



**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

L'importance de la distraction en pédiatrie



Steinchen (2010)

Travail de fin d'études

LE QUERLER Aurore

Formation infirmière

Formateur référent : Dominique GUY

Promotion 2018 / 2021

Date : Mai 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

L'importance de la distraction en pédiatrie



Steinchen (2010)

Travail de fin d'études

LE QUERLER Aurore

Formation infirmière

Formateur référent : Dominique GUY

Promotion 2018 / 2021

Date : Mai 2021



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

L'importance de la distraction en pédiatrie

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'Etat 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 10 mai 2021

Identité et signature de l'étudiant : LE QUERLER Aurore

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

Tout d'abord, je souhaite remercier Madame GUY, ma directrice de mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, pour sa bienveillance dans la réalisation de ce travail. Ensuite, je tiens à remercier Madame DAUCE, ma référente pédagogique, pour son accompagnement, ses précieux conseils et sa disponibilité tout au long de la formation. De plus, je remercie les professionnels de santé qui m'ont consacré de leur temps pour partager leur expérience et répondre à mes nombreuses questions, notamment au cours des entretiens exploratoires.

Par ailleurs, je remercie tous les formateurs qui ont encadré ma formation ainsi que mes camarades de promotion sur qui j'ai pu compter lorsque j'en avais besoin.

Enfin, je souhaite remercier ma famille qui m'a soutenu dans mon projet et aidé dans la relecture de mon travail de fin d'étude.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. Construction de l'objet de recherche.....	1
1.1 Les situations d'appel	1
1.2 Le questionnaire.....	3
2. Le cadre théorique	4
2.1 L'enfant hospitalisé	4
2.1.1 Définition	4
2.1.2 Le cadre législatif	5
2.1.3 Le développement de l'enfant	6
2.2 Les soins pédiatriques	7
2.2.1 Définition	7
2.2.2 Les différents professionnels.....	8
2.2.3 La perception du soin par l'enfant	8
2.3 La distraction	9
2.3.1 Définition	9
2.3.2 L'organisation	10
2.3.3 Les différents moyens	11
2.3.4 Son but.....	11
2.3.5 Son développement dans les services.....	12
3. L'enquête.....	13
3.1 Le dispositif méthodologique	13
3.2 L'analyse descriptive des entretiens	14
3.3 L'analyse interprétative des entretiens.....	17
4. La discussion.....	21
CONCLUSION	23
BIBLIOGRAPHIE	26

ANNEXES	28
ABSTRACT	74

Siglier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IPDE : Infirmier Puériculteur Diplômé d'Etat

KTC : cathéter veineux central

MEOPA : Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

Introduction

Durant ma formation en soins infirmiers, j'ai pu réaliser plusieurs stages auprès d'enfants : un en pédiatrie avec les nourrissons et un autre en chirurgie ambulatoire accueillant uniquement trois spécialités dont la pédiatrie. Ces différents stages m'ont permis de me confronter à mon projet personnel et professionnel et ont confirmé mon envie de devenir puéricultrice. Je souhaite vraiment travailler auprès des enfants. Ce milieu, la pédiatrie, me permet d'être épanouie sur le plan professionnel. J'ai eu l'opportunité, durant mes stages, d'observer, d'apprendre et de pratiquer de nombreuses activités de soins. J'ai réellement pris conscience avec ces différentes expériences de l'importance du vécu de l'enfant durant son hospitalisation. Plusieurs méthodes sont utilisées pour le rendre le plus acceptable possible dont une non médicamenteuse : la distraction. C'est pour cela que je souhaite aujourd'hui y consacrer mon travail de fin d'études.

Pour ce dernier, nous allons tout d'abord découvrir les situations d'appel, puis énoncer le cadre théorique. Par la suite, la méthode d'exploitation utilisée sera exposée et nous conclurons ce travail.

1. Construction de l'objet de recherche

1.1 Les situations d'appel

Lors de mes stages de semestre 4 en service de pédiatrie avec les nourrissons et de semestre 5 en chirurgie ambulatoire accueillant la pédiatrie, j'ai pu observer de nombreuses situations de soins où la distraction était utilisée. Cette méthode est devenue, au sein de l'hôpital, une habitude prise par les soignants lors des soins. Elle est utilisée pour tous types de soins, qu'ils soient susceptibles d'être douloureux ou non (exemples : pansement de cathéter central, prise de température en frontal...). J'ai donc choisi d'énoncer trois situations que j'ai vécues parmi tant d'autres.

Situation 1 :

La situation 1 se déroule dans le service de pédiatrie avec un nourrisson de sexe masculin de 7 mois. Il est hospitalisé depuis plusieurs mois dans notre service pour un grêle court. Les parents de ce petit garçon n'étaient pas présents tous les jours en raison de la longueur de l'hospitalisation. Ils avaient repris le travail et alternaient entre leur domicile et l'hôpital.

Au vu de la pathologie de l'enfant, son alimentation se fait en intraveineux via un cathéter central (cuisse). Le pansement de ce KTC doit être réalisé tous les trois jours. Cependant, le point de ponction, que nous surveillons tous les jours, présentait un bourgeon et suintait. Nous faisons donc la réfection de ce pansement plus régulièrement. Ce soin peut s'avérer douloureux notamment lorsque l'on

décolle le pansement, les languettes sont très collantes et donc difficiles à retirer. Pour le faire, nous utilisons donc des lingettes spécifiques qui permettent le décollement facile grâce à une matière grasse. De plus, ce soin est à réaliser de façon stérile, cela signifie que le soignant qui réalise le soin ne doit rien toucher hormis le champ stérile et le KTC. L'enfant ne doit donc pas bouger sa jambe sur laquelle est placé le KTC. Pour cela nous devons le tenir un peu, ce qui n'est pas forcément agréable pour lui. C'est pourquoi la distraction est un outil indispensable pour réaliser ce soin dans les règles d'hygiène et le confort du nourrisson. Cette méthode non médicamenteuse était suffisante pour ce petit garçon qui est habitué à ce soin.

Ce jour-là, les parents n'étaient pas présents. Je m'occupais de la distraction ainsi que de maintenir la jambe de l'enfant et l'infirmière réalisait la réfection du pansement. Ce nourrisson de 7 mois avait pris l'habitude qu'on lui chante des chansons et qu'on joue avec ses doudous, c'est donc ce que j'ai fait. Le soin s'est très bien déroulé et il m'a semblé que l'enfant avait bien vécu le soin car il était très éveillé, souriant et pouvait rigoler.

Situation 2 :

La situation 2 se déroule lors de mon stage de semestre 5 en chirurgie ambulatoire. Cette unité accueille uniquement trois spécialités : la pédiatrie, la gynécologie et la plastie. Ce jour-là, je travaille le matin et je prends en charge le dossier d'une petite fille, E., de 8 mois. Elle vient pour une intervention chirurgicale de son pouce à ressaut. Elle est accompagnée de son papa. A leur arrivée dans le service, je les installe en chambre et je réalise leur entrée : la check-list, la prise de constantes et les explications avant le départ au bloc. Vient alors le moment de la prise de tension. Les enfants peuvent être effrayés ou anxieux à l'idée d'avoir un brassard sur le bras et de recevoir un soin qu'ils ne connaissent pas forcément.

Pour que le soin se passe au mieux, je dis au papa de prendre E. dans ses bras afin de créer une atmosphère rassurante. Ensuite, j'explique le soin à la petite fille avec des gestes et en la laissant découvrir le brassard par le toucher. Par ailleurs, pour éviter qu'elle ne bouge son bras durant le soin, j'utilise la distraction. Cette méthode peut s'avérer très efficace chez les enfants. Ici, je prends pour jouer avec E. son hochet personnel. La machine à tension est sensible et pour obtenir une donnée hémodynamique rapidement il faut le moins de mouvement possible. Le brassard est donc en place sur le bras opposé au côté de la distraction afin que la petite fille en vienne à oublier le soin. Cela fonctionne très bien, E. est focalisée sur son hochet. En conclusion, j'obtiens une tension facilement et rapidement et le plus important est que E. n'a pas été traumatisée par le soin, elle faisait de jolis

sourires. Ici, je pense que les bras du papa en plus de la distraction ont permis d'instaurer une certaine relation de confiance.

Situation 3 :

La situation 3 se déroule lors de mon stage de semestre 5 dans le service de chirurgie ambulatoire qui accueille la pédiatrie, la gynécologie et la plastie. Ce jour-là, je travaille l'après-midi, je prends donc la suite de la prise en soin des patients de mes collègues qui travaillaient le matin. Je me suis alors occupée d'un petit garçon de 4 ans opéré d'une hernie inguinale. J'entre dans sa chambre dans l'objectif de lui retirer son cathéter périphérique situé sur sa main gauche. Je viens alors avec mon plateau contenant des gants, des compresses et de l'adhésif : le matériel nécessaire au retrait du cathéter. Pour le tranquilliser, j'explique au petit garçon que je vais lui retirer le pansement et je lui demande s'il est d'accord pour le faire avec moi. J'ai transformé ce soin en un jeu et je lui ai donc expliqué les règles. L'enfant devait attraper un côté du pansement et moi l'autre. Au « top départ », il fallait tirer sur le pansement et le plus rapide de nous deux serait le gagnant. Bien évidemment, avec mon autre main, je maintenais le cathéter afin qu'il ne vole pas lors du retrait du pansement. L'enfant était très motivé et a retiré rapidement son pansement en rigolant. J'ai terminé le soin en retirant le cathéter et mettant une compresse pliée en guise de pansement. Le petit garçon était ravi d'avoir gagné. Sa participation au soin par le jeu a permis à l'enfant de ne pas être traumatisé par celui-ci.

1.2 Le questionnaire

Suite à ces situations, je me pose plusieurs questions, notamment des questions relatives à l'hospitalisation de l'enfant, à son vécu, à la perception qu'il peut avoir des soignants et de l'hôpital.

Ensuite, ces questions m'ont amené à m'interroger sur la façon de faciliter l'adhésion de l'enfant au soin. Le jeu qui est un élément clé de leur développement est-il adapté ? Celui-ci fait partie intégrante de la méthode distractive.

Pour finir, j'aimerais donc me pencher sur l'approche de la distraction perçue par les soignants dans leurs pratiques quotidiennes.

Dans ma projection de soignante, je souhaite donc m'intéresser au métier d'infirmier auprès des enfants notamment autour de la distraction lors des soins.

Toutes ces interrogations m'ont permis d'élaborer ma question de départ :

➔ **En quoi la distraction en pédiatrie influence-t-elle le vécu du soin par l'enfant lors d'une hospitalisation courte ?**

Par la suite, la construction d'un cadre théorique permettra d'éclaircir les notions et concepts de la question de départ.

2. Le cadre théorique

Dans l'ouvrage *Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies des enfants* publié en 1938, Robert Debré souligne que « L'enfant n'est pas un adulte aux dimensions réduites. La pathologie infantile n'est pas l'image, simplement diminuée, de celle de l'adulte et il ne suffit pas, pour traiter un enfant, de modifier les doses de médicaments suivant l'âge. La médecine des enfants est, à elle seule, toute une médecine. ». La prise en soin de l'enfant doit être personnalisée et individualisée afin qu'elle soit de qualité. De plus, il est important de prendre en compte son développement, qu'il soit psychique ou physique.

2.1 L'enfant hospitalisé

2.1.1 Définition

La Convention internationale des droits de l'enfant de 1989 définit le terme enfant par « 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 ». Un enfant hospitalisé est donc une personne de la naissance à 18 ans se trouvant dans un service de l'hôpital pour une durée plus ou moins longue. Les raisons d'une hospitalisation sont diverses et variées, c'est pour cela qu'il existe de multiples services de pédiatrie. Un enfant peut être hospitalisé pour un temps bref comme aux urgences ou bien même dans les services ambulatoires. Il peut aussi être hospitalisé pour une durée plus longue ou bien venir régulièrement pour un suivi.

Un enfant hospitalisé n'est pas dans son milieu habituel, son hospitalisation est « une rupture avec le quotidien » (Brillant, I. Le rôle propre de la puéricultrice en pédiatrie, répondre aux besoins singuliers de l'enfant. Cahier de la puéricultrice. 2009 ; 46 (227) : 18-20.). Il est normalement dans des lieux qu'il connaît comme la maison ou l'école ou bien avec des personnes proches, rassurantes pour lui, notamment ses parents. Pour finir, l'enfant est caractérisé par sa vulnérabilité et son incapacité à se protéger seul.

2.1.2 Le cadre législatif

L'enfant, comme l'adulte, a des droits régis par de nombreux textes juridiques ou réglementaires lors de son hospitalisation.

Tout d'abord, la Charte de l'enfant hospitalisé indique que « L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe, ou en hôpital de jour. » (Article 1). Cette charte comporte 10 articles qui résument les droits des enfants hospitalisés et leur permettent d'être traités dans le respect de leur développement et la dignité [ANNEXE 1].

Nous pouvons appuyer ces différents articles par d'autres textes :

- La circulaire sur l'hospitalisation des enfants (1983) affirme qu'« En dehors des admissions en urgence, l'hospitalisation devra être préparée de façon à **réduire l'anxiété de l'enfant et de sa famille**. Cela implique qu'un membre de l'équipe médicale et soignante explique à l'avance à l'enfant et à ses parents : la raison de l'hospitalisation, sa durée très approximative, la nature des examens ou des soins. »
- La charte de la personne hospitalisée évoque l'obligation de la **prise en charge de la douleur**.
- Le manuel de certification des établissements de santé selon lequel les établissements doivent répondre à différents critères notamment le critère 11a qui indique que « Les enfants notamment, doivent être destinataires d'une **information adaptée** sur leur diagnostic et leur prise en charge, en plus de l'information délivrée aux parents ».
- Le code de déontologie des médecins qui stipule que « le médecin doit à la personne qu'il examine ou qu'il conseille, une **information loyale, claire et appropriée sur son état**, les investigations et les soins qu'il lui propose ».
- La circulaire du 23 novembre 1998 qui souligne l'importance des visites des enfants hospitalisés en pédiatrie : « L'hospitalisation d'un enfant, quel qu'en soit le motif médical, est une source d'angoisse pour lui-même et pour sa famille. Il est particulièrement important de **limiter cette angoisse** et de lui **éviter en outre une séparation injustifiée de son entourage** immédiat. ».
- La circulaire SROS (schémas régionaux d'organisation sanitaire) précise que « la présence des éducateurs de jeunes enfants au sein des équipes doit être promue afin que **des activités ludiques puissent être organisées...** ».

- Une circulaire de 1991 (n°91-303), dans laquelle le Ministère de l'Éducation insiste sur la nécessité « **d'assurer la scolarisation** pendant les temps d'hospitalisation, soit en favorisant la constitution de groupes d'enfants et d'adolescents dans l'établissement de soins, soit en proposant un enseignement individualisé auprès du malade. »
- Le code de la santé publique confirme que « dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont **droit à un suivi scolaire adapté** au sein des établissements de santé. »

Tous ces textes stipulent de nombreux critères, lois ou articles, ceux cités ci-dessus ne sont que quelques exemples parmi tant d'autres. Je voulais simplement souligner le fait que différents textes régissent les droits des enfants hospitalisés.

2.1.3 Le développement de l'enfant

Crise ou défi	Description	Comportements
Confiance/méfiance (de 0 à 1 an)	Le petit cherche à développer sa confiance de base. Il est en quête d'un amour inconditionnel,	Si l'enfant vit dans un entourage familial, bienveillant et sécuritaire, il apprend à se faire confiance et à faire confiance aux autres et à la vie. Il développe ainsi une sécurité de base où la mère est la personne clé.
Autonomie/doute et honte (de 1 à 3 ans)	Développement de l'autonomie par l'acquisition d'habiletés de contrôle de soi et de l'environnement : il peut se déplacer, se retenir, il peut aussi choisir.	Il contrôle la locomotion et ses mouvements, Il a besoin d'encadrement, mais aussi de liberté pour développer son autonomie. À cet âge, il développe le contrôle de soi et la volonté. Le père et la mère sont importants.
Initiative/culpabilité (de 4 et 6 ans)	Il s'identifie à ses parents (et à d'autres adultes). Il veut être comme eux. Conscient de ses désirs de réalisation, d'initiative et de puissance, l'insuccès peut lui faire développer de la culpabilité.	L'enfant est sensible à la réussite, ce qui le pousse vers des excès, des interdits. Il peut vivre de la culpabilité. La famille et l'entourage deviennent importants.
Compétence/Infériorité (de 7 ans à la puberté)	C'est le temps des divers apprentissages. L'enfant cherche à devenir compétent afin d'éviter l'échec et le sentiment d'infériorité.	Il développe sa débrouillardise, participe au groupe et devient membre de la société, mais il peut se sentir incapable de réaliser ce qu'on attend de lui. Il peut développer un sentiment d'infériorité, ou de compétence personnelle. La famille, les amis et les compagnons de classe sont importants.

Tiré de : Le soin de l'enfant et le jeu (2013)

Pour pouvoir prendre soin d'un enfant il faut pouvoir le comprendre. De ce fait, il nous faut connaître un petit peu son monde et donc son développement. Le tableau ci-dessus que je trouve très intéressant nous apporte des éléments primordiaux. Celui-ci détaille les étapes du développement de l'enfant selon Erik Erikson, psychanalyste.

Par ailleurs, nous pouvons remarquer dans les livres concernant le développement de l'enfant comme le *Guide de la petite enfance* que le jeu a une place à part entière dans celui-ci. Il répond à différents besoins et procure à l'enfant un épanouissement ainsi qu'un éveil sensoriel. Son intérêt est de développer différentes composantes telles que la motricité, l'observation, la réflexion, l'analyse, la créativité et la socialisation. L'enfant « apprend mille choses avec les jouets (ou les objets à jouer) mis à sa disposition » (Guide de la petite enfance, 2018).

Le jeu a donc une place primordiale dans le développement de l'enfant. Il est donc intéressant de se munir de cet outil pour la prise en soin pédiatrique. Pour cela, découvrons en amont à quoi correspondent les soins pédiatriques ainsi que la relation étroite des enfants avec ces soins.

2.2 Les soins pédiatriques

Avant d'explorer la dimension de la relation des enfants avec le monde du soin, il est primordial de savoir à quoi correspondent les soins pédiatriques. C'est pourquoi nous allons les définir.

2.2.1 Définition

Tout d'abord, définissons le terme « pédiatrie » puisqu'il donne aux soins toutes leurs spécificités.

Selon les Dictionnaires Le Robert, la pédiatrie correspond à la « médecine des enfants ». En effet, cette conception est confirmée par le Dictionnaire Larousse Médical qui affirme que la pédiatrie est une « branche de la médecine consacrée à l'enfant et à sa maladie ». Une journaliste scientifique, Marion Spée, précise que cette spécificité englobe la période de la vie intra-utérine jusqu'au terme de l'adolescence.

Par ailleurs, « la Santé des enfants est distincte de celle des adultes dus à la croissance et développement qui se produit dans tout l'enfance. » (Smith, Y. 2019). En effet, dans cette spécialité médicale, les soignants doivent porter leur attention sur de nombreuses composantes telles que l'alimentation, la croissance, le développement, la puberté et la sexualité comme l'explique Marion Spée (2016).

En outre, dans les cahiers de la puéricultrice, de nombreux auteurs tels que Françoise Billot, Séverine Bey, Blandine Dumont, ..., s'accordent sur l'importance de la relation de confiance avec l'enfant ainsi

que ses accompagnants en pédiatrie. Pour cela, le personnel soignant est à l'écoute, informe et rassure.

2.2.2 Les différents professionnels

Dans un service de pédiatrie, nous retrouvons différents corps de métier. Pour intervenir auprès d'un enfant, il est nécessaire de travailler en équipe avec des professionnels de spécialités différentes. Les médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, diététiciens, enseignantes et encore d'autres collaborateurs travaillent ensemble afin de partager leurs savoirs, savoir-être et savoir-faire pour proposer à l'enfant une prise en soin de qualité globale.

Intéressons-nous plus particulièrement au métier d'infirmier. En pédiatrie, nous pouvons retrouver des infirmiers diplômés d'Etat ainsi que des infirmiers spécialisés en puériculture.

Un infirmier puériculteur est un infirmier diplômé d'état qui s'est spécialisé, par une formation agréée d'une durée de 12 mois, dans le domaine des soins chez l'enfant allant de la naissance à l'adolescence.

En outre, il est important de préciser que dans la plupart des services de pédiatrie, les infirmières ou puéricultrices sont toujours en binôme pour réaliser les soins (soit entre elles, soit avec une auxiliaire de puériculture) et lorsque leurs tentatives n'aboutissent pas, elles « passent la main » à leur collègue.

La prise en soin globale d'un enfant se fait en équipe pluriprofessionnelle afin de répondre du mieux possible à ses besoins. Celle-ci est adaptée à chaque enfant, elle est personnalisée.

2.2.3 La perception du soin par l'enfant

Pour mieux comprendre comment l'enfant perçoit le soin, Royer et Billot (2012) expliquent que « L'angoisse engendrée par les soins, qu'ils soient potentiellement douloureux ou non, modifie les perceptions de l'enfant. ».

Il apparaît ainsi que le monde hospitalier peut être une source d'inquiétude pour l'enfant. Différentes peurs pourraient être la cause de l'apparition de cette émotion selon l'association Sparadrap. Tout d'abord, l'enfant, habitué à la présence de ses parents, a peur d'en être séparé. Par ailleurs, il a peur de l'inconnu. L'enfant connaît l'hôpital par les médias ou les séries qui peuvent lui donner l'impression d'un lieu effrayant. C'est un lieu mal connu où les différents professionnels représentent beaucoup de personnes qu'il ne connaît pas.

De plus, l'enfant a peur de l'atteinte à l'intégrité de son corps. Il se fait des représentations des conséquences des actes de soin et peut imaginer que la blessure ne se referme pas, que la cicatrice reste grosse, etc, notamment chez les jeunes enfants qui sont difficiles à raisonner. Pour finir, l'enfant a peur de la douleur, « d'avoir mal ». Cette crainte existe chez tous les enfants et est plus importante si celui-ci ne comprend pas la raison du soin ou s'il a une expérience hospitalière antérieure ayant laissé des traces négatives.

A présent que nous sommes davantage informés sur ce que sont les soins en pédiatrie et la perception qu'en ont les enfants, nous pouvons nous approcher de plus près du jeu et plus largement de la distraction lors de ces soins.

2.3 La distraction

Le jeu est entré à l'hôpital par le biais des salles de jeux, ludothèques, espaces privilégiés « pour réveiller, soutenir et développer les capacités individuelles et collectives de l'enfant pour faire face à son hospitalisation », explique Madame Minguet, B., Docteur en psychologie. De plus, elle décrit le jeu comme ayant « un potentiel de distraction », la raison de son intégration aux soins.

2.3.1 Définition

« La distraction est le pendant de la concentration : lorsqu'on est concentré sur une chose, on est distrait de toutes les autres choses autour, et inversement. On peut ranger sous ce terme toute technique ou approche qui vise à diriger l'attention de l'enfant vers un évènement ou un stimulus non agressif de l'environnement immédiat. » (Bourdaud, N. 2018). Elle précise que la distraction est utilisée dans le quotidien des enfants, hors contexte médical, en donnant l'exemple d'une chanson chantée par leurs parents après une chute.

D'après Françoise Billot (puéricultrice et cadre formatrice), les méthodes distractives, qu'elle nomme « techniques psychocorporelles » impactent sur « la composante émotionnelle » de l'enfant. Elles permettent de modifier la perception de la douleur (définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable » par l'Association internationale pour l'étude de la douleur en 1994) par l'enfant en agissant sur son anxiété et son stress. Ces méthodes sont souvent utilisées en association avec des thérapeutiques médicamenteuses (l'Emla, le gaz Méopa, des antalgiques oraux ou bien intraveineux).

Les distractions kinesthésiques agissent sur le corps (massage). Les distractions comportementales « impliquent l'action de l'enfant » (jeux de rôle, manipulation des objets...). Les distractions cognitives « sollicitent surtout l'imaginaire et la pensée. ».

Maintenant que nous avons défini le terme distraction, voyons comment les soignants sollicitent cette méthode.

2.3.2 L'organisation

Le déroulement du soin dépendra tout particulièrement de la relation de confiance établie par le soignant et ce dès l'arrivée de l'enfant et de sa famille.

La distraction fait partie de l'organisation du soin et, pour être efficace, celle-ci doit débuter avant le soin afin que l'enfant se familiarise à ce qu'on lui propose. Le soin se prépare en amont par l'apport d'informations à l'enfant ainsi qu'à ses parents. Cela permet une meilleure appréhension psychologique de celui-ci. Par ailleurs, il est nécessaire d'adapter l'environnement et l'attitude à adopter par les différents acteurs présents lors du soin. Pour cela, en discuter en amont avec les parents facilitera le bon déroulement de celui-ci.

