'observant, il est possible de percevoir comment il se sent et si il est confortable ou non. Un patient grimaçant, fronçant les sourcils, se contractant ou ayant un faciès douloureux peut être synonyme d'inconfort, ou de douleurs par exemple. À l'inverse, si le patient a un visage détendu, des muscles relâchés, cela peut signifier qu'il est bien installé et qu'il ne ressent pas de douleurs. Je pense que le toucher relationnel joue également un rôle important dans la relation soignant-soigné en service de réanimation pédiatrique. En effet, comme j'ai pu le voir lors de mon stage, le toucher reste l'un des sens les plus utilisés pour communiquer avec l'enfant intubé, ventilé et sédaté, et ce quelque soit l'âge de ce dernier. Un massage, une caresse ou le simple fait de tenir la main de l'enfant pendant un soin permettait à celui ci d'être plus apaisé, plus rassuré et avait un réel impact sur ses constantes hémodynamiques. Je pense que l'enfant a besoin de sécurité, de contact et de chaleur humaine. J'ai également la conviction personnelle que malgré la sédation l'enfant ressent des émotions et entend ce qui se passe autour de lui. C'est pourquoi je pense qu'il est indispensable de parler avec ce dernier, même si il n'est pas en capacité de nous répondre. Pour moi, cela contribue à le considérer en tant que personne et non pas comme simple « objet de soin. » Cela participe également à l'instauration d'une relation de confiance, en lui expliquant ce qui va se passer, en le prévenant avant de réaliser un

soin. Enfin, cela permet de diminuer l'anxiété de l'enfant liée aux soins invasifs, aux appareillages et à l'hospitalisation.

Le relationnel est primordial en service de pédiatrie et je pense que c'est à nous, en tant que soignant, de nous adapter à l'enfant et d'utiliser les différents moyens de communication à notre disposition pour instaurer une relation de confiance avec l'enfant et améliorer la qualité des soins et la prise en soin de l'enfant.

3. L'évaluation et la prise en compte du bien être de l'enfant

Lors de mes entretiens avec les trois infirmières, elles ont toutes associées le bien être de l'enfant à son confort, et à l'absence de douleur, d'inconfort. C'est également le propos de S.SEGURET, P.HUBERT et B.GOLSE dans « *Analyse des pratiques en réanimation pédiatrique* » qui rappellent que l'un des premiers points nécessaires au confort et au bien être de l'enfant en réanimation, c'est l'évaluation et la gestion de sa douleur. Ainsi, lorsque j'ai demandé aux infirmières comment elles parvenaient à évaluer le niveau de bien être de l'enfant intubé, ventilé et sédaté, elles ont toutes les trois mis en avant l'utilisation d'une échelle appelée Comfort-Behaviour : échelle visuelle adaptée à l'enfant techniques et sédaté permettant d'évaluer la douleur ainsi que la profondeur de la sédation comme indiquée sur le site Pédiadol.

En complément de l'utilisation de cet outil, les trois infirmières se basent également sur l'observation clinique de l'enfant. Elles vont ainsi poser leur regard sur l'enfant et évaluer à travers les signes cliniques que l'enfant pourra leur montrer, si celui ci est confortable ou non. Deux des infirmières ont également expliqué l'importance de la surveillance hémodynamique de l'enfant, dans la mesure où une hausse du rythme cardiaque ou de la tension sur un enfant sédaté peut être considéré comme un signe de douleur et d'inconfort.

Enfin, l'une des IDE associe également les parents de l'enfant dans l'évaluation de sa douleur. En effet, elle estime que ce sont eux les plus aptes à évaluer le confort de leur enfant seulement en le regardant car ce sont eux qui le connaissent le mieux.

Les infirmières proposent également aux parents d'apporter des objets de la maison, cela peut être un doudou, de la musique, ou encore un parfum que l'enfant affectionne particulièrement. Ceci va permettre de le placer dans un contexte sécurisant et apaisant. Selon Eric DELPIERRE, c'est effectivement important de donner au patient en réanimation des repères comme ceux là. C'est ainsi que les parents ont tout leur rôle à jouer, puisque c'est en communiquant avec les parents de l'enfant que les soignants vont pouvoir connaître les goûts, les habitudes de l'enfant, et ainsi adapter leur

prise en soin afin de contribuer au mieux au bien être de l'enfant.

L'IDE 3 a également mis en avant un point important que je n'ai pas exploré dans mon cadre conceptuel, à savoir l'impact de l'expérience du soignant sur sa prise en soin et sur sa capacité à évaluer le bien être de l'enfant intubé, ventilé et sédaté. En effet, l'infirmière a expliqué qu'à son arrivée dans le service de réanimation pédiatrique, elle portait principalement son attention sur la technicité et sur sa capacité à réaliser les soins. Par conséquent, elle ne prenait pas le temps d'observer l'enfant face à elle, ses réactions. Ainsi elle pouvait ne pas percevoir que l'enfant était douloureux, inconfortable ou mal installé. Il lui a donc fallu du temps pour se sentir à l'aise dans ce service, et pour réussir à réaliser des soins techniques tout en observant l'enfant face à elle et en étant en mesure de voir que celui ci n'est pas bien.

Pour ma part, j'ai ressenti beaucoup de difficultés lors de mon stage pour évaluer la douleur, l'inconfort de l'enfant. En effet, n'ayant été confrontée qu'à des adultes en capacité de communiquer verbalement jusqu'à ce stage, il m'a fallu du temps pour développer mon observation et pour réussir à entrer en relation avec l'enfant. Je rejoins ainsi les propos de l'IDE 3 pour qui l'expérience a permis de mieux cerner les ressentis du patient. Je pense qu'effectivement la réanimation est un service de haute technicité qui peut être source de stress et d'angoisse pour le soignant. C'était donc très difficile pour moi de ne pas me focaliser sur la réalisation du soin technique et de porter mon attention sur le confort de l'enfant. C'est pourquoi je pense que les parents peuvent être une ressource pour le soignant. En effet, si ces derniers participent et sont présents lors de la réalisation du soin, ils peuvent par leur présence, leurs mots et leur toucher parvenir à apaiser leur enfant et ainsi contribuer à ce que le soins se passe au mieux. Par ailleurs, je pense que leur regard de parent peut apporter une aide au soignant afin de déceler l'inconfort de l'enfant.

4. Le rôle de la famille dans le bien être de l'enfant

Selon la Charte Européenne de l'enfant hospitalisé, l'enfant doit bénéficier de la présence de ses parents jour et nuit et ses derniers doivent être associés aux soins. Cela permet de diminuer l'anxiété des parents mais aussi de l'enfant. Cette idée se retrouve dans les dires des infirmières interrogées puisque pour toutes les trois, les parents occupent une place essentielle, et chacune d'elles incluent les parents dans la prise en soin de l'enfant en leur proposant de participer aux différents soins. En effet l'une des IDE explique qu'elle encourage les parents à être présent auprès de leur enfant. La réanimation étant un lieu particulier où les enfants y sont souvent très techniqués et les soignants

très présents dans les chambres, elle explique qu'il peut être difficile pour les parents de trouver leur place auprès de leur enfant hospitalisé. C'est aussi ce qu'on retrouve dans « *Analyse des pratiques en réanimation pédiatrique.* » Les auteurs y expriment les difficultés que peuvent rencontrer les parents ayant le sentiment d'être privés de leur rôle et que les soignants, l'équipe médicale, les remplace dans ce rôle parental. Ce sentiment étant accentué par les difficultés de communication avec leur enfant intubé, ventilé et sédaté, L'infirmière a alors un rôle primordial dans lequel elle est chargée de faire l'intermédiaire, le lien, entre parents et enfant. C'est aussi ce qu'explique l'une des infirmière en indiquant agir comme un miroir pour les parents. Elle les guide ainsi en leur expliquant qu'ils peuvent parler avec leur enfant, qu'entendre une voix qui lui est familière sera bénéfique pour lui même si il n'est pas en mesure de répondre. Elle les invitent également à participer aux soins d'hygiènes, à lui faire des massages, lui prendre la main...

Je pense qu'effectivement en service de pédiatrie, il est primordiale de travailler en partenariat avec les parents de l'enfant. Comme le dit l'une des infirmières, ce sont eux qui connaissent le mieux leur enfant, et qui sont donc le plus à même de comprendre celui-ci. Pour moi, il est aussi important de communiquer avec l'enfant qu'avec ses parents. C'est en s'intéressant à l'enfant au travers de ses parents que la prise en soin pourra être la plus adaptée possible. Je pense que les soignants et les parents ont un objectif commun qui est l'amélioration de l'état de santé de l'enfant, et le bien être de celui-ci tout au long de son hospitalisation. Pour moi les équipes soignantes et les parents doivent donc travailler ensemble pour atteindre cet objectif. Je suis également en accord avec la Charte Européenne de l'enfant hospitalisé et les propos des trois infirmières concernant l'implication et la participation des parents aux soins. Je pense qu'il est important de laisser les parents décider ou non de leur participation aux soins, car il est tout à fait compréhensible que certains soins peuvent être difficile à voir pour eux. Néanmoins je pense que leur présence est souvent bénéfique pour l'enfant. En effet, j'ai pu observer plusieurs soins lors de mon stage en réanimation pédiatrique mais également lors de mon stage en chirurgie pédiatrique, et souvent la présence des parents permet à l'enfant d'être rassuré, d'être plus en confiance et de se sentir plus en sécurité. Je nuance mon propos car certaines fois, les parents peuvent être eux même angoissés et transmettre cette angoisse à leur enfant. Dans ce cas, je pense qu'il est important en tant que soignant de prendre un temps avec les parents pour leur expliquer le déroulé du soin, son intérêt et ainsi les rassurer car le bien être de l'enfant passe également par celui des parents selon moi.

