



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La distraction : “jeux” suis un outil essentiel à la prise en soin en pédiatrie



Formateur référent mémoire :
Christophe Maleyran

Martin Lola
Formation infirmière
Promotion 2019-2022



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 d'infirmier

Travaux de fin d'études :

“La distraction : “jeux” suis essentiel à la prise en soin 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 d'infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

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

Le 23/04/2022

Identité et signature de l'étudiant :

Martin Lola

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.

SOMMAIRE

I- Introduction	1
1 - Intérêts et motivations	1
2 - Les situations d'appel	1
3 - Questionnements	4
1) La prise en soin en pédiatrie	5
1.1) Le développement de l'enfant	5
1.1.1) Le développement moteur	5
1.1.2) Le développement cognitif	6
1.1.3) Le développement socio-affectif	6
1.2) La prise en charge d'un enfant à l'hôpital	7
1.2.1) Les droits de l'enfant	8
1.2.2) L'enfant, un public fragile	8
2) La douleur, un paramètre important à prendre en compte dans la prise en charge de l'enfant	9
2.1) La physiologie de la douleur en général	9
2.2) La perception de la douleur	10
2.3) Les spécificités de la douleur chez l'enfant	11
2.4) La prise en charge de la douleur par l'infirmière	11
2.4.1) La législation de la douleur	11
2.4.2) Les différentes évaluations de la douleur chez l'enfant	12
2.4.3) L'appréhension de la douleur se manifestant par l'anxiété	13
3) La distraction, un outil indispensable aux soins	14
3.1) La distraction chez l'enfant (définition, indications...)	14
3.2) Vous avez dit distraction ? Comment faire ?	14
3.2.1) L'adaptation des types de distractions	14
3.2.2) Le déroulé dans les règles de l'art	15
3.3) L'importance de la distraction pour les soignants	16
3.4) Formation à la distraction	16
III- Dispositif méthodologique du recueil de données	17
IV- Analyse descriptive des entretiens	19
V- Analyse interprétative et discussion	23
VI-Conclusion	29
VII- Bibliographie	30
IX- Quatrième de couverture, résumé	

REMERCIEMENTS

Avant tout, je tenais à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'avancement de ce mémoire et qui m'ont soutenu durant ces trois années.

Tout d'abord mes proches, ma famille, mes parents, mes amis et particulièrement ma mère et mon amie, Lola qui ont toujours été présente, qui ont toujours cru en moi, en mes capacités à réussir et qui ont toujours su m'aider dans cette formation.

Mon référent pédagogique, Erwan Masson, qui a été très à l'écoute et qui m'a suivi durant toute la durée de ma formation.

Mon guidant de mémoire, Christophe Maleyran, qui, a su répondre à mes interrogations concernant celui-ci.

Ainsi que les différents professionnels de santé, qui ont bien voulu répondre favorablement à mes différents entretiens, dans la bonne humeur.

I- Introduction

Dans le cadre de ma formation "Diplôme d'Etat en soins infirmiers", chaque étudiant doit effectuer un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, qui se fait lors de la troisième et dernière année.

Il est lié à plusieurs unités d'enseignements telles que l'UE 3.4 (initiation à la démarche de recherche), l'UE 5.6 (analyse de la qualité et traitements des données scientifiques et professionnelles) et l'UE 6.2 (anglais).

1 - Intérêts et motivations

Ayant pour projet professionnel de faire la formation puéricultrice, je trouvais cela intéressant et enrichissant pour mon futur, de réaliser mon mémoire autour de la pédiatrie. En effet, j'ai toujours eu un contact plus « aisé » avec l'enfant plutôt qu'avec l'adulte.

De plus, il me paraissait important d'approfondir mes connaissances autour des distractions, qui sont, de mon point de vue, primordiales dans les soins à l'enfant.

Pour moi, c'est une qualité à acquérir et à maîtriser en pédiatrie afin de tout mettre en œuvre pour que l'enfant soit le plus détendu possible lors du soin afin que celui-ci soit vécu comme le plus agréable pour l'enfant et donc le moins douloureux possible.