Il est intéressant d'être au moins deux pour les soins pédiatriques afin qu'une personne soit exclusivement occupée à distraire l'enfant. Cette personne sera disponible pour l'enfant et pourra alors évaluer l'absence de signe douloureux ou d'anxiété. Il peut s'agir d'un soignant comme d'un parent.

Selon F. Billot et I. Royer, les soignants devraient encourager les parents à être présent et à participer à l'activité. Néanmoins, S. Bey et B. Dumont (2012) précisent bien qu'il faut les déculpabiliser si ceux-ci ne se sentent pas capables d'être présents lors du soin. Leur présence peut créer une atmosphère rassurante ou au contraire anxiogène, c'est pourquoi il faut s'adapter à chaque situation et agir avec bon sens pour une meilleure prise en charge de l'enfant. D'après une étude réalisée au CHU de Rouen (76) par l'équipe paramédicale de l'unité de saisonnalité médico-chirurgicale, dans 84% des cas les parents assistent au soin.

La distraction est donc un fonctionnement que les soignants utilisent même sans s'en rendre compte. Nous allons découvrir de quelle manière ils la mettent à la disposition de leur prise en soin.

2.3.3 Les différents moyens

Le plus important dans la méthode de distraction, c'est que celle-ci soit adaptée à l'enfant concerné. Le personnel soignant repère rapidement le « degré de stress de l'enfant » (F. Billot) ce qui leur permet d'adapter leurs méthodes. La distraction choisie doit aussi prendre en compte l'âge de l'enfant ainsi que son développement cognitif.

La multiplicité du choix de la distraction ne fait qu'évoluer grâce à la créativité et l'imagination des soignants. Les différents supports utilisés peuvent être habituels pour l'enfant et permettent alors de créer une atmosphère sécurisante pour lui. Par exemple, les doudous des enfants, un objet qu'ils connaissent et auquel ils peuvent être très attachés, apportent une composante rassurante pour eux et « transitionnelle » d'après Donald W. Winnicott.

Par ailleurs, ces éléments de distraction éveillent les différents sens de l'enfant : l'ouïe (les chansons ou jouets qui font du bruit...), la vue (les images, les lumières...), l'odorat (les crayons qui sentent l'odeur des fruits utilisés pour dessiner), et le toucher (le livre en relief, les peluches...). De plus, ils peuvent provoquer chez lui des émotions, par exemple par le biais des histoires drôles.

Comme décrit ci-dessus, les jeux, les objets ou encore les histoires font partie des méthodes distractives mais il y a aussi tout simplement la discussion, les échanges verbaux notamment avec les enfants de plus de 4-5 ans selon F. Billot. Nous pouvons dialoguer avec eux de leur école, leurs copains ou bien des vacances, ils sont en général très contents de raconter leur vie. Cela peut même les amener à oublier le soin réalisé.

2.3.4 Son but

D'après Françoise Billot, la distraction a le pouvoir de « modifier le vécu de l'enfant vis-à-vis de son hospitalisation en dédramatisant les différents événements, ainsi que la perception et le souvenir qu'il en aura ». Cette méthode permet, en effet, d'éviter une mémorisation négative du soin qui pourrait engendrer des difficultés de réalisation lors de prochains soins. Elle aide à rassurer l'enfant et le soignant peut ainsi construire une relation de confiance. Son utilisation influence donc le contexte dans lequel le soin se déroule pour que celui-ci soit le plus serein possible pour l'enfant, les soignants et les parents.

Mettre tous les moyens en place afin que l'enfant vive le mieux possible le soin c'est respecter son développement, psychique ou physique, ses droits et la construction de sa confiance envers l'adulte et l'environnement méconnu.

Tous les enfants ne sont pas sensibles et/ou réceptifs aux distractions proposées par les soignants et ceux-ci ont parfois recours à la contention pour la réalisation du soin. Ils vivent souvent cela comme un échec et ont un sentiment d'impuissance. Dans ces situations, les parents ont alors un rôle essentiel de réassurance auprès de leur enfant. Le rôle du soignant est tout aussi important, il peut reconnaître l'émotion de l'enfant et lui dire qu'il comprend. L'enfant a le droit d'être en colère ou d'avoir peur, l'accueillir dans son état actuel est la meilleure chose à faire (film de l'association SPARADRAP).

Néanmoins, les résultats finals de l'étude réalisée au CHU de Rouen indiquent que « 92% des soins pratiqués avec la méthode distractive se sont déroulés sans aucune douleur ni angoisse. Douze pour cent des enfants présentant des signes d'appréhension avant le soin ont accepté la méthode. Seuls 8% des enfants n'ont pas adhéré à la distraction. ». Ces données sont donc très positives pour les soignants.

2.3.5 Son développement dans les services

Développer la méthode distractive peut s'avérer être un challenge pour certains soignants, ce n'est pas une tâche évidente. Cependant, celle-ci est importante car elle permet de se mettre à la portée du malade. Par ailleurs, pour certains services, la distraction fait partie du quotidien.

Par ailleurs, Nathalie Bourdaud précise dans son écrit *Hypnose et distraction préopératoire chez l'enfant*, que l'association SPARADRAP met à disposition différents supports de distraction via son site internet. En effet, cette association partage de nombreux documents et informations sur son site. Elle affirme que « La distraction n'est pas encore une pratique collective, protocolisée et institutionnalisée, elle dépend le plus souvent d'une prise d'initiative personnelle. ». De plus, elle souligne l'importance d'avoir le soutien du cadre de santé et des médecins afin d'aboutir à la création d'un protocole qui permettrait l'intégration complète de cette méthode dans les soins.

En outre, le Docteur Minguet souligne l'importance de se former pour intégrer le jeu aux soins. Elle propose depuis 10ans des stages de formation dans le cadre de l'association Sparadrap. Ils permettent aux soignants de développer « leur pratique d'humanisation des soins ».

Pour conclure, dans le film *A vous de jouer ! La distraction des enfants lors des soins*, produit par l'association Sparadrap, une soignante évoque l'importance de la décision d'équipe dans l'utilisation de la distraction. Cela afin que cette méthode soit appliquée par tous les soignants, ayant pour but d'instaurer une continuité auprès des enfants.

3. L'enquête

3.1 Le dispositif méthodologique

Pour la phase exploratoire de mon travail, j'ai choisi d'enquêter à l'aide d'entretiens semi-directifs. Cela me permettait de laisser les soignants exprimer ce qu'ils avaient envie de transmettre, guidés par le biais de questions ouvertes. Ces questions sont donc pertinentes d'un point de vue recueil d'expérience, néanmoins elles complexifient l'analyse. Il est donc plus difficile de délimiter le sujet.

En amont des rencontres avec les différents professionnels, la construction de mon guide d'entretien n'a pas été chose simple, je l'ai finalisé avec l'aide de ma tutrice de MIRS. Il est composé d'une introduction dans laquelle je me présente, je présente le sujet de mon mémoire et je demande au professionnel son accord pour enregistrer l'entretien anonymement. Par la suite, six questions sont formulées avec des possibilités de rebondissement. Enfin, je termine l'entretien par des remerciements et je précise, de nouveau, que je garantis au soignant l'anonymat de ce recueil.

J'ai choisi d'interviewer des professionnels de santé ayant des parcours différents afin de croiser leur expérience. Les trois soignantes que j'ai rencontrées étaient : une connaissance personnelle, une infirmière avec qui j'ai travaillé durant mon stage S5 et une nouvelle puéricultrice coordinatrice qui arrivait dans le service dans lequel j'ai effectué ce stage. Elles ont toutes les trois travaillé auprès d'enfants de tout âge lors d'une hospitalisation courte. J'ai pu rencontrer deux d'entre elles en présentiel à Rennes. Les deux entretiens se sont déroulés dans le calme dans un bureau sur leur temps de travail en semaine. Au vu de la crise sanitaire (COVID-19), il a fallu s'organiser et respecter les gestes barrières. Le troisième entretien, quant à lui, s'est tenu à distance via une plateforme de visioconférence : Google Meet. Il a fallu, avec la puéricultrice, que l'on croise nos disponibilités pour finir par programmer ce temps sur un week-end. Cet entretien s'est déroulé en visioconférence en raison de la difficulté à se déplacer d'un département à un autre passé une certaine heure (couver-feu).

Les trois entretiens se sont très bien déroulés. J'ai pu compiler d'importantes informations concernant leur expérience. Avec du recul, en analysant les entretiens, je me dis que parfois j'aurais dû rebondir de telle manière ou alors que j'ai reformulé un élément non-dit par la soignante. Néanmoins, je suis dans l'ensemble satisfaite de mon recueil d'expériences. Ces apports sont riches et vont me permettre d'évoluer dans ma posture de soignante.

Les retranscriptions ont été un travail de longue haleine, néanmoins le fait de les réécouter plusieurs fois a permis de raviver ma mémoire. Ce travail d'écriture a permis de faire apparaître chez les professionnels des propos récurrents.

Par la suite, j'ai analysé ces trois entretiens. Pour ce faire, j'ai fait le choix de les coder à l'aide de différentes couleurs. Cette méthode m'a permis de mettre en évidence les différents thèmes émergents. Par la suite, j'ai rangé les différents éléments surlignés dans un tableau permettant de déceler les similitudes et les différences.

A présent, nous allons découvrir l'analyse descriptive qui mettra en lumière les éléments retrouvés dans les expériences des soignantes.

3.2 L'analyse descriptive des entretiens

L'approche relationnelle en pédiatrie

- L'IDE 1 explicite peu son approche relationnelle avec l'enfant, et cependant elle évoque l'adaptation et le temps. Ces deux composantes sont aussi soulevées par les deux autres infirmières. De plus, l'IDE 2 spécifie quelques aspects de son approche, elle se présente et se met à la hauteur de l'enfant.
- La notion d'explication se retrouve dans chacun des entretiens. L'IDE 2 souligne en plus que cette méthode est très importante et qu'il faut s'assurer que les explications soient claires et surtout comprises.
- La confiance semble le mot clé pour les IDE 2 et 3. Cette relation créée par l'infirmière concerne l'enfant et le parent. D'après l'IDE 2 : « une fois qu'on est en confiance ... on fait bien plus de choses ».
- Les IDE 2 et 3 insistent sur le fait qu'en pédiatrie l'infirmière ne fait jamais les soins seule. Elle est accompagnée d'une auxiliaire de puériculture, il s'agit d'un binôme de travail.
- Deux des trois infirmières (2 et 3) affirment que la prise en soin pédiatrique n'est pas la même que celle de l'adulte.
- Dans les entretiens 2 et 3, les professionnelles de santé relèvent l'importance des premiers soins.
- L'IDE 2 fait part d'une technique qu'elle utilise avec les enfants : elle fait un « deal » avec eux.

La présence des parents

- Les trois entretiens se rejoignent sur l'accord de la présence des parents. De plus, l'IDE 2 et 3 précisent qu'elles laissent le choix aux parents d'être présent ou non.
- Dans leur fonctionnement, les trois infirmières expliquent que lorsque les parents sont présents il faut les « accompagner », les « guider » et essayer de les mettre « à contribution ». L'IDE 3 exprime qu'il faut les « préparer comme l'enfant ».
- L'IDE 1 et 2 utilisent le terme d'aidant et précisent que les familles peuvent être aidantes ou non.
- L'IDE 2 et 3 introduisent dans leur témoignage qu'il faut être vigilant vis-à-vis des parents. Ils ont « le rôle de parents », il ne faut pas leur « donner une place de soignants ».

L'utilisation de la distraction

- L'IDE 1 et 2 transmettent qu'elles jouent avec l'enfant avec des jouets ou des objets. L'IDE 3 utilise plutôt des histoires ou des chants.
- Toutes les trois évoquent le fait de discuter avec l'enfant, « d'aborder des sujets qui l'intéressent », soit d'aller sur « ses centres d'intérêt ».
- L'IDE 2 développe peu cette partie de l'entretien, néanmoins, elles ont toutes parlé des « clowns ».
- Les IDE 1 et 2 soulignent leur adaptation de la distraction en fonction de l'âge des enfants. L'IDE 3, quant à elle, ne le dit pas franchement mais nous le fait comprendre en énonçant les différents moyens de distraction pour les « petits » et pour les « plus grands ».
- Deux des trois infirmières utilisent des métaphores. L'IDE 3 dit que celles-ci servent à ce que le soin soit concret pour l'enfant mais de façon moins violente.
- L'IDE 1 et 3 se rejoignent sur le fait de faire participer l'enfant au soin.
- L'IDE 1 évoque une particularité, elle nous illustre l'importance de sa participation à la distraction : « si on s'amuse autant qu'eux ... c'est un peu communicatif ». Elle met en évidence la notion d'« effet placebo ».

Les difficultés rencontrées

- Les IDE 1 et 2 parlent d'une difficulté pour l'enfant, qui en devient une pour le soin, celle de la présence d'un soignant. De plus, l'IDE 2 ajoute que le matériel utilisé peut « impressionner ». L'IDE 1 quant à elle suppose que cela est dû au fait que l'enfant ne connaît pas et n'a pas l'habitude de voir « beaucoup de monde ».
- Les entretiens 1 et 2 révèlent aussi qu'il peut y avoir une certaine pression ou stress chez les enfants mais aussi chez les parents.
- L'infirmière 2 aborde la notion de douleur qui peut compliquer le soin.
- Dans les entretiens 2 et 3, nous retrouvons une similarité. Elle concerne l'expérience antérieure. Les deux puéricultrices soulignent que les premiers soins ont un impact sur les prises en charge suivantes. Elles parlent d'un « blocage » ou d'une perte de confiance avec les soignants.
- L'infirmière 1 évoque aussi une difficulté possible avec les enfants en situation de handicap.

Les moyens mis en place face aux difficultés rencontrées

- Dans les trois entretiens, nous pouvons retrouver une même ressource qui est le ou la collègue. Les IDE 2 et 3 parlent plutôt de « passer la main », quant à l'IDE 1 elle évoque plutôt la collaboration.
- La soignante 1 fait allusion à la notion de rapidité qui permettrait de « minimiser le temps de soin » ou même « supprimer » certains soins. L'IDE 3 utilise aussi le temps comme ressource mais d'une manière différente. Elle attend et illustre cette attente comme « une récréation ». Finalement, elle diffère le soin.
- Les IDE 1 et 2 se rejoignent, elles utilisent la négociation avec le médecin pour la confirmation ou non de la réalisation du soin en fonction du contexte.
- Dans l'entretien 1, l'infirmière implique parfois les parents. Elle fait le soin sur eux pour montrer à l'enfant comment celui-ci se déroule.

L'évolution du soignant

- Les trois infirmières ont pu avoir différentes formations mais elles affirment toutes que leur évolution est principalement due à leur expérience.
 - Les IDE 1 et 2 exposent une similitude en disant que plus une infirmière maîtrise son soin plus elle sera « ouverte aux autres ». L'IDE 1 ajoute que la confiance en soi joue un rôle dans l'évolution des pratiques.
 - L'IDE 3 évoque le fait d'avoir beaucoup appris des autres soignants. De plus, elle précise que non seulement l'expérience impacte son évolution mais aussi « le retour des parents ou des enfants ». Elle finit par illustrer le fait d'apprendre de ses erreurs.

3.3 L'analyse interprétative des entretiens

L'analyse interprétative va permettre de croiser les données recueillies lors des entretiens avec celles du cadre théorique. J'ai choisi de les analyser en globalité afin d'obtenir une interprétation claire et complète. Je vais étayer dans chaque partie ce que je relève d'important ou d'étonnant, des idées qui apporteront des précisions à mes recherches.

L'approche relationnelle en pédiatrie

Tout d'abord, nous pouvons observer dans les entretiens que les différentes professionnelles mettent en évidence l'adaptation à l'enfant. Elles utilisent une approche plutôt douce, en prenant le temps qu'il faut. Comme évoqué dans mes recherches théoriques, il s'agit de personnaliser la prise en soin de l'enfant. Dans cette prise en charge pédiatrique, deux des trois infirmières insistent sur la relation de confiance qu'il est important d'instaurer avec l'enfant mais aussi avec les parents. En effet, dans les cahiers de la puéricultrice, F. Billot, S. Bey, B. Dumont, ... explicite qu'il s'agit d'une notion clé dans la relation à l'enfant et son entourage. L'IDE 2 nous transmet qu'avec cette confiance nous faisons « bien plus de choses » et que le soin lui-même est « une confiance énorme ».

Par ailleurs, chacune à leur manière souligne l'importance de l'explication du soin. Effectivement, lors de la construction du cadre théorique nous avons pu remarquer que le soin se préparait en amont par la communication d'informations à l'enfant et ses parents. Cela leur permet de savoir à quoi s'attendre, de comprendre le soin et ainsi créer une relation de confiance avec le ou les soignants.

Comme le dit Smith, Y. (2019) « la Santé des enfants est distincte de celle des adultes dus à la croissance et développement qui se produit dans tout l'enfance. ». L'IDE 2 rejoint cette idée tout

comme l'IDE 3 qui précise qu'« on ne peut pas aborder l'enfant comme on aborde l'adulte ». L'IDE 2, quant à elle, souligne que la réalisation des soins à deux est une des différences avec la prise en charge de l'adulte. En effet, en pédiatrie les soins sont réalisés en binôme.

Pour finir, je trouve intéressant de se pencher sur le témoignage de l'IDE 2 en ce qui concerne son approche avec l'enfant. Cette dernière me transmet lors de l'entretien qu'avec chaque enfant et pour chaque soin elle propose un « deal » avec celui-ci. Le deal est le suivant : « si tu as mal tu me dis STOP et je m'arrête, on souffle et c'est toi qui reprendras et qui diras quand il faut reprendre ». Ce « marché » permet de responsabiliser l'enfant, il doit le respecter. En utilisant cette méthode, l'IDE montre à l'enfant qu'elle est à son écoute et qu'elle respecte les décisions qu'il prendra le concernant. Elle permet de lui donner un rôle, celui d'être maître de soi, de son corps. Ce fonctionnement permet finalement que l'enfant soit un réel acteur de sa prise en soin.

La présence des parents

Dans les trois expériences recueillies, nous relevons que la présence des parents est un élément faisant partie intégrante de la prise en soin de l'enfant. Assurément, les enfants sont habitués à la présence de leurs parents, qui sont des figures rassurantes pour eux. Le choix des trois infirmières d'accueillir les parents lors des soins est en concordance avec la peur que peut avoir l'enfant d'en être séparé. Cette méthode est en accord avec la circulaire du 23 novembre 1998 qui souligne qu'il est important « d'éviter en outre une séparation injustifiée de son entourage ». Les IDE 2 et 3 précisent qu'elles laissent le choix aux parents de rester ou non. Cette façon de procéder est bénéfique pour les parents qui ne se sentent pas capables de rester. En effet, cela arrive et l'IDE 2 dit que « c'est absolument pas grave de sortir ». Ces propos rejoignent ceux de S.Bey et B.Dumont (2012) qui spécifient qu'il faut les déculpabiliser. Effectivement, l'IDE 2 précise qu'« ils sont là dans le rôle de parents » et l'IDE 3 ajoute qu'il faut « faire attention à pas leur donner une place de soignants quand ils sont là ». Néanmoins, quand les parents souhaitent être présents, ce qu'encourage F. Billot et I. Royer, il est important de les accompagner.

L'utilisation de la distraction

La distraction est finalement une méthode utilisée par les soignantes interrogées et parfois sans qu'ils s'en rendent compte. Dans leur prise en soin, elles mettent en place, chacune à leur manière, des actions afin de distraire l'enfant, de « l'emmener ailleurs » (IDE 3). Dans le cadre théorique, il est spécifié que la distraction doit commencer avant le soin pour être efficace. L'IDE 3 agit de la sorte, elle

nous transmet qu'elle essaye, en amont du soin, de mieux connaître l'enfant afin d'avoir « des arguments de distraction ».

Les trois infirmières utilisent différentes méthodes dont le jeu. De cette façon, elles participent sans s'en rendre compte au développement de l'enfant car comme l'évoque *le Guide de la petite enfance* c'est un élément primordial dans celui-ci. Néanmoins, il n'y a pas que le jeu dans la distraction, selon F.Billot, il y a aussi les échanges verbaux avec les enfants de plus de 4-5 ans. En effet, les trois infirmières en témoignent. Ces différentes façons d'utiliser la méthode distractive relève de l'adaptation à l'enfant en prenant en compte son âge. Dans leur témoignage, les soignantes me le transmettent de façon explicite ou implicite.

En outre, les IDE 1 et 3 utilisent beaucoup les métaphores afin que l'enfant apparente le soin à quelque chose qu'il connaît. L'IDE 3 nous donne un exemple : « une piqûre ... je peux dire que ça va faire mal comme quand on se fait piquer par un petit insecte », elle ajoute que cela permet de concrétiser le soin différemment afin de le rendre « moins violent ».

Par ailleurs, l'IDE 1 aborde la notion d' « effet placebo », elle l'explique pour un médicament. En effet, elle me transmet que lorsque l'on administre un antalgique à un enfant et qu'on lui dit « tu vas voir il marche super bien », il y a un effet placebo induit par cette phrase. Pour elle, la même chose se produit lors du jeu. Elle explicite que si l'on s'amuse autant que l'enfant alors il y a un effet communicatif qu'elle associe à l'effet placebo.

Pour terminer, elles évoquent toutes les trois la sollicitation des clowns à l'hôpital. Cet élément n'a pas été abordé dans le cadre théorique, cependant il semble intéressant du fait que les soignantes interviewées soulignent toutes les trois cette aide.

Les situations difficiles

L'enfant hospitalisé peut avoir différentes inquiétudes. Il n'est pas dans son milieu habituel, comme le précise I. Brillant (2009) son hospitalisation est « une rupture avec le quotidien ». A l'hôpital, il y a beaucoup de personnes et l'enfant peut ne pas connaître les différents professionnels. En effet, les IDE 1 et 2 indiquent que leur présence peut être compliquée pour l'enfant. L'IDE 2 ajoute que le matériel de soin peut être impressionnant pour ce dernier.

Par ailleurs, elle stipule qu'une des difficultés est celle de la confiance. Elle insiste sur le fait que certaines situations complexes sont dues à des expériences antérieures. L'IDE 3 rejoint ce raisonnement et évoque une situation dans laquelle la répétition de piqûres pour essayer d'obtenir un

bilan sanguin n'a fait que créer un blocage et a abouti à l'écroulement de la confiance entre le soignant et l'enfant. En effet, comme le soulignent fortement ces deux professionnelles de santé le bon déroulement des premiers soins est important pour ceux à venir. Dans mes recherches, nous retrouverons effectivement qu'une mémorisation négative du soin peut complexifier les soins suivants.

Enfin, l'IDE 1 évoque les situations difficiles où l'enfant est en situation de handicap. En effet, les soignants peuvent se trouver en difficulté, démunis, je pense que nous n'avons pas encore toutes les clés pour s'adapter à certaines de ces situations.

Les moyens mis en place face aux difficultés rencontrées

Lorsque les infirmières font face à des situations complexes, elles mettent différents moyens en place. Tout d'abord, comme spécifié dans le cadre théorique, les trois infirmières ont évoqué la sollicitation d'une ou d'un collègue. Les IDE 2 et 3 ont spécifié le changement de soignant c'est-à-dire le « passage de main ».

Ensuite, j'ai soulevé que dans les entretiens 1 et 2, les professionnelles cherchent à « négocier » avec le médecin la réalisation du soin. Elles veulent finalement trouver un moyen pour ne pas faire subir le soin à l'enfant.

L'IDE 3 propose, quant à elle, de différer le soin. Elle parle de « faire une récréation » pour ne pas braquer l'enfant. Si les différentes solutions apportées ne fonctionnent pas, les IDE 1 et 2 suggèrent de limiter le temps de soin et donc de contrainte pour l'enfant. L'IDE 1 précise qu'on est obligé de faire certains soins et donne l'exemple du retrait de perfusion.

Dans cette partie, je relève qu'aucune des infirmières n'a évoqué l'aide des parents dans ce genre de situation. Peut-être qu'elles n'y ont pas pensé lors de l'entretien et qu'elles les impliquent dans ces moments difficiles. Il est vrai que lors d'un entretien il est facile d'oublier d'exprimer certaines choses que nous faisons au quotidien.

De même, dans le cadre théorique, nous retrouvons une idée, sortie du film de l'association Sparadrap. Il s'agit tout simplement de reconnaître l'émotion de l'enfant et de la comprendre. L'enfant a le droit de ne pas être en accord avec les soins et il faut pouvoir le comprendre pour jouer notre rôle de réassurance. Cet élément paraît tellement logique qu'il peut ne pas être évoqué.