Pour réaliser une synthèse de ce travail et apporter une réponse à ma question de départ qui était : « **Dans quelle mesure la communication de l'infirmier(e) contribue t-elle au bien être de l'enfant intubé, ventilé et sédaté** » je dirais que dans chaque situation de soin, la communication est essentielle. Elle permet aux soignants de mieux cerner les besoins du patient et ainsi d'adapter sa prise en soin. La communication de l'infirmière permet à l'enfant d'être rassuré, plus en confiance, et contribue à diminuer son anxiété. D'autant plus pour un enfant intubé, ventilé et sédaté, qui peut se retrouver perdu, et ne pas comprendre ce qui se passe autour de lui. Les lumières, les bruits des appareils peuvent être source d'angoisse pour l'enfant hospitalisé en réanimation pédiatrique, c'est donc important que l'infirmière prennent le temps de lui parler, de lui expliquer où il se trouve et de le sécuriser. La communication non verbale est également important puisque c'est notamment par son observation des gestes, des expressions du visage de l'enfant, que l'infirmière va pouvoir évaluer le bien être de l'enfant et mettre en place des actions pour contribuer à le rendre plus confortable. Enfin j'ajouterais que la communication de l'infirmière avec la famille et notamment les parents de l'enfant contribue également au bien être de ce dernier. En effet, cette communication permet à l'infirmière de mieux connaître l'enfant au travers de ses parents, et ainsi de s'adapter au mieux à ses besoins. De plus, en communiquant avec les parents, en les incluant dans les soins, l'infirmière permet à ces derniers d'être plus rassurés et plus en confiance ce qui influe également sur le bien être de l'enfant.

Enfin, si je devais poursuivre ce travail de recherche, je poserais la question suivante : « **En quoi l'expérience de l'infirmière modifie t-elle sa communication et sa prise en compte du confort de l'enfant en réanimation ?** »

VII. Conclusion

La rédaction de ce mémoire d'initiation à la recherche a suscité beaucoup d'intérêt pour moi. Ce travail m'a permis d'obtenir des réponses aux questions que j'ai pu me poser lors de mon stage en service de réanimation pédiatrique.

Partant d'une situation vécue lors de ce stage, j'ai pu approfondir mes connaissances à travers la littérature. J'ai ensuite réalisé des entretiens auprès des infirmières rencontrées pendant ce stage, ce qui m'a permis de confronter les apports théoriques issus de mes différentes lectures avec la réalité du terrain et la vision des professionnels.

Ayant pour projet professionnel de me spécialiser en tant qu'infirmière puéricultrice, ce travail fut très intéressant dans la mesure où il m'a permis de mieux comprendre les besoins de l'enfant hospitalisé, ainsi que la nécessité en tant que future professionnelle de toujours m'adapter et de toujours adapter ma communication à l'enfant face à moi. Ce travail m'a également permis d'appréhender l'importance de la relation triangulaire entre parents/enfants et soignants si particulière à l'exercice du métier en pédiatrie.

La réalisation de ce mémoire m'a également amenée à mieux comprendre le rôle de l'infirmière auprès de patients intubés, ventilés et sédatisés et l'importance de la communication pour une prise en soin et une relation soignant-soigné de qualité. En effet, malgré les difficultés que peuvent susciter ce type de prise en soin à la fois pour le patient et pour le soignant, la communication sous toutes ses formes reste essentielle pour le soignant afin de répondre aux besoins de l'enfant soigné et de concourir au bien être de celui-ci lors de son hospitalisation.

Ce travail de recherche m'aura permis d'acquérir des connaissances que je pourrais mobiliser et appliquer dans mon futur lieu d'exercice professionnel quelque soit le service dans lequel je serais amenée à travailler.

Bibliographie

Ouvrages :

Ardanuy-Mollens, C., Galene-Gomez, S., Blanc, T. et Laudenbach, V. (2010). Sédation-analgésie en réanimation pédiatrique. Dans F. Bonnet et T. Lescot, *Analgésie et sédation en réanimation*, (225-242). Édition Springer.

Bioy, A., Bourgeois, F. et Negre, I. (2003). *Communication soignant-soigné, Repères et pratiques*, Édition Bréal.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Édition Masson. (8)

Roy, C. (1995). *Communication*, Bidon, Tolérance, (29)

Seguret, S., Hubert, P. et Golse, B.(2012). *Analyse des pratiques en réanimation pédiatrique* (575-605)

Articles :

Delpierre, E. (2019). Communiquer avec le patient et ses proches, une priorité en réanimation. *L'aide-soignante, Mars 2019*(205), 12-15.

Grosclaude, M. (2013). Le langage en réanimation, les implications pour le patient et le soignant. *Soins, Mars 2013*(773), 38-40.

Hellier, E. (2009). Adapter sa communication à l'enfant ou à l'adolescent hospitalisé. *Soins pédiatrie-puériculture, Août 2009*(249), 23-24.

Martinet-Sutter, M. et Rossi-Jelidi, M. (2019). L'approche sensori-motrice pour soutenir le développement des enfants hospitalisés. *Soins pédiatrie-puériculture, Juillet/Août 2019*(309), 22-26.

Mouzat, L. (2007). L'intubation trachéale. *La revue de l'infirmière, Janvier-Février 2007*(127), 19-20.

Textes officiels :

Charte Européenne de l'enfant hospitalisé (2015). En ligne : [Charte de l'enfant hospitalisé | AP-HM](#)

Page web :

Ventilation artificielle. Assistance publique des hôpitaux de Paris (s.d). En ligne : [Ventilation artificielle - Réanimation médicale Mondor \(aphp.fr\)](#)

Pédiadol la douleur de l'enfant (2019). En ligne : [Pediadol – Pediadol](#)

Brazelton, T.B. Et Greenspan, S.I. (s.d). Les besoins de l'enfant. En ligne : <http://www.lenfantdabord.org/lenfant-dabord/les-besoins-de-lenfant/>

Sédation-analgésie en réanimation (nouveau-né exclu). (2008). Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. En ligne : [doi:10.1016/j.annfar.2008.04.021 \(sfar.org\)](https://doi.org/10.1016/j.annfar.2008.04.021)

Annexe I : Le guide d'entretien

Introduction :

Je me présente, je m'appelle Prisca, je suis actuellement étudiante en 3ème année à l'IFSI du CHU de Rennes. Je réalise un travail d'initiation à la recherche sur le thème de la communication en réanimation pédiatrique. En effet, après avoir réalisé un stage de 10 semaines en service de réanimation pédiatrique je me suis beaucoup questionnée sur les ressentis de l'enfant intubé / ventilé et sédaté, et sur les moyens utilisés pas les infirmières afin de communiquer avec ses enfants, et d'assurer leur confort et leur bien être. Ma question de départ est la suivante : *Dans quelle mesure la communication de l'infirmier(e) contribue au bien-être de l'enfant intubé / ventilé ?*

L'entretien sera enregistré si vous êtes d'accord, afin que je puisse retravailler dessus par la suite, et l'anonymat sera respecté, votre nom ne sera pas cité dans mon travail.

Objectifs / thèmes à aborder :

- les moyens de communication utilisés par l'IDE pour communiquer avec l'enfant et instaurer une relation de confiance
- l'impact de l'intubation et de la sédation sur la prise en soin de l'enfant
- la prise en charge du bien être de l'enfant et de ses parents
- les difficultés rencontrées par les infirmières dans ses situations
- le vécu du soignant face à ses prises en soins ? les émotions que cela suscite chez lui

Questions :

Pouvez-vous m'expliquer en quelques mots votre parcours professionnel et ce qui vous a amené à exercer en réanimation pédiatrique ?

Thématique 1. La communication :

Qu'est-ce que la communication dans le prendre soin selon vous, quelles formes peut-elle prendre ?

- Quel est son rôle ? Son impact sur la prise en soin ?

Comment parvenez-vous à communiquer avec l'enfant intubé/ventilé et sédaté ?

- Quels moyens utilisez-vous ?

Rencontrez-vous des difficultés pour communiquer avec l'enfant intubé/ventilé et sédaté ?

- Quelles sont ces difficultés ?

- Quelles sont vos stratégies d'adaptation ?

Thématique 2. Le bien-être de l'enfant et de ses parents :

Comment parvenez-vous à évaluer le niveau de confort, de bien-être de l'enfant intubé/ventilé et sédaté ?

- Que mettez-vous en place pour contribuer à ce bien être ?

Avez-vous reçu une formation ou avez-vous des outils spécifiques vous permettant de faciliter votre communication avec l'enfant intubé/ventilé et sédaté ?

Quel rôle les parents jouent-ils dans la prise en soin de leur enfant selon vous ?

Comment parvenez-vous à les inclure dans les soins ?

Thématique 3. Le vécu du soignant :

Votre prise en soin de l'enfant a-t-elle évolué au fil de votre expérience ?

Quelles émotions ce type de prise en soin suscite-t-elle pour vous soignant ?

Conclusion :

Avez-vous des éléments à ajouter ?

Annexe II : Retranscription des entretiens

Retranscription entretien n°1 :

ESI : Peux-tu m'expliquer en quelques mots ton parcours professionnel et ce qui t'as amené à exercer en réanimation pédiatrique ?

IDE : Je suis infirmière depuis 2006, je suis allée travailler 1 an en Nouvelle Calédonie, et ensuite j'ai fait quelques mois de remplacement aux consultations externes à Quimper. Après je suis arrivée en fait en réanimation pédiatrique en Mars 2008 ... parce que c'est là qu'il y avait des besoins et je voulais faire de la pédiatrie parce que j'avais un projet puér et voilà ... et finalement ça fait 13 ans que j'y suis. Et du coup je suis infirmière, je suis pas puér parce que finalement en fait au fur et à mesure des années je ne suis pas partie à l'école en fait.

ESI : D'accord, et qu'est ce qui te plais dans la réanimation pédiatrique ?

IDE : Bah la diversité, la diversité des âges, la diversité des pathologies... C'est vrai que moi je trouve que c'est quand même confortable tout ce qui est technicité, on a le scope, les KT centraux c'est quand même hyper confortable. Cela peut être stressant au début mais c'est hyper confortable quand t'as un bilan à faire et tout c'est super quoi. Le scope tu te poses pas la question est-ce que l'enfant respire bien, est-ce qu'il sature bien t'as tout sous les yeux déjà, donc je trouve que c'est assez confortable. Après l'équipe aussi, je trouve que voilà on s'entend bien dans l'ensemble, c'est important dans ce service là.