2 - Les situations d'appel

Je suis en stage dans un service de chirurgie pédiatrique qui a une capacité d'accueil de 21 lits. Ce sont des enfants entre quelques semaines de vie jusqu'à 18 ans qui y sont accueillis. Chirurgies programmées, ou enfants adressés par les urgences. Ces enfants arrivent dans le service plusieurs heures, voire la veille avant de se présenter au bloc.

Ce stage se déroule sur 10 semaines. Au bout de la première semaine, j'ai pu passer une semaine en consultation. Ici on y retrouve les enfants qui viennent voir les infirmières puéricultrices (PDE) et les chirurgiens en vue d'une future opération ou au contraire en post-op plusieurs jours, semaines pour faire un compte rendu de l'opération (consultations pansement, point après une radiographie, ablation de plâtre, etc.).

Première situation d'appel :

Il est dix heures du matin, j'arrive dans le service de consultation. Je me dirige vers le bureau de l'interne d'orthopédie où commencent ses premières consultations de la journée. Un externe (E) est aussi présent en même temps que moi pour les consultations. L'interne reçoit les patients qu'il a opérés pour faire le point sur la chirurgie, notamment de la remise en place des fractures sous plâtre. Les enfants vont en amont faire une radiographie dans le même hôpital puis rejoignent le chirurgien pour voir ce qu'il en est.

Aux alentours de 11h, nous accueillons une petite fille de 9 ans (M), qui vient pour une consultation. Elle arrive en poussette avec son père, le pied gauche dans un plâtre en résine rose. Ils assistent à la consultation effectuée par le chirurgien. Celui-ci regarde les clichés de la radiographie et annonce que le résultat est favorable, que la fracture s'est remise en place et est consolidée et qu'on va pouvoir procéder au retrait de son plâtre.

E et moi sommes déjà dans la pièce où les plâtres sont retirés. E vient d'en retirer un chez un garçon un peu plus grand que M. J'installe M sur la table de consultation.

Le même protocole que pour chaque enfant, on explique avant qu'il n'y a aucun risque de coupure, que la scie ne coupe pas. E montre en faisant fonctionner la scie sur sa main ainsi que sur le tissu situé sous M, En lui disant qu' en dessous de son plâtre il y a un jersey et que celui-là ne sera pas coupé par la scie, que par la suite avec une pince on va écarter le plâtre afin de pouvoir couper le jersey avec une paire de ciseaux. Jusqu'ici tout va bien M acquiesce ce qu'on dit mais vient le moment où E approche la scie pour commencer l'ablation et M se met à crier, elle se met dans tous ses états. La communication a été rompue, M s'est focalisée sur son pied gauche. Je lui propose donc des distractions : lire un livre, prendre son doudou, un jouet pour se concentrer sur autre chose. Mais M ne voulait plus rien entendre.

Alors son papa, par sa propre volonté, prit par force sa fille dans ses bras dans le but de la contenir afin que E retire au plus vite le plâtre.

Ce soin a donc été réalisé sans aucune distraction autant en amont que pendant le soin qui paraît anodin pour nous, les adultes mais qui s'avère plus compliqué auprès des enfants. Peut être que si nous avions pris en compte la dimension de la distraction avant le soin, celui-ci se serait mieux passé.

Deuxième situation d'appel :

Il est 14h30, l'infirmière puéricultrice (CE) me donne la liste des consultations de pansements. Nous accueillons deux enfants entre 14h30 et 15h30. Pendant que la PDE fini le soin chez le deuxième enfant, elle me propose de prendre la feuille de rendez-vous et d'aller installer le prochain enfant dans la salle 2. Je me dirige donc vers la salle d'attente et appelle C, un enfant de trois ans, il attend sur une chaise avec sa maman. Je les invite à me suivre. J'installe C sur la table de consultation, et je propose à la mère de s'asseoir. Par la suite, je demande à C, s'il souhaite regarder un petit film sur la tablette ou bien jouer à un jeu, en attendant que je revienne avec l'infirmière . Il me répond immédiatement sans hésitation et de façon très dynamique, qu'il voulait visionner la reine des neiges. Je prends la tablette et sa mère m'explique en attendant qu'il n'avait qu'une hâte c'était de revenir pour regarder la suite de la reine des neiges. Sa mère avait noté à quel moment du dessin animé il s'était arrêté la fois dernière et le met en route. Je leur dis "à tout de suite" et retourne voir la PDE dans l'autre salle. Vingt minutes plus tard, je reviens donc accompagnée de la puéricultrice, C est toujours devant la reine des neiges, très concentré. C a été opéré chez les grands brûlés pour une greffe de peau pour brûlure au deuxième degré sévère au niveau de la cuisse droite. Il a donc plusieurs cicatrices rosées au niveau du ventre et de la cuisse gauche qui sont en bonne voie de cicatrisation. La cicatrice de la cuisse droite à un tout autre aspect que les autres, a certains endroits C saigne encore et au milieu, la cicatrice nécrose (la greffe n'a pas pris à cet endroit). Nous faisons donc la réfection des pansements en consultations à l'hôpital tant que celà est trop douloureux et traumatisant pour C. Pour la réfection du pansement nous utilisons de l'urgotull avec des compresses par-dessus recouvert de bande vello. Avant de faire ce soin nous installons le MEOPA sous 9L qui va avoir une action décontractante pour C, pendant que je tiens la tablette pour focaliser C sur le film et non sur ce que CE fait.