L'évolution du soignant

Ici, nous pouvons voir que les trois soignantes ont pu bénéficier de différentes formations. Cependant, elles affirment toutes que ce qui les a le plus fait évoluer c'est leur expérience. Cela est intéressant car nous comprenons par là qu'un soignant peut apprendre de ses erreurs et des situations antérieures auxquelles il a dû faire face. Il va finalement se servir de ses différentes expériences pour améliorer sa compétence professionnelle, sa posture vis-à-vis de ses patients.

4. La discussion

Dans cette partie, je souhaite confronter mon analyse interprétative et ma question de départ. Par la suite, je donnerai mon propre avis face à la problématique exposée. Enfin, je terminerai par reconsidérer ma question de départ et je pourrai alors formuler une question de recherche. La discussion a pour objectif d'apporter une vision globale de mon travail de recherche.

Grâce aux entretiens, j'ai pu obtenir trois témoignages différents me permettant de croiser les différentes pratiques professionnelles. Autour de la prise en soin de l'enfant, nous retrouvons beaucoup de similitudes. Nous avons pu voir, à travers mes recherches croisées sur les expériences recueillies, que la prise en charge de l'enfant était différente de celle de l'adulte. Nous pouvons souligner que le soignant s'adapte à l'enfant, il a besoin de temps, de dialogue et de confiance. Répondre à ma question de départ « En quoi la distraction en pédiatrie influence-t-elle le vécu du soin par l'enfant lors d'une hospitalisation courte ? » paraît complexe. Cependant, je vais analyser ce qui m'a permis ou non d'avoir des pistes de réponses.

La distraction est en effet utilisée par les soignants. Néanmoins, l'impression que j'ai eue en recueillant l'expérience des trois soignantes est qu'elles n'en ont pas forcément conscience. Elles ne mettent pas forcément en avant le mot « distraction » sur leurs pratiques et pourtant c'est bien ce qu'elles font. Elles le font à travers divers moyens : le jeu qui est le moyen le plus connoté au terme distraction mais aussi la discussion avec l'enfant, sa participation sollicitée par l'infirmière... L'IDE 2 utilise une forme de distraction un peu différente de celle des autres. D'ailleurs, elle ne l'identifie pas comme une distraction et pourtant c'en est une. Sa méthode m'a semblé très intéressante à plusieurs points de vue. Elle met en place avec l'enfant un « deal » qui consiste à ce que l'enfant dise « stop » s'il a mal, l'infirmière arrête puis c'est l'enfant qui décidera quand reprendre. Cette technique n'est pas commune mais je trouve qu'elle permet de vraiment placer l'enfant au cœur du soin. Il devient un réel acteur de sa santé. Le « deal » permet finalement à l'enfant d'être responsable de lui-même, de prendre les décisions en ce qui concerne son corps. En fonctionnant comme cela, l'infirmière donne à

l'enfant un rôle dans son hospitalisation, qui est finalement un droit : il est maître de lui-même. Ce moyen d'approche avec l'enfant permet à la soignante de créer une atmosphère rassurante et ainsi développer une relation de confiance avec lui. L'enfant va se sentir écouté et les rôles de supériorité vont s'inverser. Ce n'est plus l'adulte qui décide pour l'enfant mais l'enfant seul.

Par ailleurs, j'ai été surprise par un élément du témoignage de l'IDE 1. Elle exprime un lien entre le jeu et l'adhésion de l'enfant à celui-ci, qui n'est autre que l'effet placebo. En effet, faire ce rapprochement est étonnant mais pour ma part je le trouve particulièrement pertinent. Il est vrai que si nous nous intégrons au jeu avec envie l'enfant le ressentira et y adhèrera plus facilement que si nous mettons peu voire aucune conviction dans ce que nous proposons. Nous retrouvons ici l'aspect communicatif qui est un élément important dans la prise en soin de l'enfant.

Pour finir, j'aimerais revenir sur une ressource des soignants : les clowns. En effet, lors de leur présence ces professionnels sont d'une grande aide. La distraction faite aux enfants venant des clowns est différente de celle réalisée par les soignants. Il y a plusieurs raisons à cette affirmation. Tout d'abord, ces personnes ne se consacrent qu'à cela, leur mission est de distraire les patients (enfants comme adultes), de leur donner le sourire dans des moments d'hospitalisation parfois compliqués ou tout simplement d'échanger avec eux. Par ailleurs, ils ne sont pas en tenue blanche comme les soignants. C'est un point positif pour les enfants qui ont peur des « blouses blanches » qu'ils n'arrivent parfois pas à identifier. De plus, le clown est un emblème du rire, en général les enfants connaissent ce personnage. Nous remarquerons que cette ressource de distraction n'apparaît pas dans le cadre théorique. En effet, c'est un choix que j'ai fait. J'ai longuement hésité avant de prendre cette décision. La raison de celle-ci est qu'il y a de nombreuses façons d'utiliser la distraction et je ne pouvais pas toutes les aborder. J'ai donc préféré me concentrer sur ce que le soignant pouvait mettre en place avec ses propres ressources et celles de l'enfant.

Malgré toutes les données que j'ai pu collecter, je ne peux pas répondre clairement à ma question de départ. Néanmoins, je constate que, d'une manière ou d'une autre, les soignants utilisent la distraction dans leur relation à l'enfant. Je crois pouvoir aussi affirmer, suite aux différents entretiens, qu'ils mettent tout en place afin que l'enfant ne subisse pas le soin. Pour cela, j'ai pu remarquer qu'à plusieurs reprises nous retrouvons la notion de confiance. En effet, les soignants, avec qui je suis en accord, soulignent que la relation de confiance est primordiale pour le bon déroulement du soin. Cela m'amène donc à faire de nouveaux liens : la distraction serait-elle une aide dans la formation d'une relation de confiance avec l'enfant ? De cette réflexion en découle ma nouvelle problématique qui sera ma question de recherche :

➔ En quoi la distraction en pédiatrie est un moyen permettant de créer une relation de confiance avec l'enfant ?

Ce travail m'a permis de conforter mon idée de devenir infirmière puéricultrice. J'ai pu découvrir davantage d'éléments concernant le fonctionnement de l'enfant mais aussi celui des professionnels. D'une part par la recherche et les lectures et d'autre part grâce aux différents entretiens que j'ai pu réaliser. Je pense que ce travail d'écriture m'a permis de mettre des mots sur ce que l'on peut réaliser dans la prise en soin de l'enfant. La principale composante que je retiens est la relation de confiance. J'avais déjà conscience de son importance mais je pense que l'étudier, l'illustrer et comprendre son utilité me permettra dans ma pratique professionnelle d'y attacher plus d'attention. Par ailleurs, avoir recueilli différentes façons de travailler m'aidera à avoir une diversité de méthodes en réserve afin d'adapter au mieux mon approche de l'enfant. J'ai découvert certaines façons de faire auxquelles je n'aurai pas pensé, comme « faire la course » avec l'enfant pour le retrait de perfusion. Comme l'ont spécifié les professionnelles dans leur entretien, nous évoluons grâce aux expériences vécues. Ce travail de mémoire fait pour moi partie intégrante de mon expérience et m'a permis de retenir des éléments nouveaux que je trouve pertinents pour ma future pratique professionnelle.

Conclusion

Pour ce travail d'initiation à la recherche, je me suis appuyée sur trois situations vécues lors de mes stages. Celles-ci sont toutes différentes, les soins pratiqués à l'enfant sont tous différents et plus ou moins invasifs. Néanmoins, un élément important les relie : la distraction. Il m'a semblé important de l'étudier car à chacun de mes stages j'ai mis en pratique cette méthode d'approche. Suite à mes diverses expériences en pédiatrie, un questionnement s'est dessiné et m'a amené à ma question de départ :

➔ En quoi la distraction en pédiatrie influence-t-elle le vécu du soin par l'enfant lors d'une hospitalisation courte ?

En choisissant ce thème, j'ai voulu traiter la distraction dans tous les domaines. En effet, je n'ai pas associé la notion de distraction avec un autre élément tel que la douleur ou encore l'anxiété. J'ai pris cette décision car pour moi la distraction est une ressource importante dans chaque situation, que l'enfant ait peur, que le soin soit sensiblement douloureux ou bien même qu'il soit tout simplement méconnu de l'enfant.

Par la suite, j'ai réalisé différentes lectures afin de construire mon cadre théorique. Je me suis appuyée sur différents documents : des livres, des périodiques, des sites web ou encore un film. Cette diversité de sources m'a permis de mettre en avant les conclusions de différents auteurs et ainsi d'obtenir une recherche aussi complète que possible. Ce travail n'a pas été simple. D'une part, je me suis retrouvée avec énormément de sources potentielles et, d'autre part, j'avais besoin d'un cadre pour ne pas m'égarer. C'est pourquoi, pour m'aider, j'ai construit assez rapidement un sommaire me permettant d'orienter mon recueil d'informations.

Vient ensuite la construction du guide d'entretien, une tâche qui s'est avérée complexe pour moi. Pour ma partie « enquête », j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs afin de laisser le professionnel exprimer ce qu'il souhaitait transmettre. J'ai eu du mal à construire ce guide car il fallait formuler des questions ouvertes. Une fois finalisé, je souhaitais réaliser deux entretiens comme il était conseillé. Puis, suite à des propositions et à des réponses différées des professionnels, je me suis retrouvée à effectuer trois entretiens. Ils ont tous été enrichissants et m'ont permis de continuer mon cheminement.

Avec du recul, j'ai l'impression que les questions de mes entretiens étaient peut-être trop ouvertes ce qui ne m'a pas facilité le travail d'analyse. En effet, celui-ci fut un travail difficile. Le sujet était peut-être trop vaste et a donc rendu ce travail d'analyse complexe. Par ailleurs, c'est la première fois que je réalise un travail de mémoire, cette raison est certainement aussi la source de mes difficultés rencontrées. De plus, le travail d'analyse est un travail exigeant qui me déstabilise à cause de la peur de me tromper, l'envie de réaliser un travail complet et la difficulté à comprendre la méthodologie. J'ai fini par terminer mon analyse avec cette inquiétude qu'elle ne soit pas suffisante.

Il ressort de cette analyse quatre points clés :

- Le soignant ne met pas forcément le mot distraction sur sa pratique bien que ce soit ce qu'il utilise dans son approche avec l'enfant, il existe une multitude de façons de faire.
- Dans la prise en soin de l'enfant, deux éléments sont importants : la confiance et l'adaptation.
- Face à des difficultés, le soignant a différentes ressources notamment ses collègues.
- Le soignant apprend et évolue grâce à ce qu'il vit au quotidien.

Enfin, la discussion a été une partie où j'ai pu exprimer mon avis et ainsi rapprocher mon travail de mon projet professionnel. De cette réflexion, a découlé ma question de recherche :

➔ En quoi la distraction en pédiatrie est-elle un moyen de créer une relation de confiance avec l'enfant ?

Pour pouvoir y répondre et développer autour de ce sujet, il serait intéressant réaliser de nouveau un travail de recherche. Cependant, avec tous les éléments que j'ai pu apprendre, je peux m'engager à répondre partiellement à cette question. En effet, la relation de confiance avec l'enfant est la clé d'un bon déroulement des soins. Pour y parvenir, le soignant met différentes méthodes en œuvre dans son approche relationnelle avec ce dernier. Celles-ci relèvent souvent de la distraction. Il peut s'agir d'échanges verbaux avec l'enfant ou bien d'une approche par le jeu. Le soignant place l'enfant au cœur de la relation afin de le mettre en confiance.

Cette partie de discussion m'a permis de me rendre compte de l'apport enrichissant de ce travail d'initiation à la recherche. En effet, les différents éléments étudiés ainsi que les méthodes de travail découvertes m'aideront dans ma future pratique professionnelle en pédiatrie.

Pour terminer, je pense que les recherches de mon cadre théorique ont été fructueuses et ont souligné des éléments permettant de comprendre ce que la distraction pouvait apporter à l'enfant. Les différents documents que j'ai utilisés pour sa construction m'ont permis d'apprendre davantage sur l'enfant dans le milieu du soin. Par ailleurs, les données recueillies auprès des infirmières ont permis de confronter la théorie à la pratique. En effet, nous retrouvons plusieurs éléments en concordance dans ces deux parties. Les témoignages permettent d'illustrer la théorie par des exemples réels.

Bibliographie

Articles

- Billot, F. (2012). Les méthodes distractives. *Cahier de la puéricultrice*, n°255, 9-21.
- Billot, F. (2014). Le jeu comme partenaire des soins. *Cahier de la puéricultrice*, n°275, 11-28.
- Doumal, Y., Duval, E., & Langlois, S. (2019). La distraction lors des soins douloureux en pédiatrie. *Cahier de la puéricultrice*, n°332, 34-38.

Ouvrages

- Ben Soussan, P. & Sandre, D. (2009). *Le bébé à l'hôpital (51)*. Erès.
- Gassier, J., Beliah-Nappez, M., Allègre, E., & Montenot Wagner, C. (Septembre 2018). *Guide de la petite enfance : accompagner l'enfant de 0 à 6 ans (3^e ed.)*. Elsevier.
- Musée de l'assistance publique – Hôpitaux de Paris (dir.). (2005). *L'hôpital et l'enfant : l'hôpital autrement ?...XIXe-XXe*. EHESP.

Document multimédia

- Galland, F. & Tracou, A. (2011). *A vous de jouer ! La distraction des enfants lors des soins* [dvd]. Association SPARADRAP.

Pages web

- Bourdaud, N. (2018). *Hypnose et distraction préopératoire chez l'enfant*. Mapar. <https://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/m3rnydbs/Hypnose%20et%20distraction%20pr%c3%a9op%c3%a9ratoire%20chez%20l%e2%80%99enfant.pdf>
- Galland, F., MINGUET, B., & Blidi, M. (Septembre 2018). *Distraire les enfants lors des soins*. Sparadrap. www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/distraire-les-enfants-lors-des-soins
- Humanium. (s.d.). *Droits de l'enfant : La signification de l'enfant et des droits des enfants*. <https://www.humanium.org/fr/les-droits-de-l-enfant/>
- Minguet, B. & Galland, F. (Avril 2011). *Les inquiétudes de l'enfant avant un soin, un examen...* Sparadrap. www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/les-inquietudes-de-lenfant-avant-un-soin-un

- Pédiatrie. Dans Larousse médical.
<https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/p%C3%A9diatrie/15223>
- Pédiatrie. Dans *Le Robert, dico en ligne*. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/pediatrie>
- Phaneuf, M. (2013). *Le soin de l'enfant et le jeu*. Prendre soin. <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/10/Le-soin-de-lenfant-et-le-jeu.pdf>
- Rosenberg-Reiner, S. (2012). Les enfants hospitalisés et la bientraitance. *Risques et qualité*. IX(4). 107-112. <https://www.each-for-sick-children.org/images/2013/RQ-IX-4-Rosenberg.pdf>
- Smith, Y. (Février 2019). *Soins pédiatriques*. News medical life sciences. [https://www.news-medical.net/health/Pediatric-Nursing-\(French\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Pediatric-Nursing-(French).aspx)
- Spée, M. (Juillet 2016). *Pédiatrie*. Passeport santé. <https://www.passeportsante.net/fr/specialites-medicales/Fiche.aspx?doc=pediatrie>
- Steinchen. (2010). Pixabay. <https://pixabay.com/fr/photos/teddy-chien-animal-en-peluche-242851/>
- Syndicat National des Professionnels Infirmiers. (mars 2008). *Référentiel d'activités de puéricultrice*. <https://www.syndicat-infirmier.com/Referentiel-d-activites-de.html>

ANNEXES

ANNEXE 1 - Charte européenne de l'enfant hospitalisé	1
ANNEXE 2 - Le guide d'entretien	2
ANNEXE 3 - Retranscription 1.....	4
ANNEXE 4 - Retranscription 2.....	9
ANNEXE 5 - Retranscription 3.....	16
ANNEXE 6 - Analyse retranscription 1	22
ANNEXE 7 - Analyse retranscription 2	27
ANNEXE 8 - Analyse retranscription 3	34
ANNEXE 9 - Tableau analytique.....	40

ANNEXE 1 - Charte européenne de l'enfant hospitalisé

Charte européenne de l'enfant hospitalisé

« Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants. » (UNESCO)

Un enfant à l'hôpital,
c'est l'affaire de tous.

Cette charte résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.



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



2 - Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.

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



4 - Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.



5 - Les enfants et les parents ont le droit d'être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les soins. On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable.



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

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

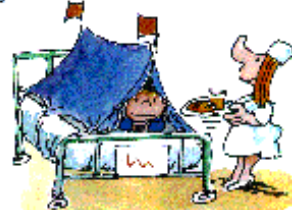


8 - L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.

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



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



Illustrations : Pef

© APACHE - Pef - EACH

ANNEXE 2 - Le guide d'entretien

Guide d'entretien

Organisation

- Durant mon stage S6.1 en présentiel dans la mesure du possible, sinon en distanciel
- Deux IDE travaillant en service de chirurgie ambulatoire accueillant la pédiatrie
- Une IPDE (connaissance personnelle)

Présentation

Bonjour, je m'appelle Aurore, je suis étudiante en 3^{ème} année d'école infirmière. Je viens à votre rencontre afin de vous solliciter, si vous êtes d'accord, pour la construction de mon mémoire. Celui-ci a pour thème la pédiatrie car c'est la branche vers laquelle je souhaite m'orienter. Je voudrais me spécialiser en puériculture.

Le sujet de mon mémoire porte sur la distraction lors des soins pédiatrique. Êtes-vous d'accord pour que je vous pose quelques questions ? Ce recueil d'expérience sera bien sûr anonyme.

Êtes-vous d'accord que j'enregistre l'entretien ? L'enregistrement ne sert qu'à la recherche du MIRSI. Je vous garantie l'anonymat de celui-ci.

Objectifs d'entretien

- Comprendre l'entrée en relation avec l'enfant lors du soin
- Identifier les attitudes soignantes mises en place pour que l'enfant adhère au soin
- Identifier les ressources et les freins face aux situations complexes avec l'enfant
- Relever les formations possibles autour de la prise en soin de l'enfant
- Apprendre de quelle manière peut évoluer un soignant

Questions

Pouvez-vous vous présenter (fonction, nombre d'année d'exercice, service de travail actuel...)

Pouvez-vous m'expliquer pour quelles raisons avez-vous choisi de travailler avec les enfants ? Avec quelle tranche d'âge travaillez-vous ?

Je m'intéresse donc beaucoup à la pédiatrie et aujourd'hui j'aimerais évoquer la prise en soin d'un enfant lors d'une hospitalisation courte.

1. Dans votre pratique auprès des enfants, comment abordez-vous la relation à l'enfant lors du soin ? Est-ce que vous privilégiez la rencontre avec l'enfant seul ou bien avec l'enfant et sa famille ?
2. Pouvez-vous me décrire comment vous faites pour que l'enfant accepte le soin / pour faciliter le vécu du soin par l'enfant ? (Relancer l'expression de l'IDE autour de plusieurs expériences qui mobilisent la distraction : les moyens utilisés en fonction de l'âge, l'intérêt...)

3. Vous est-il arrivé ou vous arrive-t-il d'être en difficulté / d'être démuni face à une situation où l'enfant n'adhère pas au soin ? Comment faites-vous dans ce cas ? (Équipe, personne ressource, différer le soin...)
4. A l'inverse, est ce que vous avez vécu des situations où vous étiez contente de ce que vous aviez mis en place, de la relation que vous avez établi avec l'enfant qui a influencé le vécu du soin par l'enfant ? Pouvez-vous m'en parler, me raconter.
5. Avez-vous bénéficié de formations autour de la prise en soin de l'enfant qui vous ont aidé ?
6. Est-ce qu'au cours de votre carrière, des éléments ou attitudes ont changés/évolué autour de la prise en soin de l'enfant ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ? Avez-vous quelque chose d'important à me transmettre ?

Conclusion

Je vous remercie de m'avoir consacré de votre temps et d'avoir répondu à mes questions. Cet entretien va me permettre d'avancer dans mon mémoire mais surtout dans mon parcours professionnel. Je tiens à vous garantir l'anonymat de notre entretien.

ANNEXE 3 - Retranscription 1

L'IDE 1 est infirmière depuis 17 ans, elle a travaillé dans des services d'adultes et de pédiatrie. Elle est actuellement et depuis 1 an et demi dans un service de chirurgie ambulatoire qui accueille ces deux populations.

ESI : Bonjour, je m'appelle Aurore, je suis étudiante en troisième année d'école d'infirmière. Je viens vous solliciter si vous êtes d'accord pour la construction de mon mémoire.

IDE : oui

ESI : Il a pour thème la pédiatrie parce que c'est la branche dans laquelle je me suis orientée. J'aimerais me spécialiser en puériculture. Du coup le sujet de mon mémoire porte sur la distraction pendant des soins pédiatriques. Est-ce que vous êtes d'accord pour que je vous pose quelques questions ?

IDE : Bien sûr

ESI : Ce sera bien sûr un recueil d'expérience anonyme. Voulez-vous bien que j'enregistre ?

IDE : pas de problème

ESI : Est-ce que vous pouvez d'abord vous présenter : votre fonction, nombre d'année d'exercice, le service dans lequel vous travaillez ...

IDE : Alors, donc, moi je suis infirmière depuis, alors ça va faire 17 ans. Donc au départ j'avais le projet puer donc j'ai pas mal travaillé en pédiatrie donc j'avais passé mon diplôme aux soins intensifs de néonats, j'y ai travaillé après, après je suis retourné un peu sur de l'adulte, après je suis revenue en pédiatrie, le pool toutes ces petites choses-là. Après, ..., voilà j'ai eu des enfants, après j'ai fait 5 ans de neurochir et là depuis 3 ans je suis en chirurgie ambulatoire et depuis 1 an et demi en chirurgie ambulatoire à l'hôpital sud où on accueille aussi bien des enfants que des adultes sur de la gynéco, de la PMA, de la plastie.

ESI : ok, est ce que vous pouvez m'expliquer pour quelle raison vous avez choisi de travailler ou vous aviez envie en tout cas de travailler avec les enfants ? et à peu près quelle tranche d'âge ont les enfants que vous pouvez accueillir dans le service ?

IDE : Alors, comment ..., du coup, moi j'ai toujours eu envie de travailler avec les enfants parce que le métier d'infirmière pour les enfants m'intéressait donc je vais dire quelque chose de bateau : j'aime les enfants mais après il faut savoir que se sont des enfants malades donc faut le savoir avant de faire cette carrière là. Le ..., la vie a fait que finalement je n'ai pas fait la spécialisation mais je suis très contente d'avoir retrouvé de la pédiatrie en chirurgie ambulatoire, donc ici on accueille des enfants à partir de 6 mois et puis bah après ... jusqu'à 18 ans et puis après on les prend en charge au niveau adulte sur certains type de chirurgie.

ESI : d'accord, du coup je m'intéresse beaucoup à la pédiatrie et aujourd'hui je voulais évoquer la prise en soin d'un enfant lors d'une hospitalisation courte, donc ça correspond plutôt bien au service dans lequel vous travaillez. Du coup, dans votre pratique auprès des enfants, comment abordez vous la relation avec l'enfant lors du soin ? est-ce que vous privilégiez la rencontre avec l'enfant seul ou avec l'enfant et ses parents ?

IDE : alors c'est toujours avec ses parents, c'est rarissime que les parents ne soient pas là, sinon c'est qu'ils sont plus grands. De toute façon l'entrée, l'accueil dans le service se fait forcément avec les parents puisque les enfants étant mineurs, les questions on doit les poser aux parents, donc en règle générale quand on les accueille soit je vois que l'enfant est très à l'aise et dans ces cas-là je peux aller directement vers lui. Sinon je lui dis clairement que je vais lui laisser le temps de s'adapter à ma

présence et ... et voilà, on fait vraiment en fonction mais les soins ne se font qu'exceptionnellement, fin moi je crois que j'ai jamais fait de soin ici sans la présence des parents sachant que, voilà, ça reste des soins : prise de tension, retrait de perfusion, retrait de pansement. Ce sont pas non plus des soins extrêmement invasifs mais c'est vrai que dans ma carrière, en effet quand on était en néonate, bah..., beaucoup de soins se faisaient sans la présence des parents puisque les parents n'étaient pas là 24h/24h. Là ils sont présents toute la durée d'hospitalisation, donc...

ESI : oui, d'accord, donc ça dépend un peu du contexte en fait ...

IDE : oui, oue ...

ESI : parce que là, ils viennent sur la journée et du coup c'est pour ça que les parents sont là...

IDE : bah de toute façon oui, ils doivent être là à l'entrée pour faire tous les papiers administratifs et puis ils doivent être là à la sortie pour faire la sortie donc généralement ils restent et puis ...

ESI : oui

IDE : voilà, il y a peu de parents qui ne restent pas à attendre que son enfant revienne du bloc.

ESI : d'accord. Pouvez vous me décrire comment vous faites pour que l'enfant accepte le soin, pour faciliter son vécu lors du soin ?