ESI : Oui c'est sûr. Selon toi qu'est-ce que la communication dans le prendre soin ? (Quelles formes peut-elle prendre, quel est son rôle...)

IDE : Bah en fait pour moi il y a plusieurs communications, déjà tu as la communication verbale, mais t'as tout ce qui est aussi dans... en pédiatrie je pense que c'est important aussi le toucher, les regards tout ça, la façon de parler, le ton ... tout un ensemble de choses quoi.

ESI : Et quel impact ta communication peut-elle avoir sur la prise en soin de l'enfant ?

IDE : Bah je pense que si tu as une communication assez calme, pour un enfant qui est stressé en fait il peut être beaucoup plus détendu, relaxé et en confiance quoi. Si tu lui expliques les choses avec des mots adaptés à son âge tout ça, et sans lui en dire trop, voilà juste les choses ... un minimum pour pas que cela le stress parce que des fois quand tu explique trop les choses c'est encore plus stressant aussi pour eux quoi. Et puis, c'est vrai que le rôle des parents aussi est important. Faut que les parents soient rassurés, détendus et en confiance pour que l'enfant soit aussi en confiance. Voilà. Et dans l'autre sens aussi des fois ça peut être aussi hyper délétère d'avoir des parents hyper stressés alors que l'enfant au départ il est pas stressé

d'un soin, et d'avoir des parents à côté qui n'arrêtent pas de dire mais t'as pas mal mais t'as pas mal en fait ... c'est pire que tout.

ESI : Et du coup comment vous arrivez à gérer cela ?

IDE : Bah en rassurant les parents d'abord, après ça peut être aussi de les prendre à part et puis de leur dire bah en fait là faut vraiment que vous preniez sur vous, c'est vrai que c'est pas facile, on sait que c'est une situation qui n'est pas facile mais faut que vous preniez sur vous parce que sinon les enfants ... fin c'est vrai que ce sont des éponges à émotions donc...

ESI : Et comment parviens-tu à communiquer avec l'enfant intubé et sédaté ? Par quels moyens ?

IDE : Alors si il est vraiment sédaté c'est vrai que on parle plutôt dans les choses qu'on fait en général quoi par exemple on va te tourner, je te fais des massages, je te tiens la main tout ça. Mais c'est vrai que quand ils sont vraiment sédatés c'est pas un échange quoi c'est nous qui parlons.

ESI : Oui, du coup tu parles toujours avec l'enfant, tu lui dis toujours ce que tu vas faire même si la communication est à sens unique ? La communication verbale je veux dire

IDE : Bah oui parce qu'en fait on ne sait pas ce qu'ils entendent et je pense que même s'ils ne répondent pas et que finalement ils se souviennent pas c'est quand même rassurant pour eux d'avoir ... justement ... même quand ils sont sédatés je pense qu'en fait quand ils se réveillent c'est aussi un état d'esprit c'est que ils sont aussi plus rassurés.

ESI : Est-ce que tu rencontres des difficultés pour communiquer avec l'enfant intubé/sédaté et si oui quelles stratégies tu peux mettre en place pour pallier ses difficultés ?

IDE : Bah ... des fois en fait quand ils sont en train de se réveiller ils peuvent être assez paniqués tout ça, ça peut être ... Nan je ne me sens pas en difficulté en fait, ça me pose pas de soucis de parler à un enfant qui est endormi par exemple sédaté ça me pose pas de soucis. Des fois c'est vrai que c'est un peu compliqué de les rassurer quand ils sont entre deux en train de se réveiller ils savent pas où ils sont hop ils se rendorment, ils se re réveillent à nouveau paniqués voilà c'est un peu difficile pour eux mais moi je sens pas de difficultés.

ESI : D'accord, toi ça ne te pose pas de soucis personnellement, okais.

IDE : Oui c'est ça.

ESI : Comment parviens tu à évaluer le niveau de confort, de bien-être, de l'enfant intubé/sédaté ?

IDE : Alors on a une échelle, Comfort B ou Behaviour en fait, qui est adaptée aux enfants intubés et sédatisés.

ESI : D'accord, et quels sont les éléments pris en compte dans cette échelle, est-ce que c'est plutôt visuel, par ses réactions physiques par exemple ?

IDE : Alors oui il y a ça, il y a aussi est-ce qu'il est tendu, si il tousse contre son respirateur ou si il se laisse complètement ventilé par le respirateur ... donc il y a ça l'échelle de confort et puis il y a aussi au niveau clinique, un enfant qui est sédatisé mais qui a le coeur qui augmente et la tension qui augmente par exemple on sait que quand même il y a un risque qu'il soit inconfortable, douloureux, donc on peut lui faire les médicaments prescrits en fonction.

ESI : As-tu reçu une formation ou existe t-il des outils spécifiques pour réussir à communiquer avec un enfant intubé/sédatisé ?

IDE : Alors oui il existe le dispositif CARIBOU mais c'est plutôt pour les enfants qui sont quand même réveillés, pas sédatisés non.

ESI : D'accord. Quel rôle les parents ont-ils dans la prise en soin de leur enfant selon toi ?

IDE : Je pense que leur ressenti et leur rôle est hyper important parce que c'est la personne de confiance pour l'enfant donc si un parent nous fait confiance ou ne nous fait pas confiance, ou est stressé ben ça joue vraiment sur l'enfant envers nous.

ESI : Et est-ce que tu parviens à faire en sorte que les parents participent à la prise en soin de leur enfant lorsque celui-ci est intubé, ventilé et sédatisé ?

IDE : Bah oui je leur explique que c'est possible qu'il se souvienne pas quand il sera réveillé de tout ce qui s'est passé parce qu'il y a des médicaments qui sont un peu amnésiants mais qu'il faut quand même lui parler, qu'ils peuvent le toucher mais pas en permanence faut aussi qu'il est des moments de repos réellement, et qu'à des moments où ils ont l'impression qu'il est un peu moins bien ils peuvent lui tenir la main et lui parler sans soucis. Et puis au moment des soins, des massages, on les fait participer aussi. Après souvent les toilettes les parents n'aiment pas parce qu'il y a beaucoup de fils mais les massages des jambes par exemple, les massages des bras, ils adhèrent bien à ça.

Après voilà l'hospitalisation de leur enfant d'autant plus dans ce genre de service ça reste un moment difficile pour eux. Ils peuvent avoir besoin de se décharger. On est là pour les épauler, les écouter mais on peut aussi leur proposer de rencontrer la psychologue du service par exemple, souvent on leur donne sa carte et puis on les laisse prendre un temps pour y réfléchir, ou bien on demande à la psychologue d'aller à leur rencontre et de se présenter à eux dans un premier temps, pour nouer un premier contact.

ESI : D'accord, je vois. Ta prise en soin de l'enfant a-t-elle évolué au fil de ton expérience ?

IDE : Oui certainement. Forcément en fait. Et au fur et à mesure de l'expérience tu adaptes un peu ta communication et ta façon d'être en fait, au fur et à mesure de tes prises en charge où tu vois que ben la franchement ça non j'ai vu que c'était un peu catastrophique et voilà cette chose là ben la prochaine fois il faut que j'essaye de faire un peu différemment. Et forcément tu évolue tout le temps oui. Heureusement (rires).

ESI : Quelles émotions ce type de prises en soin suscitent-elles pour toi, en tant que soignante ?

IDE : Je dirais que j'arrive assez facilement à prendre du recul et quand je sors du travail je suis plus au travail quoi. J'arrive à faire la part des choses et je pense que c'est aussi pour cela que je suis là depuis si longtemps c'est que j'arrive à couper quoi. Quand je suis à la maison bah je suis à la maison. Des fois j'ai trois jours de repos et ça me paraît deux semaines tellement je fais pleins de choses et vraiment je réussis à couper du travail. Et quand je suis ici, c'est pareil même si il y a des soucis à la maison bah ça reste dehors quoi. Après forcément il y a des moments où ... on a des enfants à la maison donc forcément on se dit bah voilà ... mais non j'arrive quand même à bien faire la part des choses.

ESI : D'accord merci pour tes réponses. C'est la fin de l'entretien, est-ce que tu as des choses à ajouter qui te semble importantes peut-être ?

IDE : Non je vois pas non, rien de spécial.

ESI : D'accord, merci à toi pour le temps que tu m'as accordé dans ce cas.

Retranscription entretien n°2 :

ESI : Peux-tu m'expliquer en quelques mots ton parcours professionnel et ce qui t'a amené à exercer en réanimation pédiatrique ?

IDE : Alors mon parcours professionnel, déjà je suis diplômée infirmière depuis 2015. J'ai travaillé en soins de suite et réadaptation pendant 2 mois chez les adultes, j'ai enchaîné avec l'école de puéricultrice en Septembre 2015, du coup pendant 1 an. J'ai travaillé pendant 6 mois en pédiatrie à l'hôpital de Chateaubriand et après en fait je voulais me rapprocher pour des raisons personnelles de Rennes, et on m'a proposé un poste. J'ai commencé par un remplacement d'été en réanimation néonatale, donc j'ai d'abord été formée en réa néonatale chez les tout petits bébés, après j'ai travaillé un petit peu aux urgences et puis on m'a demandé si je voulais bien être formée en réanimation pédiatrique et j'ai dit oui. Et puis voilà je suis restée sur le SDR (service de remplacement) pendant plusieurs mois et là en fait je remplace une collègue qui est en congé maternité dans le service depuis le mois d'Octobre.

ESI : D'accord, et qu'est ce qui te plaît dans la réanimation pédiatrique ?