IDE : Alors, moi j'essaye beaucoup de faire dans le jeu, après je fais vraiment en fonction de chaque enfant, y a des enfants où on voit bien... rien que le fait d'être présent déjà est compliqué pour lui donc on essaye de minimiser euh... comment le ... le temps de soin mais voilà il y a des choses autant le matin l'entrée on peut éventuellement supprimer la tension de l'entrée en prenant juste une saturation pour avoir le pool, autant le retrait de perfusion malheureusement que l'enfant soit d'accord ou pas ... il faut quand même lui le retirer donc au final ... on essaye quand même d'obtenir un maximum l'adhésion des enfants. Moi j'utilise beaucoup le jeu, la distraction, c'est-à-dire, par exemple pour la prise de tension, je lui dis qu'on va tester ses muscles ... s'il me demande d'expliquer, voilà je lui explique. Souvent je les fais participer, appuyer eux-mêmes sur le bouton, je leur explique à l'avance que ça va serrer son bras et que son rôle à lui c'est de ne pas bouger parce que sinon l'appareil est un peu coquin, il serre encore plus ... voilà et puis autrement ... Parfois on a également les clowns qui viennent : deux fois par semaine dans le service donc ils peuvent nous être d'une grande aide sur certains enfants vraiment sur de la distraction pendant que eux vont chanter vont faire leur ... leur petit tour, c'est des choses comme ça et bah ça nous permet de faire certains soins sur des enfants où le matin par exemple on a eu du mal à les approcher et puis au-fur-et-à-mesure de la journée dès fois le contact est différent parce que dès fois ils ont aussi le stress du matin, d'avant de se faire opérer, les parents également... Du coup au cours de la journée des fois cette pression là redescend et le contact peut être plus facile après.

ESI : d'accord, ok ... Et vous utilisez cette technique enfin ces méthodes pour toutes tranches d'âge d'enfant ? est-ce que ça fonctionne mieux à un certain âge qu'à un autre ?

IDE : Alors, moi je l'adapte vraiment en fonction de l'âge des enfants, j'ai par exemple, pour la prise de tension ce qui marche assez bien chez les petits, j'ai un handspiner et ça a un petit effet, soit y en a certains qui essayent de l'attraper et de jouer avec mais pour au moins la moitié des enfants ça a un petit effet en fait, ils scotchent complètement sur le ... l'effet petit moulin et du coup généralement, ils regardent le truc et la tension se prend et après ça roule ... sur les plus grands bah forcément on va discuter et c'est où je vais expliquer qu'on va faire un concours de muscles ou des choses comme ça. Si je vois que c'est difficile pour lui je prends éventuellement la tension sur les parents avant, et puis on prend après sur les enfants. Je vais parler également des brassards pour aller à la piscine. Et puis sur le retrait de perfusion ... ce que j'aime beaucoup faire en fait c'est la course avec les enfants en fait, je commence à défaire le scotch, alors ça ça va pour les enfants de 2 ans et demi, 3 ans, dès qu'ils commencent à vouloir participer aux choses. Déjà je leur fais enlever

complètement la bande qui est par-dessus et ... je fais la course avec eux. C'est-à-dire je commence à décoller le scotch de chaque côté et je lui explique que ... on va prendre chacun notre côté et celui qui gagne c'est celui qui a enlevé le pansement et qui l'a dans les mains. Généralement, les parents sont très étonnés parce que les enfants y vont franco et arrachent complètement le truc et quand il reste juste le cathlon, je ... alors soit j'utilise des boucles d'oreille que j'ai en lui disant que je vois plus mes boucles d'oreille faut qu'il me dise lesquels j'ai, donc ils sont surpris parce que je change complètement de sujet ou j'utilise aussi, je lui fais croire qu'il y a un papillon qui passe, donc généralement il regarde le papillon et pouf j'enlève le cathlon et voilà. Ou sinon voilà ... on discute ou je lui pose des questions sur l'école ou des choses comme ça. Je m'adapte en fonction de chaque enfant.

ESI : ok, d'accord. Bah c'est très intéressant. Et du coup vous parliez de faire le soin sur les parents avant, donc du coup ils sont aussi une ressource lors des soins ...

IDE : oui, la majorité du temps, oui, les parents sont ressources. Alors, il arrive que des fois on sente bien que le stress des parents est transféré sur les enfants après ... euh ça c'est normal aussi hein. En tant que parent on peut... c'est normal qu'on stress quand notre enfant va se faire opérer mais en règle générale il est rare que les parents ne soient pas aidant. Il arrive que des fois les enfants arrivent, ne sont pas au courant du type d'intervention, fin voilà ... donc du coup on essaye de leur expliquer un petit peu comment la journée va se dérouler mais oui oui on essaye de mettre les parents à contribution.

ESI : D'accord. A l'inverse, est ce qu'il vous est arrivé d'être en difficulté ou d'être démunie face à une situation où l'enfant n'adhère pas du tout au soin ?

IDE : euh oui, ça arrive hein, des enfants qui ... alors ça arrive pas mal sur des enfants soit qui n'ont pas toujours vu beaucoup de monde et du coup déjà y a cette peur de la personne, qui ne sont pas au courant ... du comment, du pourquoi ils viennent ici, ça peut être effrayant ici, on arrive avec des gens qu'on ne connaît pas, des blouses blanches, finalement on va à l'hôpital voilà ... ou aussi avec des enfants qui ont un handicap, dans ces cas là bah on s'adapte, y a des choses allégées, y a des choses qu'on ne fait pas ... après le seul soin vraiment qu'on est obligé de faire finalement c'est le retrait de perfusion donc y a des fois où on va beaucoup plus vite et dans ces cas là on limite le temps de contrainte mais oui ça nous ai déjà arrivé, ou on peut aussi de temps en temps avoir des collègues qui viennent faire justement de la distraction, qui viennent occuper l'enfant le temps que nous on fasse le soin. On essaye un maximum de ... que ça se passe bien, alors c'est vrai que y a des enfants qu'ont des vécus plus difficiles et du coup la prise en charge est plus compliquée mai en règle générale on arrive quand même à ... à faire que les choses se passent bien, c'est vrai que en effet y a des enfants qui sont plus dur à prendre en charge et ça nous ai déjà arrivé.

ESI : oui ... oui, d'accord. Et du coup vous privilégiez le travail en binôme ? vous différez le soin ?

IDE : oui, voilà, on essaye de trouver toutes les ressources, oui. Mais des fois quand on arrive un peu au bout du bout, bah on va un peu plus vite dans notre soin pour que bah voilà ça se termine en fait et que

ESI : d'accord, oui ... oui donc des fois vous êtes contraint quand même a de toute façon à faire des soins et ...

IDE : y a des choses de toute façon y a pas le choix, voilà. On va pas le laisser repartir avec son cathlon à la maison donc euh voilà... Principalement, ça c'est vraiment la ... un des trucs où on ne peut pas finalement transiger puisque il ne peut pas repartir avec son cathlon à la maison. La prise de tension on arrive toujours à négocier ... à négocier avec les médecins si jamais vraiment on sait, on sent que c'est impossible mais généralement si c'est impossible avec nous, déjà, la prise en charge au bloc ou en salle de réveil a été compliqué aussi donc ils sont déjà sensibilisés à ça.

ESI : ok, ça marche. Et du coup, vous m'avez parlé quand même pas mal de ce que vous faisiez au niveau du jeu, est ce que vous avez par exemple une situation où vous étiez satisfaite, contente de ce que vous aviez mis en place pour ... et ça, ça a influencé le vécu du soin par l'enfant ? est-ce que vous avez des exemples dont vous pouvez nous parler.

IDE : oue bah ... quand le système de faire la course pour retirer la perf marche bien, je crois que je m'amuse autant qu'eux en fait. Je pense que y a de ça aussi, pour que l'enfant participe activement, il faut... il faut... c'est comme quand on donne un médicament et qu'on dit tu vas voir il marche super bien, bah y a l'effet placebo et je pense que si on s'amuse autant qu'eux ... dans la limite du soin bien sûr hein, mais je pense que c'est un peu communicatif et en effet y a des enfants qui sont surprenants. Ils sont « ah non, non, j'ai peur, ça fait mal, ça fait mal » et dans ces cas là si on arrive à le recadrer, à lui dire ... fin le recadrer, dans le sens à le remettre dans une petite bulle où souvent je le regarde et je lui dis « mais tu me fais confiance ? » et souvent ils me disent « bah oui », bah je dis alors « tu vas voir ça fait pas mal, ça tire un petit peu » alors je lui explique « t'as déjà eu du scotch sur tes mains », des choses comme ça et puis voilà ... Ca marche pas à 100% des cas mais ... voilà ...c'est ...voilà ...

ESI : d'accord ...

IDE : Je pense que c'est ça souvent l'étonnement des enfants qui disent quand le petit papillon qui passe et que j'enlève le cathlon, souvent ils sont là « eh bah j'ai rien senti » (rires).

ESI : D'accord oue, c'est vraiment par la distraction et la participation, finalement vous êtes aussi dans la bulle que vous créez et du coup ...

IDE : C'est ça ...

ESI : ...Il a confiance en vous. D'accord, ok. Du coup autour de l'enfant, est-ce que vous avez bénéficié de formations ou de cours, de ... ?

IDE : Alors la formation, alors j'ai eu au tout début de ma carrière, j'avais du avoir la prise en charge de la douleur de l'enfant mais ça date vraiment et sinon on a toutes eu ici la formation communication thérapeutique.

ESI : D'accord ...

IDE : Donc c'est vrai que ça donne des petites clés justement bah dans ... ça parle énormément de la distraction, de ... de toutes ces choses-là. Ils nous montrent aussi certaines vidéos où il y a des techniques qui sont mêlées de distraction et d'hypnose. Alors nous on est absolument pas formés à l'hypnose hein mais voilà ça nous donne des petites clés pour aider puis après chacun pioche et fait à sa manière le soin pour que tout se passe au mieux et ...

ESI : D'accord, doc du coup au cours de votre carrière, est-ce que vous avez changer de comportements ou d'attitudes ou de manière de faire ou d'échanger avec le patient qui est l'enfant ? Fin par rapport à votre début de carrière et maintenant est-ce que vous diriez qu'il y a eu un changement, une évolution ?

IDE : Alors, par rapport à mon début de carrière, déjà au départ je prenais en charge des bébés prématurés donc voilà la distraction le jeu on ne pouvait pas, on leur parlait, on leur expliquait tout ce qu'on faisait mais ils n'étaient pas ... actif dans le sens où ils ne pouvaient pas faire volontairement un acte. On voyait bien en fonction de leur réaction, on était vraiment à l'écoute. Puis ce qui a vraiment changé c'est que bah j'ai pris de la maturité dans mon travail, le fait d'être maman aussi aide à comprendre certaines choses et je pense que tout ça ça nous aide à construire un petit peu, et ... à construire un petit peu notre pratique professionnelle. Et l'avantage de ce métier là c'est que, c'est justement qu'on peut évoluer tout le temps. Dans 10 ans, je vous dirais peut-être « bah non je ne joue plus à la course, ça ne marche plus » ou ... fin voilà. Je pense qu'il faut savoir s'adapter, déjà à

chaque enfant, à chaque jour...à son humeur à lui, à notre humeur à nous aussi et... mais bien sûr qu'on évolue au cours de notre pratique, parce que on prend aussi confiance en soi. Quand on vient de débiter on ... n voilà, on est déjà un peu bloqué par tout ce qui est acte technique qui doit nous demander une plus grande concentration, quand c'est des actes qu'on maîtrise beaucoup plus on est toujours rigoureux et on fait attention à ses actes là mais on arrive à dégager son esprit pour pouvoir faire autre chose à côté. Et du coup, forcément si c'est la première fois qu'on défait une perfusion à un enfant ... on va surtout être en train de regarder comment on défait la perfusion, comment on fait et moins prendre en compte l'enfant. A partir du moment où on maîtrise cet acte-là, forcément ça libère l'esprit pour ... pour faire autre chose.

ESI : D'accord, ok. C'était très intéressant, est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose, est-ce que vous avez quelque chose d'important à me transmettre ?

IDE : Mmmmmh... non pas spécialement. Pleins de bonnes choses pour la suite.

(rires)

ESI : Je vous remercie beaucoup de m'avoir consacré de votre temps, d'avoir répondu à mes questions. Donc cet entretien va me permettre d'avancer notamment pour mon mémoire mais aussi pour mon projet professionnel. Et bien sûr je tiens à vous garantir l'anonymat de cet entretien.

IDE : Pas de problème.

ANNEXE 4 - Retranscription 2

L'IDE 2 est infirmière puéricultrice depuis 11 ans et a travaillé 13 ans en chirurgie pédiatrique. Elle occupe actuellement un poste à 80% dans les soins en chirurgie ambulatoire pour adulte et enfant et à 20% infirmière coordinatrice.

ESI : Bonjour, je m'appelle Aurore et je suis étudiante en troisième année. Je viens à votre rencontre pour vous solliciter pour répondre à quelques questions pour que je puisse construire la suite de mon mémoire. Donc le sujet de mon mémoire c'est la distraction lors des soins pédiatriques, parce que je m'oriente vers cette branche. Je souhaite devenir infirmière puéricultrice.

Voilà ... êtes-vous d'accord pour que j'enregistre cet entretien ?

IDE : aucun souci

ESI : super, je vous garantie bien sûr l'anonymat de celui-ci. Donc du coup je vais vous poser quelques questions pour réaliser un recueil d'expérience et avancer dans mon mémoire mais aussi personnellement. Du coup, est ce que vous pouvez vous présenter brièvement : votre fonction, le nombre d'année d'exercice, les services dans lesquels vous avez pu travailler...

IDE : Alors pas de soucis, moi je suis diplômée depuis mai 2004 en tant qu'infirmière et décembre 2009 en tant que puéricultrice. J'ai travaillé donc au tout début de ma carrière, quelques mois, dans le service de remplacement, donc j'ai fait plutôt de l'adulte : chirurgie viscérale, un peu de cardio, un peu d'urgence. Très vite j'ai intégré la chirurgie pédiatrique. Donc j'ai travaillé de 2005 jusqu'à 2008 en chirurgie pédiatrique, là on m'a demandé ... en fait à l'époque il fallait faire que 5 ans dans les services de pédiatrie sinon si on ne faisait pas notre formation de puéricultrice on retournait chez les adultes. Donc là bah je suis partie du coup faire bah mon J'arrivais pas à avoir l'école de Rennes donc je suis partie faire mon école à Angers, de puéricultrice, donc entre janvier et décembre 2009. Et puis j'ai réintégré le CHU en janvier 2010, j'ai fait 6 mois aux nourrissons puis après j'ai postulé en chirurgie pédiatrique et donc j'ai travaillé jusqu'à décembre 2020 en chirurgie pédiatrique.

ESI : D'accord...

IDE : donc ça fait à peu près 16 ans en chirurgie pédiatrique et là donc je viens d'intégrer l'ambulatoire à l'hôpital sud depuis décembre 2020.

ESI : Ca marche, d'accord. Est-ce que vous pouvez m'expliquer un peu pour quelles raisons vous avez choisi de travailler avec les enfants ?

IDE : Alors ... j'ai toujours été attiré par la population de la pédiatrie ... je trouve que c'est bien plus gai, je trouve que c'est plus sympa, fin, voilà j'aime bien prendre en charge l'enfant, aller à sa vitesse, aller à son allure ... voilà ... le côté un peu ... un peu festif, sympa de la pédiatrie. Donc moi je ... en fait avant d'être infirmière je voulais être infirmière puer quoi ... donc ... donc voilà, pour moi ça a toujours été une évidence de faire de la pédiatrie.

ESI : D'accord, ok. Du coup dans votre pratique auprès des enfants, comment abordez-vous la relation avec lui ou avec eux lors du soin ? et en parallèle, est ce que vous privilégiez une rencontre avec l'enfant seul ou avec l'enfant et ses parents ?

IDE : Alors non ... moi j'ai toujours ... déjà quand j'arrive je me présente, il faut absolument, fin moi je ... je fais attention à prendre du temps, ne pas aller trop vite, ne pas les bousculer parce que sinon tout de suite ils vont se recroquer dans les bras des parents, donc on est plutôt sur un accueil où on y va tranquillement, on s'approche tranquillement, on se met à sa hauteur, on est vraiment tout en douceur pour faire une approche avec une installation dans la confiance le plus rapidement possible, parce que si tu travailles pas ... avec confiance avec les enfants c'est pas possible. Le soin va être très très difficile, donc voilà ... et c'est d'autant plus difficile que une fois qu'il s'est ... ils ont été

marqué c'est très long avant de refaire confiance donc il faut vraiment que tous les premiers soins se passe bien pour que ça s'enchaîne bien et qu'on ait un suivi plus simple avec l'enfant. Alors moi, pour moi, il faut absolument prendre les parents avec l'enfant, parce que... alors après évidemment ça dépend de l'âge de l'enfant, si l'enfant il a 16 ans c'est pas la même chose que si c'est un enfant de 1 mois, de ... chaque tranche d'âge a ses avantages, ses inconvénients, ses blocages... mais en fait moi je demande toujours aux parents : est-ce que vous préférez ... vraiment ouverte, est-ce que vous préférez rester ou vous préférez sortir, parce que déjà tous les parents ne sont pas capables de rester parce que c'est quand même ... bah ça dépend des soins hein. Y a des soins qui sont plus ou moins impactant et donc c'est pas possible non plus de faire un soin avec un enfant si t'as l'adulte qui fait un malaise à côté ... donc bon ...

ESI : oui

IDE : on met les choses à ... moi j'aime bien que les choses soient claires dès le début je leur dis bah est ce que vous préférez rester ou sortir, c'est absolument pas grave de sortir ... chacun son rôle, nous on est là pour les soins, eux sont là pour les parents. Et puis bah après on ajuste mais d'abord je pose la question à l'adulte, effectivement, est ce qu'il préfère rester ou sortir.

ESI : ok, d'accord. Et on va dire en général, ils restent ? Ils sortent ? Est-ce que quand même vous vous ... fin, quel est leur rôle s'ils restent ? Est-ce que vous trouvez ça important ?

IDE : Alors si c'est des soins où c'est une famille où on est dans un service où les enfants, c'est pas comme en ambulatoire où par exemple, parce que là ils ressortent le soir, on les voit plus, mais quand on prend les enfants sur le long terme, on va très vite savoir si la famille est aidante ou pas. Si la famille n'est pas aidante, alors pas aidante c'est pas un reproche que je leur fait c'est juste que ils sont là dans le rôle des parents et que pour eux c'est plus fort qu'eux, ils peuvent pas. Si je les sens qu'ils vont pas m'aider dans le soin, je les oriente plutôt à sortir, aller prendre un café, c'est le moment de souffler, on prend en charge leur enfant, on est là et je ... je les sors du soin entre guillemets. Et évidemment s'ils ne veulent pas, ils ne veulent pas, bah on va être là et on va faire avec. Si je sens que les parents sont absolument aidants dans le soin et bah au contraire qu'ils restent par contre je leur dis de se mettre à un endroit particulier pour pas qu'ils gênent dans le soin ... donc je les guide plus là. Je leur dis : bah vous allez vous mettre là, moi je vais me mettre là, voilà comment ça va se faire. Je raconte un peu le dérouler du soin, je leur dis : surtout si ça va pas, vous attendez pas le dernier moment, vous allez vous installer, fin voilà, je prépare les choses et du coup, avant le soin, le moment d'avant le soin me prend beaucoup de temps, parce que je veux tout expliquer et ... ou du moins leur faire comprendre ce qui va se passer et puis ça me permet aussi d'être en confiance avec le parent et l'enfant et une fois qu'on est en confiance, je le redis encore bien ça, on fait bien plus de choses que si on arrive, on bouscule tout, on explique rien ... Y a une montée de pression qui se fait des parents et alors là c'est catastrophique. Il faut vraiment prendre le temps avant de faire le soin de tout expliquer et d'avoir la validation comme quoi ils ont bien compris.

ESI : d'accord, ok.

IDE : ça c'est vraiment, fin moi je trouve que c'est vraiment, vraiment important.

ESI : ok, oui donc ça passe par l'explication pour qu'en fait ils sachent entre guillemets ce qui va se passer et que ..

IDE : oue

ESI : et qu'ils puissent avoir confiance en vous ...

IDE : oui tout à fait, c'est pas comme chez l'adulte où on arrive oui bonjour madame machin, je viens vous faire la prise de sang, paf, paf, on prépare machin. Ca se passe pas comme ça chez l'enfant, alors bien évidemment l'ado si on va ... ça va se passer comme ça, ça va se rapprocher mais pas sur l'enfant, sur le jeune enfant et oue l'enfant jusqu'à 12-13 ans.

ESI : oui

IDE : Ca ne peut pas se faire comme ça. Il nous faut deux avales le parent et l'enfant.

ESI : D'accord, ok...

IDE : On ne peut pas les dissocier.

ESI : oui. Et du coup, juste pour revenir au service. Celui dans lequel vous avez le plus travaillé c'est dans le service de chirurgie pédiatrique. Ils sont là pour une durée quand même assez courte en général, ou ?

IDE : Alors la moyenne de séjour en chirurgie pédiatrique c'est 2 jours et demi.

ESI : ah oui, c'est ça donc c'est plutôt une hospitalisation courte. OK, bon ça tombe bien parce que du coup je m'oriente un peu plus sur cette hospitalisation, c'est-à-dire que l'enfant a plus ou moins l'habitude de l'hôpital voir pas du tout.

IDE : mmh.

ESI : ok super. Du coup est ce que vous pouvez me décrire comment vous faites pendant un soin, pour que l'enfant accepte le soin ou en tout cas pour faciliter son vécu de ce soin ?

IDE : Alors y a deux choses, soit le soin va être douloureux et à ce moment-là, il y a tout une préparation avant qui est de ... la pose des antalgiques. Donc pendant que je pose les antalgiques j'explique déjà qu'il va y avoir un soin, que potentiellement, je lui donne un médicament pour éviter qu'il ait mal au maximum et après il y a plus ou moins négociation si je le fais sous MEOPA ou pas, sous entonox.

ESI : oue, d'accord.

IDE : Donc en fonction de ce que je vais avoir je ne vais pas agir de la même façon mais en tout cas il y a toujours le médicament que je donne avant et ... donc j'explique, je commence déjà à expliquer au moment où je pose mon antalgique et après je laisse une demi-heure. S'il y a de l'entonox, je laisse l'AP y aller et juste avec l'entonox, préparer et moi j'arrive en second temps parce que quand j'arrive, je ne suis pas toute seule, j'ai le chariot et ça ça peut déjà un peu impressionner.

ESI : D'accord.

IDE : le déballage des compresses, des, des, du set à pansement... Tout ça ça peut déjà impressionner. Donc si l'enfant est déjà un peu parti avec ma collègue c'est d'autant mieux donc le soin chez un enfant on ne le fait pas toute seule en tant qu'infirmière puer, y a forcément son binôme qui est donc l'AP pour pouvoir faire. Donc elle, elle a un rôle primordial, c'est de commencer un peu le soin avant moi. Après, s'il y a pas d'entonox, on arrive toutes les deux. Je fais d'abord rentrer l'auxiliaire, moi je rentre après, on commence un peu à jouer, j'arrive progressivement. Alors ça c'est pareil ça va être en fonction de l'âge. Est-ce que l'enfant va être capable de me répondre, de ne pas me répondre...je lui demande est ce qu'il a bien compris, est ce qu'il a réalisé ce qu'on allait faire et puis on commence un petit peu à jouer, à rigoler, on va sur ses centres d'intérêts. Je commence un peu à déballer, donc ça c'est fait vraiment avec un binôme ... on se relaye dans les informations mais moi faut quand même que je commence à me concentrer sur le soin donc je commence un peu à me détacher et elle, elle prend un peu le relai. Mais ça c'est l'expérience et les années qui font que on est au top à travailler en binôme, donc voilà. Et puis, bah après on commence progressivement le soin. Alors s'il y avait déjà un sparadrap, un scotch ou quoi que ce soit, déjà le fait de décoller, faut clairement utiliser ce qu'on appelle les petites lingettes là ...

ESI : oui

IDE : Pour faire le moins mal possible, parce que déjà si on commence par faire mal dès le début, c'est pas gagner. Et puis il y a des objets de distraction hein, en fonction de l'âge on s'adapte. Les bulles chez les enfants c'est top, de temps en temps y a les clowns qui arrivent pile poil au bon moment, donc on emmène les clowns. Fin voilà on fait avec ce qu'on a et puis on y va mais très progressivement et y a toujours un marché qu'on, que j'installe avec l'enfant c'est que s'il a mal il me dit STOP. Et à ce moment-là, il faut vraiment que je respect parce que si je ne respecte pas ce que j'ai promis et donc ça souvent on fait un dilemme ensemble ... bah ça ne marchera pas.