IDE : Alors qu'est-ce qui me plaît, forcément si on est en réanimation on aime bien faire des soins techniques, des choses comme ça donc j'aime beaucoup les soins techniques, la diversité des pathologies, ça peut être de la neurochirurgie, de la chirurgie, de la médecine, du respiratoire c'est vraiment très diversifié. En terme d'âge également, c'est très varié, c'est ce qui me plaît aussi, on peut prendre en charge des bébés comme des adolescents. En terme de communication c'est pas la même chose avec un bébé et l'accompagnement avec les parents non plus donc c'est cette diversité là qui me plaît en réa ped. Et puis on ne s'ennuie pas, c'est assez varié, assez diversifié et voilà, j'aime bien cela.

ESI : Qu'est-ce que la communication dans le prendre en soin selon toi ? Quel forme peut-elle prendre, quel est son impact sur la prise en soin de l'enfant ?

IDE : Ben déjà c'est essentiel quand on prend en soin un enfant. On ne peut pas soigner quelqu'un sans communiquer. C'est assez varié, cela commence par se présenter, par dire qui on est, comment on s'appelle, surtout avec un enfant qui peut être perdu, la plupart ne sont jamais venus à l'hôpital, ils sont dans un environnement complètement différent.

C'est essentiel ... déjà c'est nous qui communiquons avec l'enfant mais faut aussi que lui communique avec nous quoi... Il faut qu'on essaye d'adapter notre communication à l'enfant que l'on a en face de nous, à son âge, à ses capacités neurologiques ...

C'est bien sûr verbal, on peut aussi bien sûr communiquer par le toucher, pour des enfants qui sont intubés/sédatisés c'est par le toucher mais même si ils sont intubés/sédatisés on leur parle quand même parce que ... On garde quand même ce contact verbal. Alors parfois on ne sait pas s'ils nous entendent ou s'ils nous entendent pas mais on peut avoir des réponses même s'ils sont intubés et sédatisés donc voilà, ça passe

par le toucher et aussi par le toucher forcément pendant les soins.

La communication ça peut être visuelle aussi, un enfant qui peut pas parler, je pense à un enfant qui est dans le service qui a une trachéotomie bah si on lui demande de cligner des yeux pour nous dire oui ben il peut cligner des yeux pour nous dire oui. Voilà c'est assez varié, mais la communication est primordiale, pour qu'on puisse répondre aux besoins propres de l'enfant, pour qu'on puisse mieux adapter notre prise en soin c'est essentiel on a besoin de cette communication.

ESI : Comment parviens-tu à communiquer avec l'enfant intubé, ventilé et sédaté ? Quels moyens peux-tu utiliser ?

IDE : Alors si c'est un enfant qui est en capacité de comprendre ce qu'on lui dit mais qui est en incapacité de parler à cause de la sonde d'intubation par exemple, on peut lui poser des questions et puis comme je te disais tout à l'heure lui demander de cligner une fois des yeux pour dire oui et puis deux fois des yeux pour nous dire non voilà... Après chez un enfant qui est intubé/sédaté et toujours qui comprend, je pense qu'il faut poser des questions fermées, qu'il ne puisse répondre que par oui ou non. Après on a des outils qui existent dans le service avec des photos, des images, toujours si ce sont des enfants qui sont en capacité de nous indiquer avec leur doigt et ben on peut utiliser ça par exemple. ça nous permet nous de lui expliquer ce qu'on va faire : par exemple on va faire ta toilette, ou on va faire une prise de sang, on a des images avec tous les soins qu'on peut faire.

Et après comment on peut voir bah ça va être tout ce qui est non verbale, les expressions du visage surtout, en réanimation on a le scope, donc un enfant qui est inconfortable ou qui est douloureux il peut être plus tachycarde, il peut être plus hypertendu ... voilà. C'est les signes cliniques.

Il y a aussi tout ce qui est échelles de douleurs, c'est un outil pour nous pour savoir si les enfants sont bien installés. On a des échelles de douleurs spécifiques pour les enfants qui sont intubés/sédatés, c'est pour les enfants qui ne peuvent pas du tout communiquer du coup c'est une hétéroévaluation mais cela nous donne un regard sur son confort à lui quand même.

ESI : Est-ce que tu as reçu une formation sur la communication avec l'enfant intubé et sédaté ?

IDE : Non, non pas du tout. Après moi comme j'ai travaillé en réanimation néonatale et réanimation pédiatrique bah l'enfant en réa néonat par exemple il est pas forcément sédaté, c'est des tout petits prématurés mais dans tous les cas on aura pas de communication verbale avec lui donc on a pas le choix que de se fier à notre observation et aux signes cliniques qu'il peut nous montrer. Ou même à ses parents. Les parents peuvent être une ressource aussi pour nous, en termes de communication parce que c'est eux qui connaissent le mieux leur enfant quand même, et même s'il est intubé et sédaté ils peuvent avoir un regard sur leur enfant.

ESI : Oui justement j'allais te demander quel rôle les parents ont-ils dans la prise en soin de leur enfant selon toi ? Et comment tu parviens à les inclure dans les soins ?

IDE : Clairement on ne pourrait pas faire sans les parents. Pour l'enfant cela fait partie intégrante de son quotidien ses parents, c'est un repère pour lui, c'est essentiel qu'ils soient auprès de leur enfant. Même si c'est un enfant qui a un état de santé critique, qui est intubé et sédaté, on les encourage, après c'est pas forcément évident pour eux vu toute la technicité qu'il y a autour de leur enfant, parfois on a beaucoup de soins à faire, on est beaucoup dans la chambre, on ne peut pas leur laisser de l'intimité avec leur enfant fin voilà mais de ne pas hésiter quand même à lui prendre la main, à apporter des objets de la maison, des doudous, à lui parler, parce que voilà on sait qu'il y a des enfants qui entendent même si ils peuvent ne pas répondre ils peuvent entendre ... ou d'ailleurs on ne sait pas s'ils nous entendent ou pas mais voilà le son de la voix, la voix de leurs parents c'est quelque chose qui leur est familier, ils la reconnaissent quoi.

Pour les inclure dans les soins on leur propose, quand c'est des enfants qui sont très techniques intubé/ventilé on leur propose de faire des massages de confort, parfois il y a des parents qui nous assistent pour faire la toilette ... après il faut que cela reste leur choix à eux. Il faut qu'ils trouvent leur place entre leur place de parents, et leur place de parents auprès de leur enfant hospitalisé. Fin voilà il y a des parents qui nous disent non je n'ai pas envie de faire ça, ce qui est tout à fait compréhensible mais les parents qui ont envie de le faire et chez qui cela ne dérange pas bah nous on les laisse s'occuper de leur enfant. Même après pour des enfants qui ne sont pas intubés/sédaté pour les prises de sang bah souvent ils nous aident dans la distraction, à chanter des comptines, à raconter des histoires, à tenir le masque du Meopa, voilà tout ça.

ESI : D'accord, je vois. Quelles émotions ce type de prise en soin suscitent-elles pour toi en tant que soignante ?

IDE : Cela suscite de l'empathie. C'est pas évident comme question, mais chaque situation est différente. Je pense à des collègues qui ont des enfants du même âge que les enfants qu'elles prennent en charge fin voilà il y a pleins de choses qui peuvent faire que cela nous renvoie à une situation personnelle. Un prénom parfois, après l'important c'est de s'en rendre compte je dirais, même si ça te gêne dans la prise en charge, c'est important de s'en rendre compte et de le dire. Et je pense qu'on est une équipe et que les équipes sont suffisamment intelligentes pour dire bah voilà là je préfères prendre un peu de distance par rapport à cette situation là parce que je m'en suis occupée toute la semaine dernière et ça était un petit peu difficile donc voilà ... quitte à se réoccuper de cet enfant là une semaine plus tard mais voilà l'important je dirais quand on se sent pas en capacité de ... que ce soit émotionnel, de prendre en soin l'enfant, c'est de le dire et les collègues seront suffisamment compréhensifs pour qu'on puisse se passer le relais facilement.

ESI : Okais, on arrive à la fin de l'entretien, est-ce que tu as des choses à ajouter ?

IDE : Non ça va merci.

ESI : D'accord, bah merci à toi d'avoir accepté de répondre à mes questions.

Retranscription entretien n°3 :

ESI : Peux-tu m'expliquer en quelques mots ton parcours professionnel et ce qui t'a amené à exercer en réanimation pédiatrique ?

IDE : Alors diplômée infirmière en 2003, du coup directement dans les services de pédiatrie en faite parce que j'avais un désir de devenir puéricultrice, donc très vite dans le pool de pédiatrie, des remplacements dans les services de pédiatrie sur l'hôpital Sud, en 2008 j'ai eu un long remplacement dans un service de 2005 à 2008 à peu près et en 2008 j'ai été en fait aux urgences pédiatriques, de 2008 à 2011, et en 2011 j'ai eu le concours de puéricultrice et je suis rentrée à l'école en 2012. Et en fait, quand j'étais à l'école de puéricultrice j'ai pu faire un stage en réa néonatale, c'était un peu l'occasion d'aller là, et quand je suis sortie de l'école il y avait certains postes à pouvoir en pédiatrie, dont celui de la réanimation pédiatrique. Et c'était un des services dans lequel j'avais envie d'aller donc voilà c'est bien tombé en fait. Du coup je suis en réanimation pédiatrique depuis Janvier 2013.

ESI : D'accord, et du coup qu'est-ce qui te plais dans le fait d'exercer en réanimation pédiatrique ?

IDE : Alors ce qui me plait c'est ces moments un peu speed qu'on peut avoir de temps en temps, c'est un service qui est sécur dans le sens où les médecins sont là tout le temps. Si on a la moindre interrogation, la moindre question bah on peut facilement les solliciter donc ça c'est quand même bien.