ESI : oue, d'accord

IDE : C'est-à-dire que je lui promets, je lui dis : si tu as mal tu me dis STOP et je m'arrête, on souffle et c'est toi qui reprendras et qui diras quand il faut reprendre. Et donc dans la majorité des cas, franchement, ça se passe très très bien. Ça se passera mal, et quand ça se passe mal c'est que d'office y a pas moyen de discuter, si y a pas moyen de discuter alors là c'est sûr que le soin se passera, ça va être très très difficile.

ESI : D'accord

IDE : Mais à partir du moment où il y a du dialogue, c'est bon, c'est quasiment de l'acquis.

ESI : Donc ça c'est pour les ... à partir de ... aller ... 3 ans certainement, fin...

IDE : Oue, alors plus petits c'est pas parce qu'il n'y a pas de dialogue qu'il n'a pas de possibilité de faire un soin sans crier, mais là on va être sûr de ... de jouer avec nos crayons où il y a des petits objets, de jouer avec les bulles, de jouer... de faire autre chose. C'est parce qu'ils sont... qu'on ne peut pas communiquer avec eux, fin ça c'est une certaine communication.

ESI : oui, c'est par une autre manière.

IDE : Il ne va pas me répondre mais c'est une communication quand même. Là où le soin va être très difficile c'est s'il y a des pleurs, hurlements... cries, dès le début, j'ai même pas franchi la porte que c'est déjà ça quoi. Là ça s'annonce mal, là effectivement, ça risque de mal se passer et souvent effectivement ça se passe pas très bien. Mais ça veut dire souvent ses patients là, ça veut dire qu'à un moment ou un autre ils ont perdu confiance dans le corps paramédical. Donc à un moment ça s'est quand même mal passé et on le retrace très vite avec les parents.

ESI : oui

IDE : Donc comme quoi les soins sont hyper importants d'être bien dès le début.

ESI : oui, les premiers soins ...

IDE : Les premiers soins sont primordiaux pour la suite

ESI : les premières expériences à l'hôpital quoi ...

IDE : Ah oue !

ESI : Ok, bah du coup en effet ces moments un peu de difficultés, et d'être... fin est-ce que ça vous arrive d'être démuni face à une situation et dans ces cas-là qu'est-ce que vous faites ? Comment ça se passe ?

IDE : Alors, oui ça m'est arrivé pleins de fois d'être démunie, de pas y arriver, bah à un moment quand on nous demande un soin, il faut y aller, y a pas de négociation. Quand on a bu avec le chirurgien qu'il n'y avait pas d'autre façon de faire, quand on a changé, parce qu'on peut aussi changer entre collègue hein, c'est ... on sait pas pourquoi la nature humaine elle est comme ça : y en a avec qui ça passe, y en a avec qui ça passe pas. Bah là y a un moment faut quand même y aller donc bah là on maintient l'enfant ... oue c'est ça on maintient l'enfant puis faut faire le soin quoi.

ESI : oue, et avant ça ce que vous disiez c'est que y a aussi la possibilité de faire appel à une collègue pour ...

IDE : Bah oui parce qu'on est pas toutes, on a pas toutes la même sensibilité, on a pas toutes la même façon de faire, la même façon de voir les choses. Y en a avec qui ça va mieux passer qu'avec d'autre, bah on sait pas pourquoi, on s'en fiche c'est pas grave. C'est pas parce que c'est un patient à nous et qu'on a pas réussi à faire le soin que c'est un échec. La réussite c'est que le soin ce soit bien passé sans que l'enfant ait de conséquence. Donc que ça soit toi ou que ce soit moi, que ce soit ... on s'en fiche en fait, faut vraiment pas avoir d'égaux là-dessus. Du moment que ça s'est bien passé pour le parent et l'enfant, que ce soit un tel ou un tel on s'en fiche complètement. Donc y a plusieurs façons de gérer mais bon une fois que ça se passe avec personne et qu'il continue à pleurer bah va falloir y aller.

ESI : oue, ok...

IDE : Et puis y a des soins, par exemple l'ablation de sonde urinaire chez un enfant, bon bah si on a un collègue homme, ça va peut-être mieux se passer. C'est l'inverse si c'est une fille et que c'est un homme. On essaye quand même de faire attention à ça parce que quand même, même si c'est des enfants ils ont une pudeur, ils ont une façon de ... donc si on peut faire attention à ça c'est d'autant plus agréable pour le patient.

ESI : Ok, d'accord ... et du coup à l'inverse, est-ce qu'il y a des situations dans lesquelles vous étiez contente de ce que vous aviez mis en place et qui avait permis à l'enfant de bien vivre le soin ? Est-ce qu'il ya quelque chose en particulier ? Est-ce que vous avez un exemple de situation ?

IDE : Euh ... bah en fait à partir du moment où on a respecté ce que l'enfant nous a demandé, pour moi c'est une victoire et que le soin se soit bien passé, pour moi c'est une victoire. C'est-à-dire que si je promets, si je dis des choses à l'enfant, que je fais le soins et que je ne lui ai pas dit ce que je lui avais promis pour moi c'est un échec total, même si le soin s'est bien passé.

ESI : oui, d'accord.

IDE : Si j'ai pas respecté, on avait convenu quelque chose ensemble ... euh, en fait le soin c'est quand même une confiance énorme. Quand quelqu'un vient faire un soin, forcément c'est hyper intime, mais si on a conclu quelque chose ensemble et qu'on ne l'a pas respecté, pour moi c'est un échec. Y avait un pacte initial on avait décidé de faire quelque chose et les enfants je pense ils ont vraiment besoin de ça. C'est-à-dire que comme on est des adultes, ils pensent qu'ils ont moins le contrôle sur nous, parce que souvent on dit : bah t'es un enfant, c'est comme ça, c'est comme ça. Oué sauf que là, c'est leur corps, ils ont leur pouvoir de décision. On vient leur faire quelque chose sur eux, on a décidé des choses ensemble, donc ça pour moi faut vraiment respecter. Donc à partir du moment que le deal qu'on avait établie au départ a été respecté, que l'enfant n'a pas pleuré, qu'il a bien accepté le soin et puis qu'en plus il nous sourit à la fin, bon bah voilà, c'est jackpot effectivement. A partir du moment où on travaille en confiance ça marche.

ESI : Ok...

IDE : Franchement dialogue et confiance, ça marche

ESI : oue, donc en fait ça passe par, le bon vécu du soin par l'enfant passe aussi par sa participation de part son consentement aux ... on va dire aux règles ... aux ...

IDE : au déroulé du soin

ESI : oui, aux conditions que vous posez ensemble.

IDE : oue ... oue, oue, oue, oue. C'est-à-dire qu'en fait, moi je viens avec mes conditions entre guillemets. Je lui dis : est-ce que t'es d'accord de faire comme ça comme ça comme ça, s'il me dit oui

et que ... voilà. En fait il faut vraiment avec l'enfant ... parfois le plus long dans le soin, c'est de l'expliquer et de poser les règles au début, plutôt que le soin en lui-même. Le soin il va peut-être durer 20 secondes et ton explication elle aura peut-être duré 10 minutes. Ça ça va être vraiment la différence avec l'adulte. C'est-à-dire que l'avant le soin est primordiale par rapport au soin parce que si ton avant-soin, il est pas bien fait, ton soin ne sera pas bien fait. Donc c'est ça qui fait la différence avec l'adulte.

ESI : Juste pour revenir par rapport aux tranches d'âge, les plus petits est-ce que y a ce même temps d'explication ou est-ce que ça passe un peu plus vers la distraction et le jeu ?

IDE : Alors les plus petits le temps il va y être plutôt pour les parents. Alors forcément comme ils comprennent plus et que ... je suis moins dans ... je suis plus directive, ça va un petit peu plus vite. Je leur dis bon bah voilà vous voulez rester pendant le soin, très bien, ça va se dérouler comme ça, comme ça, comme ça. Je ne leur demande pas leur avis, c'est différent qu'avec l'enfant. Je leur explique comment ça va se faire pour pas qu'ils soient étonnés mais ça va pas aller plus loin quoi. C'est-à-dire que c'est quand même moi qui fais le soin, moi je leur dis comment ça va se passer. J'ai pas de deal à faire avec eux, j'ai juste une explication. Donc ça change un petit peu la donne, oui ça va plus vite, voilà. Mais après moi je m'adresse à l'enfant, je lui dis : bah voilà je vais te mettre un garrot, ça va serrer un petit peu, même si l'enfant, il ne me répond pas mais au moins il est attiré par ma parole. Il faut continuer à expliquer. Il faut vraiment expliquer. Et puis, vers 2 ... 2 ans, ça dépend un peu de l'enfant jusqu'à ce qu'il soit adulte, c'est de l'explication, c'est de l'explication, alors plus ils grandissent en âge plus l'explication se rapproche de celle de l'adulte donc plus elle est réduite, parce qu'ils comprennent plus facilement.

ESI : oui, d'accord. C'est très intéressant. Est-ce que vous avez bénéficié de formation autour de la prise en soin de l'enfant ?

IDE : Alors j'ai pas fait de ... j'ai fait une formation sur l'hypnose mais qui a été rapide...mais après pas spécifiquement non. Non, c'est vraiment sur le ... tout au long de ma carrière, sur mes années d'expérience qui font que je me dis que ça marche, que ça, ça marche pas comme ça. Ce qui est très important c'est d'avoir une bonne relation avec son binôme d'auxiliaire parce que sans elle on ne peut pas faire de soin correct. Donc ça c'est pareil au fil des ans quand on travaille souvent avec les mêmes personnes on a même plus besoin de se parler, elles savent comment je faisais mes soins, moi je sais comment elles sont, donc ça c'est top quand on arrive à ce niveau là. C'est-à-dire que on fonctionne toutes les deux et on avance toutes les deux ensemble. Il y a limite pas besoin de se parler et ça c'est top. Mais oui, c'est ce qui va faire la différence avec l'adulte, nous on sera pas seule pour nos soins, on sera toujours avec quelqu'un.

ESI : D'accord, et du coup ... fin après on l'a un peu compris dans ce que vous venez de dire mais au cours de votre carrière, fin par rapport au début, vos manières de faire ont-elles évoluées ? votre comportement ou les attitudes que vous pouvez avoir face à l'enfant justement lors des soins ?

IDE : Ah bah oui, oui, oui, ça a énormément évolué.

ESI : et plus par rapport à votre pratique du coup ? Ce ne sont pas forcément des formations qui vous ont aidé ...

IDE : Non, il faut de l'expérience. Plus tu sais faire le geste, plus t'es à l'aise. Plus t'es à l'aise, plus t'es ouverte aux autres. C'est-à-dire qu'au bout d'un moment on est pas là à se dire : alors attend je commence par ça, je commence par ça... et être figé sur le soin et oublier le patient. Mais ça obligé au début tu l'as...parce que bon faut se former mais plus tu muris et plus t'as d'expérience, plus tu oublies le soin parce que tu sais comment on fait et donc plus tu peux te concentrer au patient et donc plus les soins se passe mieux.

ESI : D'accord, oue. Super, alors est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ou est ce que vous avez quelque chose d'important à me transmettre ?

IDE : Non, bah je, je ...fin je l'ai déjà dit hein. La différence avec l'adulte, elle est en trois mots hein : dialogue, confiance et puis faire les soins pas seul. Vraiment, c'est les trois points clés pour réussir à faire des ... et prendre son temps, temps de communication et d'explication au début est excessivement important. Faut mieux perdre du temps à expliquer que faire le soin trop rapidement et que ça devienne un échec et qu'après ça se complique, que ce soit un engrenage et que ce soit impossible à faire.

ESI : ok, d'accord ...

IDE : Je dirais que c'est vraiment le secret ça, oue !

(rires)

ESI : je vous remercie beaucoup d'avoir consacré de votre temps pour répondre à mes questions. Je tiens quand même à vous garantir l'anonymat de cet entretien et puis ça va beaucoup m'aider à avancer dans mon mémoire et puis dans mon parcours professionnel aussi.

IDE : Ah bah tant mieux super !

ESI : Merci beaucoup !

ANNEXE 5 - Retranscription 3

L'IDE 3 est puéricultrice depuis 1997, elle a travaillé 7 ans en oncologie pédiatrique. Ensuite, elle a été directrice adjointe d'une crèche pendant 5 ans. Enfin, elle est actuellement puéricultrice coordinatrice en soins palliatifs pédiatriques.

ESI : Bonjour, je suis étudiante en troisième année d'école infirmière et je viens vous solliciter, si vous êtes d'accord, pour la construction de mon mémoire. Donc celui-ci a pour terme la pédiatrie parce que c'est la branche vers laquelle je souhaite m'orienter. Je voudrais me spécialiser en puériculture. Donc le sujet de mon mémoire porte sur la distraction lors des soins pédiatriques, êtes vous d'accord pour que je vous pose quelques questions ?

IDE : Avec plaisir

ESI : Ce recueil d'expériences sera bien sûr anonyme, donc êtes vous d'accord que j'enregistre l'entretien ?

IDE : Pas de souci

ESI : D'accord donc je vous garantie l'anonymat de celui-ci. Tout d'abord est-ce que vous pouvez vous présenter avec votre fonction, le nombre d'années d'étude, et les différents services dans lesquels vous avez travaillé ?

IDE : Alors je suis puéricultrice, j'ai fais donc mes études d'infirmière de 1992 à 1996, puis mon école de puériculture en 1997, j'ai commencé par travailler 7 ans en oncologie pédiatrique, puis 5 ans comme directrice adjointe d'une crèche municipale collective. Et ensuite, j'ai fais une coupure et maintenant je suis puéricultrice coordonnatrice en soins palliatifs pédiatriques.

ESI : D'accord. Est-ce que vous pouvez m'expliquer pour quelles raisons vous avez choisi de travailler avec les enfants et du coup à peu près avec quelle tranche d'âge vous avez l'habitude de travailler ?

IDE : Alors pourquoi j'ai voulu travailler avec des enfants? Quand j'ai fais mes études d'infirmière je savais déjà que je voulais travailler auprès d'enfants. Alors pourquoi ? J'aime pas la réponse parce que j'aime les enfants (rires), c'est pas une bonne réponse

ESI : C'est souvent ça quand même

IDE : Ouais mais non c'est pas du tout la réponse que j'ai envie de donner. Parce que je suis à l'aise avec les enfants, parce que je trouve que quand ils sont malades ils expriment une détresse que j'ai envie de consoler, et puis par mon histoire familiale qui fait que j'ai un petit frère qui a été malade et je pense que ça m'a certainement marqué

ESI : D'accord. Donc je m'intéresse beaucoup à la pédiatrie et je voulais évoquer du coup la prise en soin d'enfants lors d'hospitalisations, donc du coup par les différents services où vous avez travaillé ça serait plutôt une hospitalisation longue pour le coup ou est ce que vous avez pu prendre en soin des enfants en hospitalisation courte ?

IDE : Tout, hôpital de jour, hospitalisation de 3 jours par exemple et puis des hospitalisations longues soit pour des, alors hospitalisations d'enfants en aplasie où ça peut durer une grosse semaine, 10 jours, hospitalisations longues voire très longues pour des enfants en soins palliatifs pour lesquels un retour à domicile n'est pas possible donc ils sont hospitalisé aussi pour pleins de raisons différentes. Et puis hospitalisation plutôt assez longue aussi en secteur stérile, secteur de greffe.

ESI : Alors du coup, si vous êtes d'accord on va plutôt s'orienter vers l'hospitalisation courte, donc de la prise en soins des enfants lors d'une hospitalisation courte.

IDE : Pour une chimio par exemple ?

ESI : Par exemple

IDE : Elles sont assez courtes, c'est 3 jours

ESI : D'accord. Dans votre pratique auprès des enfants, comment abordez-vous la relation à l'enfant lors du soin et est-ce que lors de la première rencontre avec l'enfant vous privilégiez qu'il soit seul ou accompagné de ses parents, enfin de sa famille ?

IDE : Toujours accompagné de sa famille. Par ce que je pense que si les parents, parce la relation de confiance qu'on crée avec l'enfant il faut qu'elle se crée aussi avec les parents. Et que si la relation de confiance elle n'existe pas avec les parents, on y arrivera jamais avec l'enfant. Il faut montrer qu'on travaille vraiment ensemble. Et moi j'ai toujours accepté que les parents soient là pour tous les soins, s'il veulent ne pas être là, ils ne sont pas là mais s'il veulent être là ils peuvent être là même pour des ponctions lombaires, des trucs un peu compliqué les parents peuvent être là sans problème. Il suffit de les accompagner, de les préparer comme l'enfant, pareil. Par contre faire attention à pas leur donner une place de soignants quand ils sont là.

ESI : D'accord et du coup comment abordez vous la relation avec l'enfant ?

IDE : Plutôt de manière détendue, souvent par une petite rigolade au début, je pense, ou on parle un peu, on fait connaissance, on s'apprivoise. Les trucs idiot hein mais l'identité, qui tu es, tu es en quelle classe, t'as des copains, qu'est ce que t'aimes faire, « ah ouais c'est super ». Pour essayer après d'avoir des arguments de distraction justement pendant le soin, de mieux connaître l'enfant au départ ça permet vraiment de pouvoir pendant le soin essayer d'aborder des sujets qui l'intéresse.

ESI : D'accord

IDE : Plutôt que de parler de ce qu'on est en train de faire, je ne dis pas qu'il ne faut pas parler de ce qu'on est en train de faire hein mais ça permet de l'emmener ailleurs quoi.

ESI : D'accord. Est-ce que vous pouvez décrire comment vous faites pour que l'enfant accepte le soin ou pour, on va dire, faciliter le vécu du soin par l'enfant ?

IDE : Redis moi la question, pardon

ESI : Comment vous faites pour que l'enfant accepte le soin ou en quelque sorte plutôt pour faciliter en fait le vécu du soin par l'enfant ?

IDE : D'accord, souvent, alors quand j'utilise du matériel, si je prends par exemple une situation d'un enfant dont c'est la première fois que je le vois et c'est la première fois que je lui fais ce soin là, souvent le matériel que j'utilise ou les gestes que je fais je pense que ça m'arrive souvent de raconter une histoire, de dire « oh bah tu vois, c'est comme si ... » comment dire ... De travailler un peu avec des métaphores qui lui parlent, pour dédramatiser un peu les choses

ESI : D'accord

IDE : Quand tu parles d'une piqûre, je dis pas que ça va pas faire mal, je peux dire que ça va faire mal comme quand on se fait piquer par un petit insecte mais après ça s'en va la douleur. Quand j'utilise des métaphores, c'est pas pour cacher les choses, c'est pour que ce soit concret un peu différemment et que ça soit moins violent.

ESI : Donc les moyens que vous utilisez ce serait d'ordre de la distraction un peu par l'histoire. Est-ce qu'il y a d'autres moyens que vous utilisez ?

IDE : Alors, autre moyen que la distraction par l'histoire, c'est ça ?

ESI : Oui, est-ce qu'il y a autre chose que raconter une histoire, que vous pouvez utiliser ?

IDE : Ah oui, il y a les chansons aussi

ESI : D'accord

IDE : Il y a, si le parents est là il peut lui lire une histoire à côté ou si l'auxiliaire de puériculture n'a pas de geste technique à faire avec moi, elle peut lire aussi une histoire. Certains enfants qui ont l'habitude des soins, pour lesquels c'est récurrent, il y a des trucs qu'on sait pour lesquels ça marche c'est mettre tel dessin animé, regarder tel dessin animé par exemple aussi, s'il y a une télé. Alors maintenant y'a le téléphone mais moi avant y'avait pas le téléphone à l'époque, je suis trop vieille. Voilà. Ça peut être aussi, si j'utilise une seringue par exemple pour faire un prélèvement sur un cathéter ou une injection, lui donner aussi une seringue à lui pour qu'il fasse les mêmes gestes avec la seringue par exemple.

ESI : D'accord en essayant de le faire, en quelque sorte participer au soin ?

IDE : Exactement, il peut faire la même chose avec son doudou ou dans le vide, ça fait « plock », voilà, fin des trucs comme ça. Qu'est ce que ça peut être ? Ça peut être appeler les clowns, ça je l'ai très souvent fait, on avait la chance d'avoir les clowns qui passaient de temps en temps et du coup souvent j'appelais les clowns pour des soins un peu compliqués.

ESI : D'accord

IDE : Attends je vais trouver d'autres trucs hein, faut que je me rappelle.

ESI : Est ce que par rapport à différentes tranches d'âge, il y avait des choses utilisées ou qui fonctionnait bien pour telle tranche d'âge et peut être autre chose pour une autre tranche d'âge, notamment peut être différencier les tout petits des moyens-grands entre guillemets.

IDE : Les tout petits bébés, c'est beaucoup le chant, oui, beaucoup, beaucoup. Beaucoup le chant, les caresses mais quand tu fais le soin et que t'as besoin de tes deux mains tu peux pas faire de caresse mais généralement on fait toujours les soins à deux donc y'en a toujours, tu vois avec une auxiliaire de puériculture, elle essaye d'être contenante pendant le soin, ça c'est vraiment important je pense. Si les parents sont là, le bébé peut être dans les bras des parents. Je pense que cette notion d'être contenu elle est importante, pour les tout petits bébés on fait aussi sucer du sucre, voilà ça c'est vraiment chez les tout petits bébés. On peut dire que la succion pour être aussi pas une distraction mais euh, fin si.

ESI : Un moyen d'apaiser quoi

IDE : Oui. Et puis pour les plus grands, c'est plus par le jeu quoi. Le jeu mais, je trouve que c'est très bien la distraction, c'est un peu comme une hypnose, ça permet de s'évader mais après c'est important de dire ce qu'on fait, de toujours, de toujours expliquer ce qu'on fait quand même.

ESI : D'accord. Est-ce qu'il vous est arrivé d'être en difficulté ou d'être démunie face à une situation où l'enfant n'adhère pas du tout au soin ? Et dans ce cas là comment vous avez fait ?

IDE : Dans ces cas là, je pense que c'est important de passer la main. Soit passer la main, soit d'attendre, de faire une récréation, on ne se braque pas et on attend. Je pense qu'au début de mes études, j'ai fait des erreurs en, par exemple, où c'était impossible de piquer un enfant et on s'y est pris à je ne sais pas combien de fois et ça je pense que ce n'est pas une bonne chose. L'expérience m'a appris à savoir passer la main, ça c'est très important parce que sinon, c'est comme ça qu'on crée des blocages avec les enfants et la confiance qui est instaurée entre le soignant et l'enfant elle s'écroule dans ces cas là, je trouve.

ESI : C'est ça, c'est de passer la main à une collègue ou de différer en quelque sorte le soins

IDE : Oui, exactement

ESI : Et à l'inverse est-ce que vous avez vécu des situations où vous étiez contente de ce que vous aviez mis en place, de la relation qui avait été établie avec l'enfant et qui a notamment influencé le vécu du soin par l'enfant ?

IDE : Oui, j'ai souvent été contente, heureusement

ESI : Est-ce que vous pouvez me donner quelques exemples ?

IDE : Plus particulièrement à l'hôpital de jour, quand on reçoit un enfant, donc en cancéro c'est des parcours qui sont très longs, des traitements qui sont très longs, et je trouve que des premiers soins sont, comment dire, sont la base de la relation de confiance qui va se créer avec l'enfant. L'apprivoisement du départ, la qualité de cet apprivoisement là est hyper importante pour la suite de la prise en soin. Et c'est pour ça que je disais au début, on fait connaissance, on parle de tout et de rien même s'il est là pour des choses dramatiques. Mais parce que c'est important de faire connaissance et s'apprivoiser pour créer une relation un peu hors soins au départ et puis après aller dedans quoi dans le concret.

ESI : D'accord. Pendant votre parcours, est-ce que vous avez bénéficié d'une formation autour de la prise en soin de l'enfant qui aurait pu vous aider justement dans cette prise en soins ?

IDE : Bah j'ai eu mon école de puériculture, donc ça c'est vraiment important. Je pense que vraiment on est très sensibilisé à la pédagogie je trouve. Et moi ma formation, elle a été sur le terrain par les professionnels qui connaissaient bien le terrain. J'ai beaucoup appris des puéricultrices et des auxiliaires et surtout des auxiliaires d'ailleurs. Après est-ce que j'ai fait des formations ...

ESI : Je sais que, par exemple, maintenant, il y a beaucoup de formations sur la communication thérapeutique, sur la prise en charge de la douleur, des choses comme ça. Est ce que vous avez eu l'occasion d'avoir des formations ?

IDE : Ah oui, prise en charge de la douleur, j'ai fait ça en formation pendant que je travaillais

ESI : D'accord et ça vous a aidé dans justement cette prise en soin de l'enfant qui a mal du coup ?

IDE : Eh ben ça m'a aidé, je pense à me poser toujours la question de savoir si l'enfant a mal. Mais c'était une autre époque hein, je pense qu'on se posait moins la question que maintenant ou en tout cas différemment. Je pense qu'on était à l'écoute mais qu'on se posait moins la question, il y avait moins d'échelle dévaluation, y'en avait hein mais on faisait pas d'évaluation systématique comme c'est la cas maintenant, c'était le début en faite

ESI : Ok et du coup au cours de votre carrière est-ce que vous avez eu l'impression que certains éléments ou certaines attitudes ont changé, évolué autour de cette prise en charge de l'enfant ? Pour vous on va dire, votre comportement avec l'enfant, la relation que vous avez pu mettre en place avec lui et tout ce qui s'en suit.

IDE : Alors moi je suis plus du tout dans les soins donc j'ai pas pu changer mes attitudes parce que je fais plus de soins.

ESI : Après ça peut être, je veux dire, au début de carrière jusqu'à ce que vous arrêtiez entre guillemets d'être dans les soins, je sais pas si j'exprime bien mais du tout début on va dire quand vous avez débuté, après vous avez fait quand même quelques années en onco du coup et bah on va dire à la fin de votre parcours dans les soins, est-ce que vous avez vu une certaine évolution de votre attitude ou de vos méthodes ?

IDE : Oh bah oui oui, je pense que la pratique et l'expérience forgent. J'ai surtout appris en regardant les autres et en les écoutant, en prenant le bon hein chez les autres. c'est à dire ce qui est important c'est d'observer les autres et de prendre ce qui est bon et c'est l'expérience qui a fait que ... L'expérience et le retour des parents ou des enfants, c'est pour être plus précis, ça aussi c'est de l'ordre de l'expérience mais ...

ESI : Oui c'est important, vous avez raison

IDE : Chaque expérience, chaque histoire qu'on a avec les enfants, chaque échec, fait qu'on comprend mieux ce qu'on doit faire ou ce qu'on ne doit pas faire et quand on se gourme une fois, eh ben on se dit bah là je me suis planter et la prochaine fois je ferais différemment. C'est comme ça qu'on progresse.

ESI : On pourrait dire un peu on apprend de ses erreurs, en quelque sorte

IDE : Exactement

ESI : Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose ou me transmettre quelque chose d'important ?

IDE : Je pense qu'il y a beaucoup ... Depuis le moment où moi j'ai travaillé, je pense qu'il y a beaucoup de progrès qui ont été fait, y'a beaucoup plus d'écoute, beaucoup plus d'écoute de l'enfant, beaucoup plus de moyens mis en œuvre pour la distraction. On parle de plus en plus d'hypnose aussi, ça je pense que 'est vraiment intéressant, c'est aussi une sorte de distraction. Voilà. Et c'est important, je pense que c'est vraiment important de se poser ces questions là, on peut pas aborder l'enfant comme on aborde l'adulte et puis chaque situation est singulière et donc, quand tout à l'heure je disais qu'il fallait se rencontrer, s'apprivoiser, bah c'est parce que comme chaque situation est différentes et ben à chaque situation on a des réactions différentes et on met en place des soins différents je pense.

ESI : D'accord, adaptés à chaque enfant

IDE : Oui, chaque situation est singulière donc chaque adaptation est singulière. Voilà

ESI : Super, pas mal d'informations. Je vous remercie d'avoir consacré du temps et d'avoir répondu à mes questions et puis ça va me permettre d'avancer dans mon mémoire mais aussi dans mon parcours professionnel et je tiens à vous garantir l'anonymat de cet entretien.

IDE : Je te remercie Aurore

ANNEXE 6 - Analyse retranscription 1

L'IDE 1 est infirmière depuis 17 ans, elle a travaillé dans des services d'adultes et de pédiatrie. Elle est actuellement et depuis 1 an et demi dans un service de chirurgie ambulatoire qui accueille ces deux populations.

ESI : Bonjour, je m'appelle Aurore, je suis étudiante en troisième année d'école d'infirmière. Je viens vous solliciter si vous êtes d'accord pour la construction de mon mémoire.

IDE : oui

ESI : Il a pour thème la pédiatrie parce que c'est la branche dans laquelle je me suis orientée. J'aimerais me spécialiser en puériculture. Du coup le sujet de mon mémoire porte sur la distraction pendant des soins pédiatriques. Est-ce que vous êtes d'accord pour que je vous pose quelques questions ?

IDE : Bien sûr

ESI : Ce sera bien sûr un recueil d'expérience anonyme. Voulez-vous bien que j'enregistre ?

IDE : pas de problème

ESI : Est-ce que vous pouvez d'abord vous présenter : votre fonction, nombre d'année d'exercice, le service dans lequel vous travaillez ...

IDE : Alors, donc, moi je suis infirmière depuis, alors ça va faire 17 ans. Donc au départ j'avais le projet puer donc j'ai pas mal travaillé en pédiatrie donc j'avais passé mon diplôme aux soins intensifs de néonats, j'y ai travaillé après, après je suis retourné un peu sur de l'adulte, après je suis revenue en pédiatrie, le pool toutes ces petites choses-là. Après, ..., voilà j'ai eu des enfants, après j'ai fait 5 ans de neurochir et là depuis 3 ans je suis en chirurgie ambulatoire et depuis 1 an et demi en chirurgie ambulatoire à l'hôpital sud où on accueille aussi bien des enfants que des adultes sur de la gynéco, de la PMA, de la plastie.

ESI : ok, est ce que vous pouvez m'expliquer pour quelle raison vous avez choisi de travailler ou vous aviez envie en tout cas de travailler avec les enfants ? et à peu près quelle tranche d'âge ont les enfants que vous pouvez accueillir dans le service ?

IDE : Alors, comment ..., du coup, moi j'ai toujours eu envie de travailler avec les enfants parce que le métier d'infirmière pour les enfants m'intéressait donc je vais dire quelque chose de bateau : j'aime les enfants mais après il faut savoir que ce sont des enfants malades donc faut le savoir avant de faire cette carrière-là. Le ..., la vie a fait que finalement je n'ai pas fait la spécialisation mais je suis très contente d'avoir retrouvé de la pédiatrie en chirurgie ambulatoire, donc ici on accueille des enfants à partir de 6 mois et puis bah après ... jusqu'à 18 ans et puis après on les prend en charge au niveau adulte sur certains type de chirurgie.

ESI : d'accord, du coup je m'intéresse beaucoup à la pédiatrie et aujourd'hui je voulais évoquer la prise en soin d'un enfant lors d'une hospitalisation courte, donc ça correspond plutôt bien au service dans lequel vous travaillez. Du coup, dans votre pratique auprès des enfants, comment abordez-vous la relation avec l'enfant lors du soin ? est-ce que vous privilégiez la rencontre avec l'enfant seul ou avec l'enfant et ses parents ?

IDE : alors c'est toujours avec ses parents, c'est rarissime que les parents ne soient pas là, sinon c'est qu'ils sont plus grands. De toute façon l'entrée, l'accueil dans le service se fait forcément avec les parents puisque les enfants étant mineurs, les questions on doit les poser aux parents, donc en règle générale quand on les accueille soit je vois que l'enfant est très à l'aise et dans ces cas-là je peux aller

directement vers lui. Sinon je lui dis clairement que je vais lui laisser le temps de s'adapter à ma présence et ... et voilà, on fait vraiment en fonction mais les soins ne se font qu'exceptionnellement, fin moi je crois que j'ai jamais fait de soin ici sans la présence des parents sachant que, voilà, ça reste des soins : prise de tension, retrait de perfusion, retrait de pansement. Ce sont pas non plus des soins extrêmement invasifs mais c'est vrai que dans ma carrière, en effet quand on était en néonate, bah..., beaucoup de soins se faisaient sans la présence des parents puisque les parents n'étaient pas là 24h/24h. Là ils sont présents toute la durée d'hospitalisation, donc...

ESI : oui, d'accord, donc ça dépend un peu du contexte en fait ...

IDE : oui, oue ...

ESI : parce que là, ils viennent sur la journée et du coup c'est pour ça que les parents sont là...

IDE : bah de toute façon oui, ils doivent être là à l'entrée pour faire tous les papiers administratifs et puis ils doivent être là à la sortie pour faire la sortie donc généralement ils restent et puis ...

ESI : oui

IDE : voilà, il y a peu de parents qui ne restent pas à attendre que son enfant revienne du bloc.

ESI : d'accord. Pouvez vous me décrire comment vous faites pour que l'enfant accepte le soin, pour faciliter son vécu lors du soin ?

IDE : Alors, moi j'essaie beaucoup de faire dans le jeu, après je fais vraiment en fonction de chaque enfant, y a des enfants où on voit bien... rien que le fait d'être présent déjà est compliqué pour lui donc on essaye de minimiser euh... comment le ... le temps de soin mais voilà il y a des choses autant le matin l'entrée on peut éventuellement supprimer la tension de l'entrée en prenant juste une saturation pour avoir le pouls, autant le retrait de perfusion malheureusement que l'enfant soit d'accord ou pas ... il faut quand même lui le retirer donc au final ... on essaye quand même d'obtenir un maximum l'adhésion des enfants. Moi j'utilise beaucoup le jeu, la distraction, c'est-à-dire, par exemple pour la prise de tension, je lui dis qu'on va tester ses muscles ... s'il me demande d'expliquer, voilà je lui explique. Souvent je les fais participer, appuyer eux-mêmes sur le bouton, je leur explique à l'avance que ça va serrer son bras et que son rôle à lui c'est de ne pas bouger parce que sinon l'appareil est un peu coquin, il serre encore plus ... voilà et puis autrement ... Parfois on a également les clowns qui viennent : deux fois par semaine dans le service donc ils peuvent nous être d'une grande aide sur certains enfants vraiment sur de la distraction pendant que eux vont chanter vont faire leur ... leur petit tour, c'est des choses comme ça et bah ça nous permet de faire certains soins sur des enfants où le matin par exemple on a eu du mal à les approcher et puis au-fur-et-à-mesure de la journée dès fois le contact est différent parce que dès fois ils ont aussi le stress du matin, d'avant de se faire opérer, les parents également... Du coup au cours de la journée des fois cette pression là redescend et le contact peut être plus facile après.

ESI : d'accord, ok ... Et vous utilisez cette technique enfin ces méthodes pour toutes tranches d'âge d'enfant ? est-ce que ça fonctionne mieux à un certain âge qu'à un autre ?

IDE : Alors, moi je l'adapte vraiment en fonction de l'âge des enfants, j'ai par exemple, pour la prise de tension ce qui marche assez bien chez les petits, j'ai un handspiner et ça a un petit effet, soit y en a certains qui essaient de l'attraper et de jouer avec mais pour au moins la moitié des enfants ça a un petit effet en fait, ils scotchent complètement sur le ... l'effet petit moulin et du coup généralement, ils regardent le truc et la tension se prend et après ça roule ... sur les plus grands bah forcément on va discuter et c'est où je vais expliquer qu'on va faire un concours de muscles ou des choses comme ça. Si je vois que c'est difficile pour lui je prends éventuellement la tension sur les parents avant, et puis on prend après sur les enfants. Je vais parler également des brassards pour aller à la piscine. Et puis sur le retrait de perfusion ... ce que j'aime beaucoup faire en fait c'est la course avec les enfants en fait, je commence à défaire le scotch, alors ça ça va pour les enfants de 2

ans et demi, 3 ans, dès qu'ils commencent à vouloir participer aux choses. Déjà je leur fais enlever complètement la bande qui est par-dessus et ... je fais la course avec eux. C'est-à-dire je commence à décoller le scotch de chaque côté et je lui explique que ... on va prendre chacun notre côté et celui qui gagne c'est celui qui a enlevé le pansement et qui l'a dans les mains. Généralement, les parents sont très étonnés parce que les enfants y vont franco et arrachent complètement le truc et quand il reste juste le cathlon, je ... alors soit j'utilise des boucles d'oreille que j'ai en lui disant que je vois plus mes boucles d'oreille faut qu'il me dise lesquels j'ai, donc ils sont surpris parce que je change complètement de sujet ou j'utilise aussi, je lui fais croire qu'il y a un papillon qui passe, donc généralement il regarde le papillon et pouf j'enlève le cathlon et voilà. Ou sinon voilà ... on discute ou je lui pose des questions sur l'école ou des choses comme ça. Je m'adapte en fonction de chaque enfant.

ESI : ok, d'accord. Bah c'est très intéressant. Et du coup vous parliez de faire le soin sur les parents avant, donc du coup ils sont aussi une ressource lors des soins ...

IDE : oui, la majorité du temps, oui, les parents sont ressources. Alors, il arrive que des fois on sente bien que le stress des parents est transféré sur les enfants après ... euh ça c'est normal aussi hein. En tant que parent on peut... c'est normal qu'on stress quand notre enfant va se faire opérer mais en règle générale il est rare que les parents ne soient pas aidant. Il arrive que des fois les enfants arrivent, ne sont pas au courant du type d'intervention, fin voilà ... donc du coup on essaye de leur expliquer un petit peu comment la journée va se dérouler mais oui oui on essaye de mettre les parents à contribution.

ESI : D'accord. A l'inverse, est ce qu'il vous est arrivé d'être en difficulté ou d'être démunie face à une situation où l'enfant n'adhère pas du tout au soin ?

IDE : euh oui, ça arrive hein, des enfants qui ... alors ça arrive pas mal sur des enfants soit qui n'ont pas toujours vu beaucoup de monde et du coup déjà y a cette peur de la personne, qui ne sont pas au courant ... du comment, du pourquoi ils viennent ici, ça peut être effrayant ici, on arrive avec des gens qu'on ne connaît pas, des blouses blanches, finalement on va à l'hôpital voilà ... ou aussi avec des enfants qui ont un handicap, dans ces cas là bah on s'adapte, y a des choses allégées, y a des choses qu'on ne fait pas ... après le seul soin vraiment qu'on est obligé de faire finalement c'est le retrait de perfusion donc y a des fois où on va beaucoup plus vite et dans ces cas là on limite le temps de contrainte mais oui ça nous ai déjà arrivé, ou on peut aussi de temps en temps avoir des collègues qui viennent faire justement de la distraction, qui viennent occuper l'enfant le temps que nous on fasse le soin. On essaye un maximum de ... que ça se passe bien, alors c'est vrai que y a des enfants qu'ont des vécus plus difficiles et du coup la prise en charge est plus compliquée mais en règle générale on arrive quand même à ... à faire que les choses se passent bien, c'est vrai que en effet y a des enfants qui sont plus dur à prendre en charge et ça nous ai déjà arrivé.

ESI : oui ... oui, d'accord. Et du coup vous privilégiez le travail en binôme ? vous différez le soin ?

IDE : oui, voilà, on essaye de trouver toutes les ressources, oui. Mais des fois quand on arrive un peu au bout du bout, bah on va un peu plus vite dans notre soin pour que bah voilà ça se termine en fait et que

ESI : d'accord, oui ... oui donc des fois vous êtes contraint quand même à de toute façon à faire des soins et ...

IDE : y a des choses de toute façon y a pas le choix, voilà. On va pas le laisser repartir avec son cathlon à la maison donc euh voilà... Principalement, ça c'est vraiment la ... un des trucs où on ne peut pas finalement transiger puisque il ne peut pas repartir avec son cathlon à la maison. La prise de tension on arrive toujours à négocier ... à négocier avec les médecins si jamais vraiment on sait, on sent que c'est impossible mais généralement si c'est impossible avec nous, déjà, la prise en charge au bloc ou en salle de réveil a été compliqué aussi donc ils sont déjà sensibilisés à ça.

ESI : ok, ça marche. Et du coup, vous m'avez parlé quand même pas mal de ce que vous faisiez au niveau du jeu, est ce que vous avez par exemple une situation où vous étiez satisfaite, contente de ce que vous aviez mis en place pour ... et ça, ça a influencé le vécu du soin par l'enfant ? est-ce que vous avez des exemples dont vous pouvez nous parler.

IDE : oue bah ... quand le système de faire la course pour retirer la perf marche bien, je crois que je m'amuse autant qu'eux en fait. Je pense que y a de ça aussi, pour que l'enfant participe activement, il faut... il faut... c'est comme quand on donne un médicament et qu'on dit tu vas voir il marche super bien, bah y a l'effet placebo et je pense que si on s'amuse autant qu'eux ... dans la limite du soin bien sûr hein, mais je pense que c'est un peu communicatif et en effet y a des enfants qui sont surprenants. Ils sont « ah non, non, j'ai peur, ça fait mal, ça fait mal » et dans ces cas là si on arrive à le recadrer, à lui dire ... fin le recadrer, dans le sens à le remettre dans une petite bulle où souvent je le regarde et je lui dis « mais tu me fais confiance ? » et souvent ils me disent « bah oui », bah je dis alors « tu vas voir ça fait pas mal, ça tire un petit peu » alors je lui explique « t'as déjà eu du scotch sur tes mains », des choses comme ça et puis voilà ... Ca marche pas à 100% des cas mais ... voilà ...c'est ...voilà ...

ESI : d'accord ...

IDE : Je pense que c'est ça souvent l'étonnement des enfants qui disent quand le petit papillon qui passe et que j'enlève le cathlon, souvent ils sont là « eh bah j'ai rien senti » (rires).

ESI : D'accord oue, c'est vraiment par la distraction et la participation, finalement vous êtes aussi dans la bulle que vous créez et du coup ...

IDE : C'est ça ...

ESI : ...Il a confiance en vous. D'accord, ok. Du coup autour de l'enfant, est-ce que vous avez bénéficié de formations ou de cours, de ... ?

IDE : Alors la formation, alors j'ai eu au tout début de ma carrière, j'avais du avoir la prise en charge de la douleur de l'enfant mais ça date vraiment et sinon on a toutes eu ici la formation communication thérapeutique.

ESI : D'accord ...

IDE : Donc c'est vrai que ça donne des petites clés justement bah dans ... ça parle énormément de la distraction, de ... de toutes ces choses-là. Ils nous montrent aussi certaines vidéos où il y a des techniques qui sont mêlées de distraction et d'hypnose. Alors nous on est absolument pas formés à l'hypnose hein mais voilà ça nous donne des petites clés pour aider puis après chacun pioche et fait à sa manière le soin pour que tout se passe au mieux et ...

ESI : D'accord, doc du coup au cours de votre carrière, est-ce que vous avez changer de comportements ou d'attitudes ou de manière de faire ou d'échanger avec le patient qui est l'enfant ? Fin par rapport à votre début de carrière et maintenant est-ce que vous diriez qu'il y a eu un changement, une évolution ?

IDE : Alors, par rapport à mon début de carrière, déjà au départ je prenais en charge des bébés prématurés donc voilà la distraction le jeu on ne pouvait pas, on leur parlait, on leur expliquait tout ce qu'on faisait mais ils n'étaient pas ... actif dans le sens où ils ne pouvaient pas faire volontairement un acte. On voyait bien en fonction de leur réaction, on était vraiment à l'écoute. Puis ce qui a vraiment changé c'est que bah j'ai pris de la maturité dans mon travail, le fait d'être maman aussi aide à comprendre certaines choses et je pense que tout ça ça nous aide à construire un petit peu, et ... à construire un petit peu notre pratique professionnelle. Et l'avantage de ce métier là c'est que, c'est justement qu'on peut évoluer tout le temps. Dans 10 ans, je vous dirais peut-être « bah non je ne joue plus à la course, ça ne marche plus » ou ... fin voilà. Je pense qu'il faut savoir s'adapter, déjà à

chaque enfant, à chaque jour...à son humeur à lui, à notre humeur à nous aussi et... mais bien sûr qu'on évolue au cours de notre pratique, parce que **on prend aussi confiance en soi**. Quand on vient de débiter on ... n voilà, on est déjà un peu bloqué par tout ce qui est acte technique qui doit nous demander une plus grande concentration, quand c'est des **actes qu'on maîtrise beaucoup plus** on est toujours rigoureux et on fait attention à ses actes là mais **on arrive à dégager son esprit pour pouvoir faire autre chose à côté**. Et du coup, forcément si c'est la première fois qu'on défait une perfusion à un enfant ... on va surtout être en train de regarder comment on défait la perfusion, comment on fait et moins prendre en compte l'enfant. A partir du moment où on **maîtrise cet acte-là, forcément ça libère l'esprit pour ... pour faire autre chose**.

ESI : D'accord, ok. C'était très intéressant, est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose, est-ce que vous avez quelque chose d'important à me transmettre ?

IDE : Mmmmmh... non pas spécialement. Pleins de bonnes choses pour la suite.

(rires)

ESI : Je vous remercie beaucoup de m'avoir consacré de votre temps, d'avoir répondu à mes questions. Donc cet entretien va me permettre d'avancer notamment pour mon mémoire mais aussi pour mon projet professionnel. Et bien sûr je tiens à vous garantir l'anonymat de cet entretien.

IDE : Pas de problème.

= parents ?

= approche relationnelle en pédiatrie

= distraction

= difficulté dans les soins

= formation et évolution

ANNEXE 7 - Analyse retranscription 2

L'IDE 2 est infirmière puéricultrice depuis 11 ans et a travaillé 13 ans en chirurgie pédiatrique. Elle occupe actuellement un poste à 80% dans les soins en chirurgie ambulatoire pour adulte et enfant et à 20% infirmière coordinatrice.

ESI : Bonjour, je m'appelle Aurore et je suis étudiante en troisième année. Je viens à votre rencontre pour vous solliciter pour répondre à quelques questions pour que je puisse construire la suite de mon mémoire. Donc le sujet de mon mémoire c'est la distraction lors des soins pédiatriques, parce que je m'oriente vers cette branche. Je souhaite devenir infirmière puéricultrice.

Voilà ... êtes-vous d'accord pour que j'enregistre cet entretien ?

IDE : aucun souci

ESI : super, je vous garantie bien sûr l'anonymat de celui-ci. Donc du coup je vais vous poser quelques questions pour réaliser un recueil d'expérience et avancer dans mon mémoire mais aussi personnellement. Du coup, est ce que vous pouvez vous présenter brièvement : votre fonction, le nombre d'année d'exercice, les services dans lesquels vous avez pu travailler...

IDE : Alors pas de soucis, moi je suis diplômée depuis mai 2004 en tant qu'infirmière et décembre 2009 en tant que puéricultrice. J'ai travaillé donc au tout début de ma carrière, quelques mois, dans le service de remplacement, donc j'ai fait plutôt de l'adulte : chirurgie viscérale, un peu de cardio, un peu d'urgence. Très vite j'ai intégré la chirurgie pédiatrique. Donc j'ai travaillé de 2005 jusqu'à 2008 en chirurgie pédiatrique, là on m'a demandé ... en fait à l'époque il fallait faire que 5 ans dans les services de pédiatrie sinon si on ne faisait pas notre formation de puéricultrice on retournait chez les adultes. Donc là bah je suis partie du coup faire bah mon J'arrivais pas à avoir l'école de Rennes donc je suis partie faire mon école à Angers, de puéricultrice, donc entre janvier et décembre 2009. Et puis j'ai réintégré le CHU en janvier 2010, j'ai fait 6 mois aux nourrissons puis après j'ai postulé en chirurgie pédiatrique et donc j'ai travaillé jusqu'à décembre 2020 en chirurgie pédiatrique.

ESI : D'accord...

IDE : donc ça fait à peu près 16 ans en chirurgie pédiatrique et là donc je viens d'intégrer l'ambulatoire à l'hôpital sud depuis décembre 2020.

ESI : Ca marche, d'accord. Est-ce que vous pouvez m'expliquer un peu pour quelles raisons vous avez choisi de travailler avec les enfants ?

IDE : Alors ... j'ai toujours été attiré par la population de la pédiatrie ... je trouve que c'est bien plus gai, je trouve que c'est plus sympa, fin, voilà j'aime bien prendre en charge l'enfant, aller à sa vitesse, aller à son allure ... voilà ... le côté un peu ... un peu festif, sympa de la pédiatrie. Donc moi je ... en fait avant d'être infirmière je voulais être infirmière puer quoi ... donc ... donc voilà, pour moi ça a toujours été une évidence de faire de la pédiatrie.

ESI : D'accord, ok. Du coup dans votre pratique auprès des enfants, comment abordez-vous la relation avec lui ou avec eux lors du soin ? et en parallèle, est ce que vous privilégiez une rencontre avec l'enfant seul ou avec l'enfant et ses parents ?