C'est la moyenne d'âge qu'on accueille aussi, parce que du coup on accueille les enfants de la naissance jusqu'à 16 ans, et ça nous permet d'avoir un contact différent avec un ado ou avec un bébé. C'est une communication que l'on doit adapter en fonction de l'âge de l'enfant et ça c'est top, et puis des parents qui sont là aussi tout le temps donc voilà il faut les intégrer à 100% dans la prise en charge et du coup c'est aussi positif, que ce soit pour l'enfant et aussi pour nous dans les soins, dans notre organisation de tous les jours. C'est un service technique aussi où l'on fait quand même pas mal de choses dans les chambres, et du coup on a la chance de voir pleins de soins : des poses de drains, des intubations, des drainages cérébraux on peut en voir aussi donc c'est un service, ouais qui est multitâches dans le sens où l'on a de la médecine et de la chirurgie et c'est très diversifié en fait. On a jamais des mêmes prises en charge, on apprend toujours des choses, fin moi depuis 2013 j'ai toujours des choses à apprendre quoi, des nouveaux traitements, un soin qui va se faire dans une chambre que j'avais jamais vu, et c'est ça en fait qui est bien et puis qui est valorisant aussi, on se dit ben voilà j'ai encore appris quelque chose aujourd'hui.

Après voilà des situations d'urgences on en a, c'est pas tous les jours mais quand on en a on est un service où on a une entraide, après dans les autres services c'est pareil, mais on est très souvent en binôme avec une autre infirmière ou avec une autre puéricultrice parce que les médicaments utilisés sont des médicaments vraiment spécifiques et qui nécessitent des doubles contrôles, donc du coup voilà, et du coup ça nécessite toujours d'être à deux, des doubles contrôles que ce soit des débits, des calculs de doses quoi et ça c'est hyper important.

Donc ouais en tout cas moi je m'y retrouve parce que il y a cette classe d'âge qui est grande et du coup si on

est moins à l'aise avec un bébé bah on sait qu'on peut aller vers un plus grand, le binôme aussi avec l'auxiliaire que je trouve top et qu'il y a pas forcément dans d'autres services, dans un autre service t'as plus d'enfants donc ben forcément tu peux pas être tout le temps avec l'auxiliaire mais ici c'est ça qui est bien aussi et c'est ma façon de travailler fin moi je m'y retrouve comme ça. Mais ouais c'est tout ce que je t'ai dit quoi, cette sécurité des médecins, c'est des chambres qui sont opérationnelles parce qu'on a tout proche de nous donc ça c'est bien aussi et puis on est toujours en nombre aussi, même si on a une collègue qui est en arrêt elle sera remplacée, et ça ça n'a pas de prix non plus. Donc voilà, je sais pas si ça a répondu à ta question.

ESI : Oui carrément, merci. Du coup qu'est-ce que la communication dans le prendre soin selon toi ? Quel est son rôle, son impact sur le bien être de l'enfant ?

IDE : La communication pour moi c'est la base du prendre soin dans le sens en fait où sans communication ben on ferait pas grand chose je pense. Et que quand il y a pas de communication ben on est bien embêté pour comprendre un enfant, ou ses parents, ou pour un enfant de se faire comprendre aussi quand il ne peut pas communiquer. Donc, quand la communication va et ben on va dire que tout va, quand on arrive à dialoguer que ce soit avec l'enfant, avec le parent voilà. Quand on ne peut pas avoir de communication avec l'enfant et ben ça devient compliqué et donc on essaye de trouver des alternatives à la communication pour pouvoir communiquer avec l'enfant. Passer par le parent aussi, pour voir si juste en voyant leur enfant tel qu'il est là et bien est-ce qu'il vous semble bien, pas bien.. ça peut nous aider aussi. Mais la communication pour moi c'est, ouais c'est la base de la relations soignant soigné et ça permet d'instaurer une relation de confiance, une relation de confiance, un échange aussi entre nous, fin je veux dire entre nous, les parents, l'enfant. On se retrouve bien embêtés quand il y en a pas.

ESI : Et toi comment tu parviens à communiquer avec un enfant intubé/ventilé et sédaté ?

IDE : Je fais de la même façon que je fais avec un autre enfant qui n'est pas sédaté. En fait ça va être un peu différent en fonction de savoir si l'enfant il est intubé et sédaté pour mettre son cerveau au repos, et dans ce cas là il est en isolement neurosensoriel et dans ce cas là tu limite quand même le son de ta voix, tu limite aussi les stimuli parce que voilà cela peut avoir un impact néfaste. Du coup tu regroupes aussi au maximum les soins pour éviter de repasser plusieurs fois dans la chambre. Maintenant un enfant qui est intubé/sédaté et qui est là dans le service sans aucune prescription disant voilà il faut que l'enfant soit au calme tout ça, et bien je lui parle comme je parle à un enfant lambda en fait, en me disant et ben voilà, je lui parle, je sais pas ce qu'il comprend, je sais pas ce qu'il entend, mais voilà je pars du principe qu'il nous entend et donc je lui explique, je lui dis ce qu'on fait. Si on lui fait la toilette et ben voilà je lui dis qu'on va faire la toilette, et qu'on commence par le visage ... essayer de communiquer de la même façon en fait. C'est pas parce qu'il est sédaté et que ... fin sédaté voilà il y a aussi des enfants qui sont curarisés chez nous, et donc là c'est pareil en fait quand un enfant est curarisé il ne peut pas en fait nous dire quoi que ce soit, et on ne peut pas savoir non plus s'il a mal quelque part. C'est d'autant plus important de pouvoir lui

expliquer ce qui se passe autour de lui quoi. Donc voilà et puis quand les parents sont là c'est aussi de dire aux parents ben voilà ce qu'on va faire auprès de votre enfant, et puis de le dire ensuite à l'enfant, voilà, on ne le dit pas qu'aux parents quoi.

Donc ma communication est la même je pense. Sauf si prescription autre, spécifique, comme l'isolement neurosensoriel. Mais tu peux aussi très bien parler à l'enfant sans parler très fort et sans vraiment le stimuler tu vois.

ESI : Et dans ces situations comment tu arrives à évaluer le niveau de confort, de bien-être de l'enfant justement avec qui la communication verbale, la réponse verbale en tout cas, n'est pas possible ?

IDE : Et ben principalement par l'échelle de Behaviour en fait, qui est une échelle de confort qui est utilisée pour les enfants qui sont intubés et sédatisés. Donc par le biais de cette échelle là, après ça peut être aussi en le regardant et en évaluant s'il est confortable ou pas. Après il y a aussi des enfants intubés, ventilés et sédatisés qui arrivent à répondre à nos questions, donc dans ce cas là l'enfant et la communication a beaucoup d'impact parce que voilà il peut très bien te dire qu'il est confortable ou pas confortable. Il y a des enfants qui sont intubés, ventilés et sédatisés, qui sont suffisamment confortables, qui ne sont pas endormis tout le temps, et qui sont confortables avec une sonde d'intubation. Et tu as des enfants qui sont très endormis parce que soit ils ne tolèrent pas la sonde d'intubation, soit il faut qu'ils soient endormis, et donc dans ces cas là oui c'est surtout l'échelle de Behaviour qui est notre reflet du confort de l'enfant. Et puis dans le Behaviour il y a les mouvements, il y a tout ça en fait donc tout est vraiment lié quoi. Parce que même le faciès de l'enfant, si un enfant est marqué parce qu'on a l'impression qu'il est douloureux, ça rentre dans l'échelle de Behaviour donc voilà... C'est l'échelle la plus adaptée en tout cas pour les enfants intubés.

ESI : Selon toi quel rôle les parents ont-ils dans la prise en soin de leur enfant, comment tu parviens à les inclure dans ses types de prise en soin ?

IDE : Les parents ils sont tout le temps inclus dans les soins en fait, on les exclus jamais, on leur propose de rester avec nous pour faire les soins, ou pas, ça après c'est chaque parent qui décide de rester ou pas. Quand ils sont là ils peuvent être amenés à faire avec nous les soins, et dans ce cas là le parent suit un peu notre attitude. C'est à dire que si les parents voient qu'on parle à leur enfant et qu'ils y voient un bienfait et que eux ça leur va et bien ils vont nous suivre, et puis peut être que ben... je pense qu'on est un peu effet miroir en fait, c'est à dire que je pense que moi j'aurais mon enfant intubé, ventilé et sédatisé, je sais pas du tout comment il faut m'y prendre, ben j'aurais un peu envie de faire comme la soignante, je me dirais qu'elle elle doit savoir. Et puis après les parents comme je disais avant si on sait que c'est un enfant qui doit vraiment rester au calme et tout ça on peut aussi leur dire bah là il faut essayer de vraiment pas trop le stimuler parce que là voilà ... Il y a d'autres moments où vous pourrez plus le faire mais là maintenant il faut qu'il se repose donc c'est pour ça qu'on ferme les volets, qu'on essaye de parler tout bas. Donc ça on essaye de le faire et puis après à partir du moment où on veut qu'un enfant se réveille ben les parents ils ont toute

leur place et ils font ce qu'ils veulent auprès de leur enfant, s'ils veulent le masser voilà. A partir du moment où cela reste confortable pour leur enfant, c'est ce qu'on leur explique aussi, il faut que cela reste confortable pour lui. Un enfant qui est intubé à la base ce n'est pas très agréable et donc ben il faut peut être mieux le laisser dormir parce que justement c'est plus adapté pour lui et puis ben voilà après on est là pour les guider du mieux que l'on peut. Après on est pas écoutés tout le temps, certains parents veulent en faire un peu à leur tête mais ils se rendent compte que bah en fait on avait peut être raison...

Enfin voilà ils ont leur rôle à jouer en tant que parents, mais pas forcément pour faire des soins, mais pour faire des câlins, faire des massages, des choses que nous on a pas forcément le temps de faire. Lire une histoire auprès de son enfant, ben voilà c'est des choses que nous on a pas forcément le temps, ben voilà c'est un temps que eux peuvent prendre en fait, et c'est un peu leur ... montrer leur place de parents et qu'ils sont pas là pour être soignant quoi. Les laisser garder leur rôle de parents. Que cela reste des moments de plaisir, d'échange avec leur enfant. Nous le reste c'est notre travail et on le gère quoi.

ESI : Oui je comprends. Est-ce que ta prise en soin de l'enfant a évolué au fil de ton expérience ?