IDE : Alors non ... moi j'ai toujours ... déjà quand j'arrive je me présente, il faut absolument, fin moi je ... je fais attention à prendre du temps, ne pas aller trop vite, ne pas les bousculer parce que sinon tout de suite ils vont se recroqueviller dans les bras des parents, donc on est plutôt sur un accueil où on y va tranquillement, on s'approche tranquillement, on se met à sa hauteur, on est vraiment tout en douceur pour faire une approche avec une installation dans la confiance le plus rapidement possible, parce que si tu travailles pas ... avec confiance avec les enfants c'est pas possible. Le soin va être très très difficile, donc voilà ... et c'est d'autant plus difficile que une fois qu'il s'est ... ils ont été

marqué c'est très long avant de refaire confiance donc il faut vraiment que tous les premiers soins se passe bien pour que ça s'enchaîne bien et qu'on ait un suivi plus simple avec l'enfant. Alors moi, pour moi, il faut absolument prendre les parents avec l'enfant, parce que... alors après évidemment ça dépend de l'âge de l'enfant, si l'enfant il a 16 ans c'est pas la même chose que si c'est un enfant de 1 mois, de ... chaque tranche d'âge a ses avantages, ses inconvénients, ses blocages... mais en fait moi je demande toujours aux parents : est-ce que vous pré ... vraiment ouverte, est-ce que vous préférez rester ou vous préférez sortir, parce que déjà tous les parents ne sont pas capables de rester parce que c'est quand même ... bah ça dépend des soins hein. Y a des soins qui sont plus ou moins impactant et donc c'est pas possible non plus de faire un soin avec un enfant si t'as l'adulte qui fait un malaise à côté ... donc bon ...

ESI : oui

IDE : on met les choses à ... moi j'aime bien que les choses soient claires dès le début je leur dis bah est ce que vous préférez rester ou sortir, c'est absolument pas grave de sortir ... chacun son rôle, nous on est là pour les soins, eux sont là pour les parents. Et puis bah après on ajuste mais d'abord je pose la question à l'adulte, effectivement, est ce qu'il préfère rester ou sortir.

ESI : ok, d'accord. Et on va dire en général, ils restent ? Ils sortent ? Est-ce que quand même vous vous ... fin, quel est leur rôle s'ils restent ? Est-ce que vous trouvez ça important ?

IDE : Alors si c'est des soins où c'est une famille où on est dans un service où les enfants, c'est pas comme en ambulatoire où par exemple, parce que là ils ressort le soir, on les voit plus, mais quand on prend les enfants sur le long terme, on va très vite savoir si la famille est aidante ou pas. Si la famille n'est pas aidante, alors pas aidante c'est pas un reproche que je leur fait c'est juste que ils sont là dans le rôle des parents et que pour eux c'est plus fort qu'eux, ils peuvent pas. Si je les sens qu'ils vont pas m'aider dans le soin, je les oriente plutôt à sortir, aller prendre un café, c'est le moment de souffler, on prend en charge leur enfant, on est là et je ... je les sors du soin entre guillemets. Et évidemment s'ils ne veulent pas, ils ne veulent pas, bah on va être là et on va faire avec. Si je sens que les parents sont absolument aidants dans le soin et bah au contraire qu'ils restent par contre je leur dis de se mettre à un endroit particulier pour pas qu'ils gênent dans le soin ... donc je les guide plus là. Je leur dis : bah vous allez vous mettre là, moi je vais me mettre là, voilà comment ça va se faire. Je raconte un peu le dérouler du soin, je leur dis : surtout si ça va pas, vous attendez pas le dernier moment, vous allez vous installer, fin voilà, je prépare les choses et du coup, avant le soin, le moment d'avant le soin me prend beaucoup de temps, parce que je veux tout expliquer et ... ou du moins leur faire comprendre ce qui va se passer et puis ça me permet aussi d'être en confiance avec le parent et l'enfant et une fois qu'on est en confiance, je le redis encore bien ça, on fait bien plus de choses que si on arrive, on bouscule tout, on explique rien ... Y a une montée de pression qui se fait des parents et alors là c'est catastrophique. Il faut vraiment prendre le temps avant de faire le soin de tout expliquer et d'avoir la validation comme quoi ils ont bien compris.

ESI : d'accord, ok.

IDE : ça c'est vraiment, fin moi je trouve que c'est vraiment, vraiment important.

ESI : ok, oui donc ça passe par l'explication pour qu'en fait ils sachent entre guillemets ce qui va se passer et que ..

IDE : oue

ESI : et qu'ils puissent avoir confiance en vous ...

IDE : oui tout à fait, c'est pas comme chez l'adulte où on arrive oui bonjour madame machin, je viens vous faire la prise de sang, paf, paf, on prépare machin. Ca se passe pas comme ça chez l'enfant, alors bien évidemment l'ado si on va ... ça va se passer comme ça, ça va se rapprocher mais pas sur l'enfant, sur le jeune enfant et oue l'enfant jusqu'à 12-13 ans.

ESI : oui

IDE : Ca ne peut pas se faire comme ça. Il nous faut deux avales le parent et l'enfant.

ESI : D'accord, ok...

IDE : On ne peut pas les dissocier.

ESI : oui. Et du coup, juste pour revenir au service. Celui dans lequel vous avez le plus travaillé c'est dans le service de chirurgie pédiatrique. Ils sont là pour une durée quand même assez courte en général, ou ?

IDE : Alors la moyenne de séjour en chirurgie pédiatrique c'est 2 jours et demi.

ESI : ah oui, c'est ça donc c'est plutôt une hospitalisation courte. OK, bon ça tombe bien parce que du coup je m'oriente un peu plus sur cette hospitalisation, c'est-à-dire que l'enfant a plus ou moins l'habitude de l'hôpital voir pas du tout.

IDE : mmh.

ESI : ok super. Du coup est ce que vous pouvez me décrire comment vous faites pendant un soin, pour que l'enfant accepte le soin ou en tout cas pour faciliter son vécu de ce soin ?

IDE : Alors y a deux choses, soit le soin va être douloureux et à ce moment-là, il y a tout une préparation avant qui est de ... la pose des antalgiques. Donc pendant que je pose les antalgiques j'explique déjà qu'il va y avoir un soin, que potentiellement, je lui donne un médicament pour éviter qu'il ait mal au maximum et après il y a plus ou moins négociation si je le fais sous MEOPA ou pas, sous entonox.

ESI : oue, d'accord.

IDE : Donc en fonction de ce que je vais avoir je ne vais pas agir de la même façon mais en tout cas il y a toujours le médicament que je donne avant et ... donc j'explique, je commence déjà à expliquer au moment où je pose mon antalgique et après je laisse une demi-heure. S'il y a de l'entonox, je laisse l'AP y aller et juste avec l'entonox, préparer et moi j'arrive en second temps parce que quand j'arrive, je ne suis pas toute seule, j'ai le chariot et ça ça peut déjà un peu impressionner.

ESI : D'accord.

IDE : le déballage des compresses, des, des, du set à pansement... Tout ça ça peut déjà impressionner. Donc si l'enfant est déjà un peu parti avec ma collègue c'est d'autant mieux donc le soin chez un enfant on ne le fait pas toute seule en tant qu'infirmière puer, y a forcément son binôme qui est donc l'AP pour pouvoir faire. Donc elle, elle a un rôle primordial, c'est de commencer un peu le soin avant moi. Après, s'il y a pas d'entonox, on arrive toutes les deux. Je fais d'abord rentrer l'auxiliaire, moi je rentre après, on commence un peu à jouer, j'arrive progressivement. Alors ça c'est pareil ça va être en fonction de l'âge. Est-ce que l'enfant va être capable de me répondre, de ne pas me répondre...je lui demande est ce qu'il a bien compris, est ce qu'il a réalisé ce qu'on allait faire et puis on commence un petit peu à jouer, à rigoler, on va sur ses centres d'intérêts. Je commence un peu à déballer, donc ça c'est fait vraiment avec une binôme ... on se relaye dans les informations mais moi faut quand même que je commence à me concentrer sur le soin donc je commence un peu à me détacher et elle, elle prend un peu le relai. Mais ça c'est l'expérience et les années qui font que on est au top à travailler en binôme, donc voilà. Et puis, bah après on commence progressivement le soin. Alors s'il y avait déjà un sparadrap, un scotch ou quoi que ce soit, déjà le fait de décoller, faut clairement utiliser ce qu'on appelle les petites lingettes là ...

ESI : oui

IDE : Pour faire le moins mal possible, parce que déjà si on commence par faire mal des le début, c'est pas gagner. Et puis il y a des objets de distraction hein, en fonction de l'âge on s'adapte. Les bulles chez les enfants c'est top, de temps en temps y a les clowns qui arrivent pile poil au bon moment, donc on emmène les clowns. Fin voilà on fait avec ce qu'on a et puis on y va mais très progressivement et y a toujours un marché qu'on, que j'installe avec l'enfant c'est que s'il a mal il me dit STOP. Et à ce moment-là, il faut vraiment que je respect parce que si je ne respecte pas ce que j'ai promis et donc ça souvent on fait un deal ensemble ... bah ça ne marchera pas.

ESI : oue, d'accord

IDE : C'est-à-dire que je lui promets, je lui dis : si tu as mal tu me dis STOP et je m'arrête, on souffle et c'est toi qui reprendras et qui diras quand il faut reprendre. Et donc dans la majorité des cas, franchement, ça se passe très très bien. Ça se passera mal, et quand ça se passe mal c'est que d'office y a pas moyen de discuter, si y a pas moyen de discuter alors là c'est sur que le soin se passera, ça va être très très difficile.

ESI : D'accord

IDE : Mais à partir du moment où il y a du dialogue, c'est bon, c'est quasiment de l'acquis.

ESI : Donc ça c'est pour les ... à partir de ... aller ... 3 ans certainement, fin...

IDE : Oue, alors plus petits c'est pas parce qu'il n'y a pas de dialogue qu'il n'a pas de possibilité de faire un soin sans crier, mais là on va être sûr de ... de jouer avec nos crayons où il y a des petits objets, de jouer avec les bulles, de jouer... de faire autre chose. C'est parce qu'ils sont... qu'on ne peut pas communiquer avec eux, fin ça c'est une certaine communication.

ESI : oui, c'est par une autre manière.

IDE : Il ne va pas me répondre mais c'est une communication quand même. Là où le soin va être très difficile c'est s'il y a des pleures, hurlements... cries, dès le début, j'ai même pas franchi la porte que c'est déjà ça quoi. Là ça s'annonce mal, là effectivement, ça risque de mal se passer et souvent effectivement ça se passe pas très bien. Mais ça veut dire souvent ses patients là, ça veut dire qu'à un moment ou un autre ils ont perdu confiance dans le corps paramédical. Donc à un moment ça s'est quand même mal passé et on le retrace très vite avec les parents.

ESI : oui

IDE : Donc comme quoi les soins sont hyper importants d'être bien dès le début.

ESI : oui, les premiers soins ...

IDE : Les premiers soins sont primordiaux pour la suite

ESI : les premières expériences à l'hôpital quoi ...

IDE : Ah oue !

ESI : Ok, bah du coup en effet ces moments un peu de difficultés, et d'être... fin est-ce que ça vous arrive d'être démuni face à une situation et dans ces cas-là qu'est-ce que vous faites ? Comment ça se passe ?

IDE : Alors, oui ça m'est arrivé pleins de fois d'être démunie, de pas y arriver, bah à un moment quand on nous demande un soin, il faut y aller, y a pas de négociation. Quand on a vu avec le chirurgien qu'il n'y avait pas d'autres façon de faire, quand on a changé, parce qu'on peut aussi changer entre collègue hein, c'est ... on sait pas pourquoi la nature humaine elle est comme ça : y en a avec qui ça passe, y en a avec qui ça passe pas. Bah là y a un moment faut quand même y aller donc bah là on maintient l'enfant ... oue c'est ça on maintient l'enfant puis faut faire le soin quoi.

ESI : oue, et avant ça ce que vous disiez c'est que y a aussi la possibilité de faire appel à une collègue pour ...

IDE : Bah oui parce qu'on est pas toutes, on a pas toutes la même sensibilité, on a pas toutes la même façon de faire, la même façon de voir les choses. Y en a avec qui ça va mieux passer qu'avec d'autre, bah on sait pas pourquoi, on s'en fiche c'est pas grave. C'est pas parce que c'est un patient à nous et qu'on a pas réussi à faire le soin que c'est un échec. La réussite c'est que le soin ce soit bien passé sans que l'enfant ait de conséquence. Donc que ça soit toi ou que ce soit moi, que ce soit ... on s'en fiche en fait, faut vraiment pas avoir d'égaux là-dessus. Du moment que ça s'est bien passé pour le parent et l'enfant, que ce soit un tel ou un tel on s'en fiche complètement. Donc y a plusieurs façons de gérer mais bon une fois que ça se passe avec personne et qu'il continue à pleurer bah va falloir y aller.

ESI : oue, ok...

IDE : Et puis y a des soins, par exemple l'ablation de sonde urinaire chez un enfant, bon bah si on a un collègue homme, ça va peut-être mieux se passer. C'est l'inverse si c'est une fille et que c'est un homme. On essaye quand même de faire attention à ça parce que quand même, même si c'est des enfants ils ont une pudeur, ils ont une façon de ... donc si on peut faire attention à ça c'est d'autant plus agréable pour le patient.

ESI : Ok, d'accord ... et du coup à l'inverse, est-ce qu'il y a des situations dans lesquelles vous étiez contente de ce que vous aviez mis en place et qui avait permis à l'enfant de bien vivre le soin ? Est-ce qu'il ya quelque chose en particulier ? Est-ce que vous avez un exemple de situation ?

IDE : Euh ... bah en fait à partir du moment où on a respecté ce que l'enfant nous a demandé, pour moi c'est une victoire et que le soin se soit bien passé, pour moi c'est une victoire. C'est-à-dire que si je promets, si je dis des choses à l'enfant, que je fais le soins et que je ne lui ai pas dit ce que je lui avais promis pour moi c'est un échec total, même si le soin s'est bien passé.

ESI : oui, d'accord.

IDE : Si j'ai pas respecté, on avait convenu quelque chose ensemble ... euh, en fait le soin c'est quand même une confiance énorme. Quand quelqu'un vient faire un soin, forcément c'est hyper intime, mais si on a conclu quelque chose ensemble et qu'on ne l'a pas respecté, pour moi c'est un échec. Y avait un pacte initial on avait décidé de faire quelque chose et les enfants je pense ils ont vraiment besoin de ça. C'est-à-dire que comme on est des adultes, ils pensent qu'ils ont moins le contrôle sur nous, parce que souvent on dit : bah t'es un enfant, c'est comme ça, c'est comme ça. Oué sauf que là, c'est leur corps, ils ont leur pouvoir de décision. On vient leur faire quelque chose sur eux, on a décidé des choses ensemble, donc ça pour moi faut vraiment respecter. Donc à partir du moment que le deal qu'on avait établie au départ a été respecté, que l'enfant n'a pas pleuré, qu'il a bien accepté le soin et puis qu'en plus il nous sourit à la fin, bon bah voilà, c'est jackpot effectivement. A partir du moment où on travaille en confiance ça marche.

ESI : Ok...

IDE : Franchement dialogue et confiance, ça marche

ESI : oue, donc en fait ça passe par, le bon vécu du soin par l'enfant passe aussi par sa participation de part son consentement aux ... on va dire aux règles ... aux ...

IDE : au déroulé du soin

ESI : oui, aux conditions que vous posez ensemble.

IDE : oue ... oue, oue, oue, oue. C'est-à-dire qu'en fait, moi je viens avec mes conditions entre guillemets. Je lui dis : est-ce que t'es d'accord de faire comme ça comme ça comme ça, s'il me dit oui

et que ... voilà. En fait il faut vraiment avec l'enfant ... parfois **le plus long dans le soin, c'est de l'expliquer et de poser les règles au début**, plutôt que le soin en lui-même. Le soin il va peut-être durer 20 secondes et ton explication elle aura peut-être duré 10 minutes. Ça ça va être **vraiment la différence avec l'adulte**. C'est-à-dire que **l'avant le soin est primordiale** par rapport au soin parce que si ton avant-soin, il est pas bien fait, ton soin ne sera pas bien fait. Donc c'est ça qui fait la différence avec l'adulte.

ESI : Juste pour revenir par rapport aux tranches d'âge, les plus petits est-ce que y a ce même temps d'explication ou est-ce que ça passe un peu plus vers la distraction et le jeu ?

IDE : Alors **les plus petits le temps il va y être plutôt pour les parents**. Alors forcément comme ils comprennent plus et que ... je suis moins dans ... je suis plus directive, ça va un petit peu plus vite. Je leur dis bon bah voilà vous voulez rester pendant le soin, très bien, ça va se dérouler comme ça, comme ça, comme ça. Je ne leur demande pas leur avis, c'est différent qu'avec l'enfant. Je leur explique comment ça va se faire pour pas qu'ils soient étonnés mais ça va pas aller plus loin quoi. C'est-à-dire que c'est quand même moi qui fais le soin, moi je leur dis comment ça va se passer. J'ai pas de deal à faire avec eux, j'ai juste une explication. Donc ça change un petit peu la donne, oui ça va plus vite, voilà. Mais après moi **je m'adresse à l'enfant**, je lui dis : bah voilà je vais te mettre un garrot, ça va serrer un petit peu, même si l'enfant, il ne me répond pas mais au moins il est attiré par ma parole. **Il faut continuer à expliquer**. Il faut vraiment expliquer. Et puis, vers 2 ... 2 ans, ça dépend un peu de l'enfant jusqu'à ce qu'il soit adulte, c'est de l'explication, c'est de l'explication, alors plus ils grandissent en âge plus l'explication se rapproche de celle de l'adulte donc plus elle est réduite, parce qu'ils comprennent plus facilement.

ESI : oui, d'accord. C'est très intéressant. Est-ce que vous avez bénéficié de formation autour de la prise en soin de l'enfant ?

IDE : Alors j'ai pas fait de ... j'ai fait une **formation sur l'hypnose** mais qui a été rapide...mais après pas spécifiquement non. Non, c'est vraiment sur le ... tout au long de ma carrière, sur **mes années d'expérience qui font que je me dis que ça marche, que ça, ça marche pas comme ça**. Ce qui est très important c'est **d'avoir une bonne relation avec son binôme d'auxiliaire** parce que sans elle on ne peut pas faire de soin correct. Donc ça c'est pareil au fil des ans quand on travaille souvent avec les mêmes personnes on a même plus besoin de se parler, elles savent comment je faisais mes soins, moi je sais comment elles sont, donc ça c'est top quand on arrive à ce niveau là. C'est-à-dire que on fonctionne toutes les deux et **on avance toutes les deux ensemble**. Il y a limite pas besoin de se parler et ça c'est top. Mais oui, c'est ce qui va faire **la différence avec l'adulte, nous on sera pas seule pour nos soins**, on sera toujours avec quelqu'un.

ESI : D'accord, et du coup ... fin après on l'a un peu compris dans ce que vous venez de dire mais au cours de votre carrière, fin par rapport au début, vos manières de faire ont-elles évoluées ? votre comportement ou les attitudes que vous pouvez avoir face à l'enfant justement lors des soins ?

IDE : Ah bah oui, oui, oui, **ça a énormément évolué**.

ESI : et plus par rapport à votre pratique du coup ? Ce ne sont pas forcément des formations qui vous ont aidé ...

IDE : Non, il **faut de l'expérience**. Plus tu sais faire le geste, plus t'es à l'aise. **Plus t'es à l'aise, plus t'es ouverte aux autres**. C'est-à-dire qu'au bout d'un moment on est pas là à se dire : alors attend je commence par ça, je commence par ça... et être figé sur le soin et oublier le patient. Mais ça obligé au début tu l'as...parce que bon faut se former mais **plus tu muris et plus t'as d'expérience**, plus tu oublies le soin parce que tu sais comment on fait et donc plus **tu peux te concentrer au patient** et donc plus **les soins se passe mieux**.

ESI : D'accord, oue. Super, alors est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ou est ce que vous avez quelque chose d'important à me transmettre ?

IDE : Non, bah je, je ...fin je l'ai déjà dit hein. La différence avec l'adulte, elle est en trois mots hein : dialogue, confiance et puis faire les soins pas seul. Vraiment, c'est les trois points clés pour réussir à faire des ... et prendre son temps, temps de communication et d'explication au début est excessivement important. Faut mieux perdre du temps à expliquer que faire le soin trop rapidement et que ça devienne un échec et qu'après ça se complique, que ce soit un engrenage et que ce soit impossible à faire.

ESI : ok, d'accord ...

IDE : Je dirais que c'est vraiment le secret ça, oue !

(rires)

ESI : je vous remercie beaucoup d'avoir consacré de votre temps pour répondre à mes questions. Je tiens quand même à vous garantir l'anonymat de cet entretien et puis ça va beaucoup m'aider à avancer dans mon mémoire et puis dans mon parcours professionnel aussi.

IDE : Ah bah tant mieux super !

ESI : Merci beaucoup !

= parents ?

= approche relationnelle en pédiatrie

= distraction

= difficulté dans les soins

= formation et évolution

ANNEXE 8 - Analyse retranscription 3

L'IDE 3 est puéricultrice depuis 1997, elle a travaillé 7 ans en oncologie pédiatrique. Ensuite, elle a été directrice adjointe d'une crèche pendant 5 ans. Enfin, elle est actuellement puéricultrice coordinatrice en soins palliatifs pédiatriques.

ESI : Bonjour, je suis étudiante en troisième année d'école infirmière et je viens vous solliciter, si vous êtes d'accord, pour la construction de mon mémoire. Donc celui-ci a pour terme la pédiatrie parce que c'est la branche vers laquelle je souhaite m'orienter. Je voudrais me spécialiser en puériculture. Donc le sujet de mon mémoire porte sur la distraction lors des soins pédiatriques, êtes vous d'accord pour que je vous pose quelques questions ?

IDE : Avec plaisir

ESI : Ce recueil d'expériences sera bien sûr anonyme, donc êtes vous d'accord que j'enregistre l'entretien ?

IDE : Pas de souci

ESI : D'accord donc je vous garantie l'anonymat de celui-ci. Tout d'abord est-ce que vous pouvez vous présenter avec votre fonction, le nombre d'années d'étude, et les différents services dans lesquels vous avez travaillé ?

IDE : Alors je suis puéricultrice, j'ai fait donc mes études d'infirmière de 1992 à 1996, puis mon école de puériculture en 1997, j'ai commencé par travailler 7 ans en oncologie pédiatrique, puis 5 ans comme directrice adjointe d'une crèche municipale collective. Et ensuite, j'ai fait une coupure et maintenant je suis puéricultrice coordonnatrice en soins palliatifs pédiatriques.

ESI : D'accord. Est-ce que vous pouvez m'expliquer pour quelles raisons vous avez choisi de travailler avec les enfants et du coup à peu près avec quelle tranche d'âge vous avez l'habitude de travailler ?

IDE : Alors pourquoi j'ai voulu travailler avec des enfants ? Quand j'ai fait mes études d'infirmière je savais déjà que je voulais travailler auprès d'enfants. Alors pourquoi ? J'aime pas la réponse parce que j'aime les enfants (rires), c'est pas une bonne réponse

ESI : C'est souvent ça quand même

IDE : Ouais mais non c'est pas du tout la réponse que j'ai envie de donner. Parce que je suis à l'aise avec les enfants, parce que je trouve que quand ils sont malades ils expriment une détresse que j'ai envie de consoler, et puis par mon histoire familiale qui fait que j'ai un petit frère qui a été malade et je pense que ça m'a certainement marqué

ESI : D'accord. Donc je m'intéresse beaucoup à la pédiatrie et je voulais évoquer du coup la prise en soin d'enfants lors d'hospitalisations, donc du coup par les différents services où vous avez travaillé ça serait plutôt une hospitalisation longue pour le coup ou est ce que vous avez pu prendre en soin des enfants en hospitalisation courte ?

IDE : Tout, hôpital de jour, hospitalisation de 3 jours par exemple et puis des hospitalisations longues soit pour des, alors hospitalisations d'enfants en aplasie où ça peut durer une grosse semaine, 10 jours, hospitalisations longues voire très longues pour des enfants en soins palliatifs pour lesquels un retour à domicile n'est pas possible donc ils sont hospitalisés aussi pour pleins de raisons différentes. Et puis hospitalisation plutôt assez longue aussi en secteur stérile, secteur de greffe.

ESI : Alors du coup, si vous êtes d'accord on va plutôt s'orienter vers l'hospitalisation courte, donc de la prise en soins des enfants lors d'une hospitalisation courte.

IDE : Pour une chimio par exemple ?

ESI : Par exemple

IDE : Elles sont assez courtes, c'est 3 jours

ESI : D'accord. Dans votre pratique auprès des enfants, comment abordez-vous la relation à l'enfant lors du soin et est-ce que lors de la première rencontre avec l'enfant vous privilégiez qu'il soit seul ou accompagné de ses parents, enfin de sa famille ?

IDE : Toujours accompagné de sa famille. Par ce que je pense que si les parents, parce la relation de confiance qu'on crée avec l'enfant il faut qu'elle se crée aussi avec les parents. Et que si la relation de confiance elle n'existe pas avec les parents, on y arrivera jamais avec l'enfant. Il faut montrer qu'on travaille vraiment ensemble. Et moi j'ai toujours accepté que les parents soient là pour tous les soins, s'ils veulent ne pas être là, ils ne sont pas là mais s'ils veulent être là ils peuvent être là même pour des ponctions lombaires, des trucs un peu compliqué les parents peuvent être là sans problème. Il suffit de les accompagner, de les préparer comme l'enfant, pareil. Par contre faire attention à pas leur donner une place de soignants quand ils sont là.