IDE : Je pense qu'elle a évolué dans le sens où quand je suis arrivée, je m'attardais surtout sur la technicité en fait. Donc je m'attardais surtout sur est-ce que je fais bien, préparer ça, est-ce que je vais savoir aider quand on va poser un KT, est-ce que je vais savoir faire ça etc... Ben avec du recul maintenant je sais plus de choses, donc en fait comme c'est acquis, mon esprit est un peu libéré de ça, et du coup je me focalise plus sur d'autres choses. Et donc ça peut être sur l'installation d'un enfant, ça peut être prendre le temps de jouer, parce que clairement avant je le prenais pas ... s'attarder sur bah tu vois là il est pas bien, mais peut être qu'on peut mettre des choses en place, alors qu'avant c'est pas des choses auxquelles je pensais forcément tu vois. Je pense que la réa c'est vraiment une technicité à part entière et il faut vraiment du temps pour être à l'aise, et que on ne peut pas être à l'aise comme ça du jour au lendemain, et en tout cas pour moi, c'est personnel, mais chaque chose en son temps. Et je pense qu'il me fallait ça, et maintenant quand je fais un soin ben je vais aussi penser bah tiens là en fait l'enfant il est pas bien installé par exemple, et avant j'y aurais pas pensé. Mais je pense qu'il faut du recul, et puis il faut peut-être un peu de maturité aussi. Est-ce que c'est maturité en âge ou maturité de présence, d'exercice en réa qui fait que on est plus... on voit les choses différemment en fait je pense.

ESI : Et du coup maintenant que tu es moins focus sur l'aspect technique, quelles émotions ce type de prise en soin suscitent-elles chez toi ?

IDE : Ça laisse plus de place, alors en fait un enfant intubé/ventilé la grosse angoisse de toute personne qui commence en réa c'est refaire les moustaches en fait, clairement. Au départ en fait j'étais focalisée sur ça, et puis mon enfant en fait je ne le voyais pas. J'étais tellement crispée et focalisée sur mes moustaches, le fait d'avoir cette appréhension d'extuber l'enfant, avec un réel impact si ça arrive, que en fait je remarquais pas forcément que l'enfant il était inconfortable par exemple tu vois. Et en fait tu réagis aussi un peu différemment. Au départ c'était des soins que je faisais à deux avec une autre infirmière et l'auxiliaire,

maintenant c'est des soins que je peux faire toute seule, et que même pendant ce temps là je vois bien que mon enfant il est inconfortable et je me dis comment j'ai pu faire il y a 6 ou 7 ans pour ne pas voir ça. Mais voilà après en soi chaque enfant est différent parce que selon le degré de sédation soit tu as un contact avec lui soit tu en as pas, donc il y a des enfants pour qui c'est... Un enfant qui est endormi ben voilà tu te focalises sur ce que tu vois, et donc l'échelle de Behaviour elle a tout son impact. Un enfant qui est moins endormi il pourra te dire si il est confortable ou pas, après c'est de trouver où il est pas confortable et là ça peut être compliqué parce que on arrive pas forcément à lire sur les lèvres. La communication verbale là elle manque vraiment. Alors après ils peuvent nous montrer aussi avec leur main où est-ce que ça les gêne. Mais je pense que le degré de sédation est différent.

Après j'ai plus de mal à prendre en charge un enfant qui va être extubé par exemple le jour même, parce que c'est un enfant qui va être hyper agité, qui est très bien réveillé, et qui a juste envie qu'on lui retire ce tube, et j'aimerais pouvoir le lui retirer très vite, mais des fois non c'est pas possible parce que sur le plan médical on voit bien que sur le respirateur c'est pas possible il peut pas être extubé, et on voit que vraiment ça entraîne de l'inconfort et de ne pas pouvoir les soulager c'est vraiment dur. Et puis n'importe qu'elle médicament qu'on fera ça n'a aucun intérêt parce que le but c'est de l'extuber donc on ne peut pas faire de médicament pour le rendormir, donc c'est un peu cet entre deux là que j'aime moins. Parce que là pour le coup ton patient il est vraiment pas confortable, ça peut être un bébé qui pleure, ça peut être un grand qui pleure aussi et qui en a vraiment marre et qui aimerait juste aller arracher ce tube, et là c'est un peu dur parce que on utilise des contentions pour éviter que l'enfant retire son tube et là quand on en arrive à de la contention on est pas très à l'aise avec tout ça. Attacher un enfant pour ne pas qu'il fasse c'est pas notre idée du prendre soin en fait, mais des fois il y a pas le choix. Et qu' il vaut mieux avoir les mains attachées, plutôt que de s'extuber et de devoir réintuber... Donc voilà c'est peser le pour et le contre en fait. Après ta question c'était euh...

ESI : C'était quelles émotions ce type de prise en soin suscitent-elles chez toi en tant que soignante ?

IDE : Alors au départ c'était difficile de séparer vie privée et vie professionnelle parce que il y a un enfant qui arrive qui à l'âge à peu près de tes enfants, tu te dis ben ça pourrait être le mien. Après à partir du moment où j'ai commencé à être vraiment bien, et où j'avais déjà acquis beaucoup de choses que ce soit sur la technicité ou sur les prises en charge je savais que j'étais moins, je me sentais moins nulle pour prendre certains enfants en charge, ou certaines prises en charge euh voilà je rentre chez moi maintenant et je ne pense plus à ce qui se passe ici. Je fais abstraction. Je ne me dis plus ça pourrait être mes enfants, ce ne sont pas mes enfants. C'est une prise en charge, ce sont des enfants dont je m'occupe et j'y mets beaucoup de cœur, j'adore ce que je fais, mais j'arrive à faire la part des choses. Je rentre chez moi et je fais abstraction de tout ça. J'en parle pas trop à mes enfants. Mes enfants parfois me demandent et c'est quelque chose dont je ne parle pas du tout. Mais au départ c'était difficile, je pense qu'avec l'expérience et avec le temps ... on voit beaucoup d'enfants, on prend aussi en soin des enfants qui décèdent ici, là pareil, ça dépend quel investissement tu as donné à cette prise en charge. Si c'est un enfant que tu as suivi durant toute l'hospitalisation, on travaille en 12 heures donc on est là beaucoup, les parents sont là beaucoup donc on a

un contact vraiment proche avec les parents, et en fonction des prises en charge l'investissement peut ne pas être le même. Et puis voilà on est humaine donc il y a des enfants et des parents avec qui bah ça va tout de suite accroché et pour lesquels un résultat d'examen ou autre ben ça va nous impacter et ça va nous toucher parce qu'en fait on est triste quoi. Mais voilà on arrive en fait beaucoup à discuter entre nous, et je pense que ça c'est hyper important aussi. Quand on a besoin de vider notre sac je préfère le faire ici, auprès de mes collègues et de l'équipe qui puissent répondre à mes questions plutôt qu'avec mon mari qui essaiera de me reconforter comme il peut mais qui n'aura pas vécu la situation et voilà je trouve ça un peu dur. Donc voilà après on sait qu'on a aussi le biais de la psychologue du service qui peut nous écouter si on en a besoin, et puis on a aussi le biais de débriefing suite à des situations, très souvent on a des débriefing de situations quand l'enfant est décédé dans le service, après voilà si on le fait pas forcément on parle très facilement entre nous donc ça nous aide à passer.

ESI : D'accord, est-ce que tu as des choses à ajouter ?

IDE : Non je pense pas, j'espère que j'aurais répondu à toutes tes questions.

ESI : Oui super, merci beaucoup à toi d'avoir pris du temps pour cet entretien.

Annexe III : Les tableaux d'analyse

Thématique 1 : La communication → Définition, formes, rôle, moyens de communication utilisés

Thématique 2 : Le bien être de l'enfant → Évaluation de son confort, stratégies mises en place

Thématique 3 : Le bien être des parents → Leur rôle dans la prise en soin, la prise en compte de leurs émotions

Thématique 4 : Le vécu du soignant → Évolution au fil de son expérience, difficultés, émotions

IDE 1	IDE 2	IDE 3
Objectif 1. Connaître le profil de l'infirmière interrogée		
38 ans Infirmière depuis 2006 A travaillé 1 an en Nouvelle Calédonie + remplacement aux consultations externes à Quimper Arrivée en réanimation pédiatrique en 2008	25 ans Infirmière depuis 2015 A travaillé en soins de suite et réadaptation adulte pendant 2 mois Septembre 2015 : entrée en école de puéricultrice pendant 1 an A travaillé en pédiatrie pendant 6 mois à Chateaubriand Remplacement d'été en réanimation néonatale Remplacement réanimation pédiatrique depuis Octobre 2020	Infirmière depuis 2003 A travaillé directement sur le Pool de pédiatrie 2012 : Entrée à l'école de puéricultrice pendant 1 an - stage en réanimation néonatale pendant l'école de puéricultrice Exerce en réanimation pédiatrique depuis Janvier 2013
Objectif 2. Comprendre ce que représente la communication dans le prendre soin pour l'IDE : ses formes, son rôle		
<u>La communication dans le prendre soin :</u> Pour moi il y a plusieurs communications Tu as la communication verbale	<u>La communication dans le prendre soin :</u> Déjà c'est essentiel quand on prend en soin un enfant.	<u>La communication dans le prendre soin :</u> La communication pour moi c'est la base du prendre soin.

<p>Ses formes :</p> <p><u>Communication verbale :</u></p> <p>Expliquer les choses Avec des mots adaptés à son âge</p> <p><u>Communication non verbale :</u></p> <p>Le toucher Les regards La façon de parler Le ton</p>	<p>On ne peut pas soigner sans communiquer C'est essentiel Il faut qu'on essaye d'adapter notre communication à l'enfant, à son âge, à ses capacités neurologiques C'est nous qui communiquons avec l'enfant, mais il faut aussi que lui communique avec nous C'est essentiel On a besoin de cette communication. Elle est primordiale.</p> <p>Ses formes :</p> <p><u>Communication verbale :</u></p> <p>C'est bien sûr verbale. Cela commence par se présenter, dire qui on est, comment on s'appelle, surtout avec un enfant qui peut être perdu. Même si ils sont intubés et sédatisés on leur parle quand même. On garde quand même ce contact verbal. On ne sait pas s'ils nous entendent ou s'ils ne nous entendent pas.</p> <p><u>Communication non verbale :</u></p>	<p>Quand il y a pas de communication on est bien embêté pour comprendre C'est la base de la relation soignant-soigné</p> <p>Ses formes :</p> <p><u>Communication non verbale :</u></p> <p>Passer par le parent pour voir si juste en voyant leur enfant tel qu'il est là et bien est-ce qu'il vous semble bien, pas bien.</p>
--	---	--

<p>Son rôle :</p> <p>Si tu as une communication assez calme, pour un enfant qui est stressé il peut être plus détendu Relaxé En confiance</p>	<p>On peut aussi communiquer par le toucher Pour des enfants qui son intubés/sédatisés c'est par le toucher ça passe par le toucher Et aussi forcément par le toucher pendant les soins La communication ça peut être visuelle aussi Je pense à un enfant qui est dans le service et qui a une trachéotomie bah on lui demande de cligner des yeux.</p> <p>Son rôle :</p> <p>La communication est primordiale pour qu'on puisse répondre aux besoins propres de l'enfant, pour qu'on puisse mieux adapter notre prise en soin, c'est essentiel.</p>	<p>Son rôle :</p> <p>Se faire comprendre Cela permet d'instaurer une relation de confiance Cela permet un échange aussi, entre nous, les parents et l'enfant</p>
<p>Objectif 3. Recueillir les moyens de communication utilisés par l'IDE pour communiquer avec l'enfant intubé/ventilé et sédatisé</p>		
<p>Si il est vraiment sédatisé, on parle plutôt dans les choses qu'on fait Par exemple on va te tourner, je te fais des massages, je te tiens la main Il y a aussi le dispositif CARIBOU, avec les</p>	<p><i>Si c'est un enfant en capacité de comprendre ce qu'on lui dit mais en incapacité de parler :</i></p> <p>On peut lui poser des questions et lui demander de cligner des yeux pour répondre Je pense qu'il faut poser des questions fermées</p>	<p>Je fais de la même façon que je fais avec un autre enfant qui n'est pas sédatisé Ça va être un peu différent en fonction de l'isolement sensoriel pour mettre le cerveau au repos ou non.</p>

<p>imagiers, mais c'est plutôt pour les enfants qui sont quand même réveillés.</p>	<p>On a des outils qui existent dans le service : des photos, des imagiers</p> <p>S'ils sont en capacité de nous indiquer avec leur doigt, on peut utiliser ça par exemple</p> <p>Lui expliquer ce qu'on va faire, on va faire la toilette, ou on va faire une prise de sang</p> <p>Tout ce qui est non verbale, les expressions du visages surtout, le scope</p> <p>Un enfant qui est inconfortable ou douloureux il peut être plus tachycarde, il peut être plus hypertendu</p> <p>C'est les signes cliniques</p> <p>On communique aussi beaucoup par le toucher, cela peut passer par un massage, une caresse, tenir la main de l'enfant.</p>	<p><u>En isolement neurosensoriel :</u></p> <p>Tu limite le son de ta voix</p> <p>Tu limite aussi les stimulis parce que cela peut avoir un impact néfaste</p> <p><u>Sans prescription particulière d'isolement neurosensoriel :</u></p> <p>Je lui parle comme je parle à un enfant lambda</p> <p>Je lui parle, je sais pas ce qu'il comprend, je sais pas ce qu'il entend, je pars du principe qu'il nous entend et donc je lui explique</p> <p>Je lui dis ce qu'on fait</p> <p>Si on fait la toilette et ben je lui dis qu'on va faire la toilette, et qu'on commence par le visage</p> <p>L'enfant peut être perdu, c'est d'autant plus important de pouvoir lui expliquer ce qui se passe autour de lui → contextualiser, des repères</p>
--	--	---

Objectif 4. Comprendre comment l'IDE parvient à évaluer le bien être d'un enfant intubé, ventilé et sédaté.

<p><u>L'échelle de confort :</u></p> <p>On a une échelle, Comfort B ou Behaviour, qui est adaptée aux enfants intubés et sédatés.</p> <p>C'est une échelle plutôt visuelle, qui prend aussi en compte le fait qu'il soit tendu, si il tousse contre son respirateur.</p>	<p><u>L'échelle de confort :</u></p> <p>Il y a tout ce qui est échelles de douleurs, c'est un outil pour nous pour savoir si les enfants sont bien installés</p> <p>On a des échelles de douleurs spécifiques pour les enfants qui sont intubés/ventilés et sédatés, c'est une hétéro-évaluation, mais ça nous donne</p>	<p><u>L'échelle de confort :</u></p> <p>Principalement par l'échelle de Behaviour, c'est une échelle de confort utilisée pour les enfants qui sont intubés et sédatés.</p> <p>C'est surtout cette échelle qui est notre reflet du confort de l'enfant.</p> <p>Dans le Behaviour il y a les mouvements.</p>
---	---	---

<p><u>L'observation et les signes cliniques :</u></p> <p>Il y a aussi au niveau clinique, un enfant qui est sédaté mais qui a le cœur qui augmente, la tension qui augmente, on sait qu'il y a un risque qu'il soit inconfortable, douloureux.</p>	<p>un regard sur son confort à lui quand même. L'échelle Comfort Behaviour notamment.</p> <p><u>L'observation et les signes cliniques :</u></p> <p>C'est les signes cliniques aussi, l'observation Les expressions du visage Un enfant qui est inconfortable ou qui est douloureux il peut être plus tachycarde, il peut être plus hypertendu On a pas le choix de se fier à notre observation et aux signes cliniques qu'il peut nous montrer Ou même à ses parents Les parents peuvent être une ressources pour nous C'est eux qui connaissent le mieux leur enfant Même si il est intubés et sédaté ils peuvent avoir un regard sur leur enfant.</p>	<p>Le faciès de l'enfant, si un enfant est marqué parce qu'on a l'impression qu'il est douloureux ça rentre dans l'échelle de Behaviour.</p> <p><u>L'observation et les signes cliniques :</u></p> <p>Ca peut être aussi en le regardant, et en évaluant s'il est confortable ou pas.</p> <p><i><u>Enfants intubés/ventilés et sédaté qui répondent aux questions :</u></i> Ils peuvent nous dire s'ils sont confortables ou pas</p>
<p>Objectif 5. Appréhender la relation triangulaire entre enfant/parents/soignants, le rôle des parents dans la prise en soin de leur enfant et la prise en compte de leurs émotions.</p>		
<p>Leur rôle et leur ressenti est hyper important C'est la personne de confiance pour l'enfant Si un parent nous fais confiance ou ne nous fait pas confiance, est stressé : ça joue sur l'enfant envers nous Faut que les parents soient rassurés, détendus et en confiance pour que l'enfant soit aussi en confiance Ça peut être hyper délétère d'avoir des parents</p>	<p>On ne pourrait pas faire sans les parents Font partie intégrante du quotidien de l'enfant C'est un repère pour lui C'est essentiel qu'ils soient auprès de lui</p> <p>On les encourage C'est pas forcément évident pour eux toute la technicité On a beaucoup de soins à faire, on est beaucoup</p>	<p>Ils sont tout le temps inclus dans les soins On leur propose de rester avec nous pour faire les soins Chaque parent décide de rester ou pas Les parents suivent un peu notre attitude S'ils nous voient parler à leur enfant et qu'ils y voient un bienfait et bien ils vont nous suivre Effet miroir On leur explique les choses</p>

<p>hyper stressés Il faut les rassurer Les prendre à part et leur dire faut vraiment que vous preniez sur vous, c'est vrai que c'est pas facile Les enfants sont des éponges à émotions</p> <p>Je leur explique C'est possible qu'il ne se souvienne pas quand il sera réveillé mais il faut quand même lui parler Ils peuvent le toucher Lui tenir la main et lui parler Au moment des soins, des massages, on les fait participer aussi Souvent les toilettes les parents n'aiment pas car il y a beaucoup de fils Les massages des jambes, des bras, ils adhèrent bien à ça.</p> <p>Ça reste une situation difficile pour eux Leur proposer de rencontrer la psychologue du service On les laisse prendre un temps pour y réfléchir Ils peuvent avoir besoin de se décharger On est là pour les épauler, les écouter</p>	<p>dans la chambre, on ne peut pas leur laisser de l'intimité avec leur enfant Ne pas hésiter à lui prendre la main Apporter des objets de la maison, des doudous Lui parler</p> <p>On sait qu'il y a des enfants qui entendent même s'ils ne peuvent pas répondre Le son de la voix, la voix de leurs parents c'est familier, ils la reconnaissent, c'est rassurant On leur propose de faire des massages de confort, nous assister pour faire la toilette Il faut que cela reste leur choix Il faut qu'ils trouvent leur place entre leur place de parents, et leur place de parents auprès de leur enfant hospitalisé</p>	<p>Les parents ils ont toute leur place et ils font ce qu'ils veulent auprès de leur enfant S'ils veulent le masser A partir du moment où cela reste confortable pour l'enfant On est là pour les guider du mieux que l'on peut Ils ont leur rôle à jouer en tant que parents Pas forcément pour des soins, mais pour faire des câlins, des massages, lire une histoire Ils sont pas là pour être soignant Les laisser garder leur rôle de parents Que cela reste des moments de plaisir, d'échange avec leur enfant</p>
---	--	--

Objectif 6. Recueillir les difficultés que les soignants peuvent rencontrer face à ce type de prise en soin, et les émotions que cela suscite chez lui

<p><u>Les difficultés rencontrées :</u></p> <p>Quand ils sont en train de se réveiller</p>	<p><u>Les émotions du soignant :</u></p> <p>Cela suscite de l'empathie</p>	<p><u>L'évolution du soignant selon son expérience :</u></p> <p>Quand je suis arrivée, je m'attardais surtout sur</p>
---	---	--

C'est un peu compliqué de les rassurer
Ils peuvent être assez paniqués
C'est difficile pour eux
Je me sens pas en difficulté en fait, ça me pose pas de soucis de parler à un enfant qui est endormi, sédaté
Ça me pose pas de soucis
Moi je sens pas de difficultés

L'évolution du soignant selon son expérience :

Au fur et à mesure de l'expérience tu adapte un peu ta communication, ta façon d'être
Au fur et à mesure de tes prises en charge tu vois ce qui a fonctionné ou pas
Tu évolues tout le temps

Les émotions du soignant :

J'arrive assez facilement à prendre du recul
Quand je sors du travail je suis plus au travail
J'arrive à faire la part des choses et je pense que c'est aussi pour cela que je suis là depuis si longtemps
Vraiment je réussis à couper du travail
Après forcément il y a des moments où on est touchés, triste ... on a des enfants à la maison donc forcément on se dit bah voilà ... mais non j'arrive quand même à bien faire la part des choses.