ESI : D'accord et du coup comment abordez vous la relation avec l'enfant ?

IDE : Plutôt de manière détendue, souvent par une petite rigolade au début, je pense, ou on parle un peu, on fait connaissance, on s'approprie. Les trucs idiots hein mais l'identité, qui tu es, tu es en quelle classe, t'as des copains, qu'est ce que t'aimes faire, « ah ouais c'est super ». Pour essayer après d'avoir des arguments de distraction justement pendant le soin, de mieux connaître l'enfant au départ ça permet vraiment de pouvoir pendant le soin essayer d'aborder des sujets qui l'intéresse.

ESI : D'accord

IDE : Plutôt que de parler de ce qu'on est en train de faire, je ne dis pas qu'il ne faut pas parler de ce qu'on est en train de faire hein mais ça permet de l'emmener ailleurs quoi.

ESI : D'accord. Est-ce que vous pouvez décrire comment vous faites pour que l'enfant accepte le soin ou pour, on va dire, faciliter le vécu du soin par l'enfant ?

IDE : Redis moi la question, pardon

ESI : Comment vous faites pour que l'enfant accepte le soin ou en quelque sorte plutôt pour faciliter en fait le vécu du soin par l'enfant ?

IDE : D'accord, souvent, alors quand j'utilise du matériel, si je prends par exemple une situation d'un enfant dont c'est la première fois que je le vois et c'est la première fois que je lui fais ce soin là, souvent le matériel que j'utilise ou les gestes que je fais je pense que ça m'arrive souvent de raconter une histoire, de dire « oh bah tu vois, c'est comme si ... » comment dire ... De travailler un peu avec des métaphores qui lui parlent, pour dédramatiser un peu les choses

ESI : D'accord

IDE : Quand tu parles d'une piqûre, je dis pas que ça va pas faire mal, je peux dire que ça va faire mal comme quand on se fait piquer par un petit insecte mais après ça s'en va la douleur. Quand j'utilise des métaphores, c'est pas pour cacher les choses, c'est pour que ce soit concret un peu différemment et que ça soit moins violent.

ESI : Donc les moyens que vous utilisez ce serait d'ordre de la distraction un peu par l'histoire. Est-ce qu'il y a d'autres moyens que vous utilisez ?

IDE : Alors, autre moyen que la distraction par l'histoire, c'est ça ?

ESI : Oui, est-ce qu'il y a autre chose que raconter une histoire, que vous pouvez utiliser ?

IDE : Ah oui, il y a les chansons aussi

ESI : D'accord

IDE : Il y a, si le parent est là il peut lui lire une histoire à côté ou si l'auxiliaire de puériculture n'a pas de geste technique à faire avec moi, elle peut lire aussi une histoire. Certains enfants qui ont l'habitude des soins, pour lesquels c'est récurrent, il y a des trucs qu'on sait pour lesquels ça marche c'est mettre tel dessin animé, regarder tel dessin animé par exemple aussi, s'il y a une télé. Alors maintenant y'a le téléphone mais moi avant y'avait pas le téléphone à l'époque, je suis trop vieille. Voilà. Ça peut être aussi, si j'utilise une seringue par exemple pour faire un prélèvement sur un cathéter ou une injection, lui donner aussi une seringue à lui pour qu'il fasse les mêmes gestes avec la seringue par exemple.

ESI : D'accord en essayant de le faire, en quelque sorte participer au soin ?

IDE : Exactement, il peut faire la même chose avec son doudou ou dans le vide, ça fait « plock », voilà, fin des trucs comme ça. Qu'est ce que ça peut être ? Ça peut être appeler les clowns, ça je l'ai très souvent fait, on avait la chance d'avoir les clowns qui passaient de temps en temps et du coup souvent j'appelais les clowns pour des soins un peu compliqués.

ESI : D'accord

IDE : Attends je vais trouver d'autres trucs hein, faut que je me rappelle.

ESI : Est ce que par rapport à différentes tranches d'âge, il y avait des choses utilisées ou qui fonctionnait bien pour telle tranche d'âge et peut être autre chose pour une autre tranche d'âge, notamment peut être différencier les tout petits des moyens-grands entre guillemets.

IDE : Les tout petits bébés, c'est beaucoup le chant, oui, beaucoup, beaucoup. Beaucoup le chant, les caresses mais quand tu fais le soin et que t'as besoin de tes deux mains tu peux pas faire de caresse mais généralement on fait toujours les soins à deux donc y'en a toujours, tu vois avec une auxiliaire de puériculture, elle essaye d'être contenante pendant le soin, ça c'est vraiment important je pense. Si les parents sont là, le bébé peut être dans les bras des parents. Je pense que cette notion d'être contenu elle est importante, pour les tout petits bébés on fait aussi sucer du sucre, voilà ça c'est vraiment chez les tout petits bébés. On peut dire que la succion pour être aussi pas une distraction mais euh, fin si.

ESI : Un moyen d'apaiser quoi

IDE : Oui. Et puis pour les plus grands, c'est plus par le jeu quoi. Le jeu mais, je trouve que c'est très bien la distraction, c'est un peu comme une hypnose, ça permet de s'évader mais après c'est important de dire ce qu'on fait, de toujours, de toujours expliquer ce qu'on fait quand même.

ESI : D'accord. Est-ce qu'il vous est arrivé d'être en difficulté ou d'être démunie face à une situation où l'enfant n'adhère pas du tout au soin ? Et dans ce cas là comment vous avez fait ?

IDE : Dans ces cas là, je pense que c'est important de passer la main. Soit passer la main, soit d'attendre, de faire une récréation, on ne se braque pas et on attend. Je pense qu'au début de mes études, j'ai fait des erreurs en, par exemple, où c'était impossible de piquer un enfant et on s'y est pris à je ne sais pas combien de fois et ça je pense que ce n'est pas une bonne chose. L'expérience m'a appris à savoir passer la main, ça c'est très important parce que sinon, c'est comme ça qu'on crée des blocages avec les enfants et la confiance qui est instaurée entre le soignant et l'enfant elle s'écroule dans ces cas là, je trouve.

ESI : C'est ça, c'est de passer la main à une collègue ou de différer en quelque sorte le soins

IDE : Oui, exactement

ESI : Et à l'inverse est-ce que vous avez vécu des situations où vous étiez contente de ce que vous aviez mis en place, de la relation qui avait été établie avec l'enfant et qui a notamment influencé le vécu du soin par l'enfant ?

IDE : Oui, j'ai souvent été contente, heureusement

ESI : Est-ce que vous pouvez me donner quelques exemples ?

IDE : Plus particulièrement à l'hôpital de jour, quand on reçoit un enfant, donc en cancéro c'est des parcours qui sont très longs, des traitements qui sont très longs, et je trouve que des premiers soins sont, comment dire, sont la base de la relation de confiance qui va se créer avec l'enfant. L'appropriation du départ, la qualité de cet appriovissement là est hyper importante pour la suite de la prise en soin. Et c'est pour ça que je disais au début, on fait connaissance, on parle de tout et de rien même s'il est là pour des choses dramatiques. Mais parce que c'est important de faire connaissance et s'apprioviser pour créer une relation un peu hors soins au départ et puis après aller dedans quoi dans le concret.

ESI : D'accord. Pendant votre parcours, est-ce que vous avez bénéficié d'une formation autour de la prise en soin de l'enfant qui aurait pu vous aider justement dans cette prise en soins ?

IDE : Bah j'ai eu mon école de puériculture, donc ça c'est vraiment important. Je pense que vraiment on est très sensibilisé à la pédagogie je trouve. Et moi ma formation, elle a été sur le terrain par les professionnels qui connaissaient bien le terrain. J'ai beaucoup appris des puéricultrices et des auxiliaires et surtout des auxiliaires d'ailleurs. Après est-ce que j'ai fait des formations ...

ESI : Je sais que, par exemple, maintenant, il y a beaucoup de formations sur la communication thérapeutique, sur la prise en charge de la douleur, des choses comme ça. Est ce que vous avez eu l'occasion d'avoir des formations ?

IDE : Ah oui, prise en charge de la douleur, j'ai fait ça en formation pendant que je travaillais

ESI : D'accord et ça vous a aidé dans justement cette prise en soin de l'enfant qui a mal du coup ?

IDE : Eh ben ça m'a aidé, je pense à me poser toujours la question de savoir si l'enfant a mal. Mais c'était une autre époque hein, je pense qu'on se posait moins la question que maintenant ou en tout cas différemment. Je pense qu'on était à l'écoute mais qu'on se posait moins la question, il y avait moins d'échelle d'évaluation, y'en avait hein mais on faisait pas d'évaluation systématique comme c'est la cas maintenant, c'était le début en faite

ESI : Ok et du coup au cours de votre carrière est-ce que vous avez eu l'impression que certains éléments ou certaines attitudes ont changé, évolué autour de cette prise en charge de l'enfant ? Pour vous on va dire, votre comportement avec l'enfant, la relation que vous avez pu mettre en place avec lui et tout ce qui s'en suit.

IDE : Alors moi je suis plus du tout dans les soins donc j'ai pas pu changer mes attitudes parce que je fais plus de soins.

ESI : Après ça peut être, je veux dire, au début de carrière jusqu'à ce que vous arrêtiez entre guillemets d'être dans les soins, je sais pas si j'exprime bien mais du tout début on va dire quand vous avez débuté, après vous avez fait quand même quelques années en onco du coup et bah on va dire à la fin de votre parcours dans les soins, est-ce que vous avez vu une certaine évolution de votre attitude ou de vos méthodes ?

IDE : Oh bah oui oui, je pense que la pratique et l'expérience forgent. J'ai surtout appris en regardant les autres et en les écoutant, en prenant le bon hein chez les autres. c'est à dire ce qui est important c'est d'observer les autres et de prendre ce qui est bon et c'est l'expérience qui a fait que ... L'expérience et le retour des parents ou des enfants, c'est pour être plus précis, ça aussi c'est de l'ordre de l'expérience mais ...

ESI : Oui c'est important, vous avez raison

IDE : Chaque expérience, chaque histoire qu'on a avec les enfants, chaque échec, fait qu'on comprend mieux ce qu'on doit faire ou ce qu'on ne doit pas faire et quand on se gourme une fois, eh ben on se dit bah là je me suis planté et la prochaine fois je ferais différemment. C'est comme ça qu'on progresse.

ESI : On pourrait dire un peu on apprend de ses erreurs, en quelque sorte

IDE : Exactement

ESI : Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose ou me transmettre quelque chose d'important ?

IDE : Je pense qu'il y a beaucoup ... Depuis le moment où moi j'ai travaillé, je pense qu'il y a beaucoup de progrès qui ont été fait, y'a beaucoup plus d'écoute, beaucoup plus d'écoute de l'enfant, beaucoup plus de moyens mis en œuvre pour la distraction. On parle de plus en plus d'hypnose aussi, ça je pense que c'est vraiment intéressant, c'est aussi une sorte de distraction. Voilà. Et c'est important, je pense que c'est vraiment important de se poser ces questions là, on peut pas aborder l'enfant comme on aborde l'adulte et puis chaque situation est singulière et donc, quand tout à l'heure je disais qu'il fallait se rencontrer, s'apprivoiser, bah c'est parce que comme chaque situation est différentes et ben à chaque situation on a des réactions différentes et on met en place des soins différents je pense.

ESI : D'accord, adaptés à chaque enfant

IDE : Oui, chaque situation est singulière donc chaque adaptation est singulière. Voilà

ESI : Super, pas mal d'informations. Je vous remercie d'avoir consacré du temps et d'avoir répondu à mes questions et puis ça va me permettre d'avancer dans mon mémoire mais aussi dans mon parcours professionnel et je tiens à vous garantir l'anonymat de cet entretien.

IDE : Je te remercie Aurore

= parents ?

= approche relationnelle en pédiatrie

= distraction

= difficulté dans les soins

= formation et évolution

ANNEXE 9 - Tableau analytique

	IDE 1	IDE 2	IDE 3
L'approche relationnelle en pédiatrie en général	« l'enfant est très à l'aise et dans ce cas-là je peux aller directement vers lui. Sinon ... je vais lui laisser le temps de s'adapter à ma présence » « obtenir un maximum l'adhésion des enfants » « je leur explique à l'avance » « je m'adapte en fonction de chaque enfant »	« je me présente » « je fais attention à prendre du temps, ne pas aller trop vite, ne pas les bousculer » « on se met à sa hauteur » « on est vraiment tout en douceur » « faire une approche avec une installation dans la confiance le plus rapidement possible » « le soin c'est quand même une confiance énorme » « je prépare les choses » « moment d'avant le soin me prend beaucoup de temps, parce que je veux tout expliquer et ... ou du moins leur faire comprendre ce qui va se passer et puis ça me permet aussi d'être en confiance avec le parent et l'enfant et une fois qu'on est en confiance, je le redis encore bien ça, on fait bien plus de choses » « avoir la validation comme quoi ils ont bien compris » « c'est pas comme chez l'adulte où on arrive oui bonjours madame machin, je viens vous faire une prise de sang, paf, paf » « la différence avec l'adulte, nous on sera pas seule pour nos soin » « il nous faut deux avals le parent et l'enfant. On ne peut pas les dissocier » « le soin chez un enfant on ne le fait pas toute seule en tant qu'infirmière puer, y a forcément son binôme qui est donc l'AP pour pouvoir faire. Donc elle, elle a un rôle	« la relation de confiance qu'on créer avec l'enfant il faut qu'elle se créer aussi avec les parents » « de manière détendue » « petite rigolade au début » « on parle un peu, on fait connaissance, on s'apprivoise » « on fait toujours les soins à deux » « important de dire ce qu'on fait, de toujours, de toujours expliquer ce qu'on fait quand même. » « je trouve que des premiers soins sont, comment dire, sont la base de la relation de confiance qui va se créer avec l'enfant. L'apprivoisement du départ, la qualité de cet apprivoisement là est hyper importante pour la suite de la prise en soin » « créer une relation un peu hors soins au départ » « on peut pas aborder l'enfant comme on aborde l'adulte et puis chaque situation est singulière » « chaque situation est singulière donc chaque adaptation est singulière »

		primordial, c'est de commencer un peu le sin avant moi » « y a toujours un marché qu'on, que j'installe avec l'enfant c'est que s'il a mal il me dit STOP. Et à ce moment-là, il faut vraiment que je respecte » « si tu as mal tu me dis STOP et je m'arrête, on souffle et c'est toi qui reprendras et qui diras quand il faut reprendre » « de faire attention à ça parce que quand même, même si c'est des enfants ils ont une pudeur » « à partir du moment où on a respecté ce que l'enfant nous a demandé, pour moi c'est une victoire et que le soin se soit bien passé, pour moi c'est une victoire » « dialogue et confiance » « Ça ça va être vraiment la différence avec l'adulte. C'est-à-dire que l'avant le soin est primordiale par rapport au soin » « je m'adresse à l'enfant » « les premiers soins sont primordiaux » « La différence avec l'adulte, elle est en trois mots hein : dialogue, confiance et puis faire les soins pas seul. Vraiment, c'est les trois points clés pour réussir à faire des ... et prendre son temps, temps de communication et d'explication au début est excessivement important »	
La présence des parents	« toujours avec ses parents »	« il faut absolument prendre les parents avec l'enfant » « je demande toujours aux	« toujours accompagné de sa famille »

	« l'accueil dans le service se fait forcément avec les parents ... les enfants étant mineurs » « j'ai jamais fait de soin ici sans la présence des parents » « en néonatal, beaucoup de soins se faisaient sans la présence des parents puisque les parents n'étaient pas là 24h/24h » « la majorité du temps ... les parents sont ressources » « il est rare que les parents ne soient pas aidant » « on essaye de mettre les parents à contribution »	parents : ... est-ce que vous préférez rester ou vous préférez sortir, parce que déjà tous les parents ne sont pas capables de rester ... ça dépend des soins » « c'est absolument pas grave de sortir...chacun son rôle » « on va très vite savoir si la famille est aidante ou pas » « pas aidante c'est pas un reproche ... ils sont là dans le rôle de parents » « Si je les sens qu'ils vont pas m'aider dans le soin, je les oriente plutôt à sortir ... ils ne veulent pas, bah on va être là et on va faire avec. » « Si je sens que les parents sont absolument aidants dans le soin...je les guide »	« j'ai toujours accepté que les parents soient là pour tous les soins, s'ils veulent ne pas être là, ils ne sont pas là » « Il suffit de les accompagner, de les préparer comme l'enfant, pareil. Par contre faire attention à pas leur donner une place de soignants quand ils sont là. »
L'utilisation de la distraction	« j'essaie beaucoup de faire dans le jeu » « en fonction de chaque enfant » « par exemple pour la prise de tension, je lui dis qu'on va tester ses muscles » « je les fais participer » « son rôle à lui c'est... » « les clowns » « je l'adapte vraiment en fonction de l'âge des enfants » « chez les petits, j'ai un handspiner... essayent de l'attraper et de jouer ... ils scotchent » « les plus grands ... on va discuter ... on va faire un concours de muscles » « brassard pour aller à la piscine »	« on commence un petit peu à jouer, à rigoler, on va sur ses centres d'intérêts » « objet de distraction, en fonction de l'âge on s'adapte » « les bulles » « les clowns » « jouer avec nos crayons où il y a des petits objets, de jouer avec les bulles, de jouer... de faire autre chose »	« l'emmener ailleurs » « raconter une histoire » par l'IPDE, le parent ou l'AP « des métaphores qui lui parlent, pour dédramatiser un peu les choses » « une piqûre ... je peux dire que ça va faire mal comme quand on se fait piquer par un petit insecte » « pour que ce soit concret un peu différemment et que ça soit moins violent » « chansons » « dessin animé » « téléphone »

	« je fais la course avec eux ... j'utilise des boucles d'oreille ... je lui fais croire qu'il y a un papillon qui passe » « l'enfant participe activement » « effet placebo » « si on s'amuse autant qu'eux...c'est un peu communicatif » « tu me fais confiance »		« si j'utilise une seringue ... lui donner aussi une seringue à lui pour qu'il fasse les mêmes gestes » « les clowns ... souvent j'appelais les clowns pour des soins un peu compliqués. » « les petits bébés, c'est beaucoup le chant ... les caresses » « pour les tout petits bébés on fait aussi sucer du sucre » « je trouve que c'est très bien la distraction, c'est un peu comme une hypnose, ça permet de s'évader » « mieux connaître l'enfant au départ ça permet vraiment de pouvoir pendant le soin essayer d'aborder des sujets qui l'intéresse. » « avoir des arguments de distraction justement pendant le soin »
Les difficultés rencontrées et les moyens mis en place face à celles-ci	« le fait d'être présent est déjà compliqué » « on essaye de minimiser le temps de soin » « on peut éventuellement supprimer la tension de l'entrée » « le stress du matin, d'avant de se faire opérer, les parents également » « cette pression là redescend et le contact peut-être plus facile après » « Si je vois que c'est difficile pour lui je prends éventuellement la tension sur les parents avant » « le stress des parents est transféré sur les enfants » « les enfants arrivent, ne sont pas au courant du type d'intervention ... on essaye	« si tu travailles pas ... avec confiance avec les enfants c'est pas possible. Le soin va être très très difficile, donc voilà ... et c'est d'autant plus difficile que une fois qu'il s'est ... ils ont été marqué c'est très long avant de refaire confiance donc il faut vraiment que tous les premiers soins se passe bien » « si on arrive, on bouscule tout, on explique rien ... Y a une montée de pression qui se fait des parents et alors là c'est catastrophique » « le soin va être douloureux...la pose d'antalgiques » « le chariot, ça peut déjà un peu impressionner, le déballage des	« . Soit passer la main, soit d'attendre, de faire une récréation, on ne se braque pas et on attend » « au début de mes études, j'ai fait des erreurs en, par exemple, où c'était impossible de piquer un enfant et on s'y est pris à je ne sais pas combien de fois et ça je pense que ce n'est pas une bonne chose... c'est comme ça qu'on crée des blocages avec les enfants et la confiance qui est instaurée entre le soignant et l'enfant elle s'écroule »

	de leur expliquer un petit peu comment la journée va se dérouler » « des enfants qui n'ont pas toujours vu beaucoup de monde ... ne sont pas au courant ... ça peut être effrayant ... des gens qu'on ne connaît pas » « enfants qui ont un handicap » « on s'adapte, des choses allégées, ya des choses qu'on ne fait pas » « le seul soin vraiment qu'on est obligé de faire finalement c'est le retrait de perfusion donc y a des fois où on va beaucoup plus vite et dans ces cas là on limite le temps de contrainte » « avoir des collègues qui viennent faire justement de la distraction, qui viennent occuper l'enfant » « négocier avec les médecins »	compresses, des, des, du set à pensement.. » « si on commence par faire mal des le début, c'est pas gagner » « que si je ne respecte pas ce que j'ai promis et donc ça souvent on fait un deal ensemble ... bah ça ne marchera pas » « Là où le soin va être très difficile c'est s'il y a des pleures, hurlements... cries, dès le début, j'ai même pas franchi la porte que c'est déjà ça quoi » « Mais ça veut dire souvent ses patients là, ça veut dire qu'à un moment ou un autre ils ont perdu confiance dans le corps paramédical » « vu avec le chirurgien qu'il n'y avait pas d'autres façon de faire » « changer entre collègue »	
L'évolution des soignants	Formations : prise en charge de la douleur de l'enfant, communication thérapeutique « ça donne des petites clés » « chacun pioche et fait à sa manière le soin pour que tout se passe au mieux » « pris de la maturité » « le fait d'être maman » « on prend confiance en soi » « actes qu'on maîtrise beaucoup plus ... on arrive à dégager son esprit »	Formations : sur l'hypnose « mes années d'expérience qui font que je me dis que ça marche, que ça, ça marche pas comme ça. Ce qui est très important c'est d'avoir une bonne relation avec son binôme d'auxiliaire parce que sans elle on ne peut pas faire de soin correct » « il faut de l'expérience » « plus t'es à l'aise, plus t'es ouverte aux autres »	Formations : mon école de puériculture, prise en charge de la douleur « L'expérience m'a appris à savoir passer la main » « J'ai beaucoup appris des puéricultrices et des auxiliaires » « la pratique et l'expérience forgent. J'ai surtout appris en regardant les autres et en les écoutant, en prenant le bon » « L'expérience et le retour des parents ou des enfants » « Chaque expérience, chaque histoire qu'on a avec les enfants, chaque échec, fait qu'on comprend mieux ce qu'on doit faire »

			ou ce qu'on ne doit pas faire et quand on se goure une fois, eh ben on se dit bah là je me suis planté et la prochaine fois je ferais différemment. C'est comme ça qu'on progresse. »
--	--	--	---

ABSTRACT

NOM : LE QUERLER

PRENOM : Aurore

TITRE : L'importance de la distraction en pédiatrie

After a lot of different internships with children, I wanted to focus my thesis on distraction in pediatric care. Indeed, child care is different from that of adults, this is why I took a closer look at the various methods used and their impact on the children's hospitalization. This study intends to understand how does distraction in pediatrics influence the child's experience of care during a short hospital stay ?

With the intention to carry out this work, first, I construct an enriching theoretical framework. Then, in order to get answer's leads, I completed it with an analysis of evidence from health professionals.

To conclude, confronting these two parts allowed me to get out important notions such as the trust relationship and adaptability. To set up these two components, caregivers use distraction and sometimes without realizing it.

Suites à différents stages auprès des enfants, j'ai voulu porter mon mémoire sur la distraction lors des soins pédiatriques. En effet, la prise en soin des enfants est différente de celle des adultes, c'est pourquoi je me suis intéressée de plus près aux diverses méthodes utilisées et leur impact sur l'hospitalisation de l'enfant. Ce travail de recherche a pour but de comprendre en quoi la distraction en pédiatrie influence-t-elle le vécu du soin par l'enfant lors d'une hospitalisation courte ?

Pour réaliser ce travail, j'ai d'abord construit un cadre théorique enrichissant. Puis, afin d'obtenir des pistes de réponse, je l'ai complété par une analyse de témoignages de professionnels de santé.

Pour conclure, confronter ces deux parties m'a permis d'en sortir des notions importantes telles que la relation de confiance et l'adaptabilité. Pour mettre en place ces deux composantes, les soignants utilisent la distraction et parfois sans s'en rendre compte.

MOTS CLES : PEDIATRICS, CARE, TRUST RELATIONSHIP, DISTRACTION, EXPERIENCE

MOTS CLES : PEDIATRIE, SOIN, RELATION DE CONFIANCE, DISTRACTION, VECU

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé.
CHU Pontchaillou.
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation 2018-2021