Je pense à des collègues qui ont des enfants du même âge
Il y a pleins de choses qui peuvent faire que cela nous renvoie à une situation personnelle. Un prénom parfois, après l'important c'est de s'en rendre compte je dirais, et de le dire
Je pense qu'on est une équipe et que les équipes sont suffisamment intelligentes pour dire bah voilà là je préfères prendre un peu de distance
L'important je dirais quand on se sent pas en capacité de ... que ce soit émotionnel, de prendre en soin l'enfant, c'est de le dire et les collègues seront suffisamment compréhensifs pour qu'on puisse se passer le relais facilement.

la technicité en fait
Est-ce que je fais bien, préparer ça, est-ce que je Lvais savoir aider quand on va poser un KT, est-ce que je vais savoir faire ça etc...
Avec du recul maintenant je sais plus de choses, donc en fait comme c'est acquis, mon esprit est un peu libéré de ça, et du coup je me focalise plus sur d'autres choses. Et donc ça peut être sur l'installation d'un enfant, ça peut être prendre le temps de jouer, s'attarder sur bah tu vois là il est pas bien, mais peut être qu'on peut mettre des choses en place
Je pense que la réa c'est vraiment une technicité à part entière et il faut vraiment du temps pour être à l'aise
Maintenant quand je fais un soin ben je vais aussi penser bah tiens là en fait l'enfant il est pas bien installé par exemple, et avant j'y aurais pas pensé. Mais je pense qu'il faut du recul, et puis il faut peut-être un peu de maturité aussi. Est-ce que c'est maturité en âge ou maturité de présence
Alors en fait un enfant intubé/ventilé la grosse angoisse c'est refaire les moustaches
Au départ en fait j'étais focalisée sur ça, et puis mon enfant en fait je ne le voyais pas. J'étais tellement crispée
Le fait d'avoir cette appréhension d'extuber l'enfant
Je remarquais pas forcément que l'enfant il était inconfortable par exemple
Maintenant c'est des soins que je peux faire

toute seule, et que même pendant ce temps là je vois bien que mon enfant il est inconfortable et je me dis comment j'ai pu faire il y a 6 ou 7 ans pour ne pas voir ça.

Les difficultés rencontrées :

Après j'ai plus de mal à prendre en charge un enfant qui va être extubé par exemple le jour même, parce que c'est un enfant qui va être hyper agité, qui est très bien réveillé, et qui a juste envie qu'on lui retire ce tube

Et on voit que vraiment ça entraîne de l'inconfort et de ne pas pouvoir les soulager c'est vraiment dur, c'est frustrant

Et là c'est un peu dur parce que on utilise des contentions pour éviter que l'enfant retire son tube et là quand on en arrive à de la contention on est pas très à l'aise avec tout ça

Attacher un enfant pour ne pas qu'il fasse c'est pas notre idée du prendre soin

Les émotions du soignant :

Au départ c'était difficile de séparer vie privée et vie professionnelle parce que il y a un enfant qui arrive qui à l'âge à peu près de tes enfants, tu te dis ben ça pourrait être le mien

Je rentre chez moi maintenant et je ne pense plus à ce qui se passe ici. Je fais abstraction. Je ne me dis plus ça pourrait être mes enfants, ce

ne sont pas mes enfants. C'est une prise en charge, ce sont des enfants dont je m'occupe et j'y mets beaucoup de cœur, j'adore ce que je fais, mais j'arrive à faire la part des choses. Mais au départ c'était difficile, je pense qu'avec l'expérience et avec le temps

Les parents sont là beaucoup donc on a un contact vraiment proche avec les parents, et en fonction des prises en charge l'investissement peut ne pas être le même. Et puis voilà on est humaine donc il y a des enfants et des parents avec qui bah ça va tout de suite accroché et pour lesquels un résultat d'examen ou autre ben ça va nous impacter et ça va nous toucher parce qu'en fait on est triste quoi

On arrive en fait beaucoup à discuter entre nous, et je pense que ça c'est hyper important aussi. Quand on a besoin de vider notre sac je préfère le faire ici, auprès de mes collègues et de l'équipe qui puissent répondre à mes questions plutôt qu'avec mon mari qui essaiera de me reconforter comme il peut mais qui n'aura pas vécu la situation

On a aussi le biais de la psychologue du service qui peut nous écouter si on en a besoin, et puis on a aussi le biais de débriefing suite à des situations

On parle très facilement entre nous donc ça nous aide à passer

Annexe IV : échelle de Comfort Behaviour

ÉCHELLE COMFORT BEHAVIOR (COMPORTEMENTALE)

Élaborée et validée pour mesurer la « détresse » et la douleur (postopératoire ou non), et la sédation chez l'enfant en réanimation (ventilé et sédaté), de la naissance à l'adolescence

Excès de sédation : 6 à 10, score normal entre 11 et 17, douleur ou inconfort possibles : 17 à 22, douleur certaine : 23 à 30

	DATE						
	HEURE						
ITEM	PROPOSITIONS	SCORE	SCORE	SCORE	SCORE	SCORE	SCORE
ÉVEIL	1 Profondément endormi 2 Légèrement endormi 3 Somnolent 4 Éveillé et vigilant 5 Hyper attentif						
CALME OU AGITATION	1 Calme 2 Légèrement anxieux 3 Anxieux 4 Très anxieux 5 Paniqué						
VENTILATION	1 Pas de ventilation spontanée, pas de toux 2 Ventilation spontanée avec peu ou pas de réaction au respirateur 3 Lutte contre le respirateur ou touse occasionnellement 4 Lutte activement contre le respirateur ou touse régulièrement 5 S'oppose au respirateur, touse ou suffoque						
MOUVEMENTS	1 Absence de mouvement 2 Mouvements légers, occasionnels 3 Mouvements légers, fréquents 4 Mouvements énergiques, uniquement aux extrémités 5 Mouvements énergiques incluant le torse et la tête						
TONUS MUSCULAIRE soulever, fléchir et étendre un membre pour l'évaluer	1 Muscles totalement décontractés, aucune tension musculaire 2 Tonus musculaire diminué 3 Tonus musculaire normal 4 Tonus musculaire augmenté avec flexion des doigts et des orteils 5 Rigidité musculaire extrême avec flexion des doigts et des orteils						
TENSION DU VISAGE	1 Muscles du visage totalement décontractés 2 Tonus des muscles du visage normal, aucune tension visible 3 Contracture évidente de quelques muscles du visage 4 Contracture évidente de l'ensemble des muscles du visage 5 Muscles du visage contracturés et grimaçants						
	Score total						

NOM : DIOP
PRENOM : PRISCA

TITRE : Communiquer avec l'enfant intubé, ventilé et sédaté en réanimation pédiatrique

The theme of this essay is the nurse communication in pediatric intensive care unit and the influence of this communication on the well-being of the intubated, ventilated and sedated child.
During my internships in pediatric intensive care unit, I wondered about the modes of communication used by nurses in order to create a good caring relationship with the child in intensive care. The child cannot speak to express his needs and feelings. So, my initial question is : “ To what extent does the nurse's communication contribute to the well-being of the intubated, ventilated and sedated child ? “
By exploring the different concepts of communication, the child in intensive care, as well as the well-being of the child and his family, enabled to build a reflection on the impact of the nurse's communication on the well-being of the child.
When caring for an intubated, ventilated and sedated child, it's essential to continue to communicate verbally with him and give importance to observation and non-verbal communication.
Indeed, children need to be reassured by the words and actions of caregivers and also to feel safe in their environment.
Similarly, parents contribute to the well-being of the hospitalized child and are therefore a resource for caregivers.

Mon travail de fin d'étude porte sur la communication de l'infirmière en réanimation pédiatrique et sur l'influence de celle-ci sur le bien être de l'enfant intubé, ventilé et sédaté.
Lors de mon stage en réanimation pédiatrique je me suis beaucoup questionnée sur les moyens de communication utilisés par les infirmières afin d'entrer en relation avec l'enfant en réanimation, privé de la parole pour exprimer ses besoins et ses ressentis. Ma question de départ est donc la suivante : « Dans quelle mesure la communication de l'infirmière contribue t-elle au bien être de l'enfant intubé, ventilé et sédaté ? ».
En explorant les différents concepts que sont la communication, l'enfant en réanimation, ainsi que le bien être de l'enfant et de sa famille, une réflexion autour de l'impact de la communication de l'infirmière sur le bien être de l'enfant s'est mise en place.
Lors de la prise en soin d'un enfant intubé, ventilé et sédaté il est primordial de continuer à communiquer verbalement avec lui mais également d'accorder une grande importance à l'observation et au non verbale. Les enfants ont besoin d'être rassurés par les mots et les gestes des soignants mais également de se sentir en sécurité dans leur environnement. Les parents jouent aussi un rôle essentiel puisqu'ils contribuent également au bien être de l'enfant hospitalisé et sont donc une ressource pour les soignants.

KEYWORDS : Communication – Well-being – Pediatric intensive care unit – Intubation – Need reassurance/safety

MOTS CLES : Communication – Bien être – Réanimation pédiatrique – Intubation – Besoin de réassurance/sécurité

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : CHU Pontchaillou
Adresse : 2 rue Henri Le Guilloux, 35033 Rennes Cedex 09
MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE – Année de formation 2018 – 2021