Quelques appréhensions et douleur de la part de C mais l'utilisation du MEOPA et de la tablette fait que le soin se passe très bien, sans pleurs ni cris avec un jeune garçon très coopérant. C est très courageux et une fois le soin fini, il se fait très discret et semble fatigué. Sa mère nous remercie et nous fait part que C avait hâte de revenir faire le pansement ici car les premières prises en charge de sa brûlure dans les autres établissements ne s'étaient pas bien passées et qu'avec nous celà se passait très bien et qu'il avait moins mal.

3 - Questionnements

Après avoir été confronté à ces deux situations, j'ai pu me questionner, m'interroger sur divers points.

Pour la situation de M : quand est t'il de son consentement ? En effet son papa a pris la décision de la tenir de force pour que l'on puisse continuer le soin, mais pouvions nous faire autrement pour que M soit consentante et donc décontractée ? M avait t'elle était préparé en avance avant de venir en consultation pour un potentiel retrait de plâtre ? Ou a-t-elle était mise au courant au moment où l'on allait lui retirer ?

Pour la situation de C : Comment était sa prise en charge auparavant ? Des distractions avaient été mises en place en amont, avant et pendant les soins lorsque ceux-ci se passaient mal ? Si oui lesquels ? L'équipe soignante prenait-elle le temps et allait-elle au rythme de C ? Ou avait-elle un temps précis à respecter ? Quelles distractions et aides avaient été mises en place lors de son premier rendez-vous en consultation pédiatrique ? (Qui devait être un soin que C appréhendait après les autres soins qui s'étaient mal passés) Quelle était la communication entre C et sa maman vis à vis du soin, de l'accident ?

De part ces différents questionnements, j'ai pu réfléchir à une question de départ englobant les mots suivants : "pédiatrie", "distractions", "douleur", "compétences infirmière", "soin". Mon but étant de comprendre de quelle manière les distractions mises à disposition des enfants peuvent être un outil essentiel avant et pendant un soin potentiellement douloureux, afin que celui-ci se passe de la meilleure façon possible. D'où ma question de départ : ***"En pédiatrie, dans quelles mesures les distractions mises en place par l'IDE influencent-elles le ressenti de l'enfant à l'approche d'un soin potentiellement douloureux ?"***

Pour tenter de répondre à cette question, J'exposerai premièrement mon cadre conceptuel dans lequel je développerai les notions de soins en pédiatrie, la douleur et son appréhension ainsi que les distractions.

Deuxièmement j'effectuerai et présenterai des entretiens auprès de deux infirmières puéricultrices qui seront alors analysés.

Troisièmement je mettrai en corrélation les apports théoriques de mon cadre conceptuel avec les recueils de données des entretiens. Et pour finir, je conclurai mon travail d'initiation à la recherche.

II-Cadre conceptuel

1) La prise en soin en pédiatrie

Tout d'abord, la pédiatrie correspond à la branche de la médecine dont la spécialité est la santé et les maladies des enfants depuis leur naissance jusqu'à ce qu'ils soient adultes. À l'hôpital, la pédiatrie inclut les enfants de 0 à 16 ans. Au-delà de cet âge, ils seront accueillis dans les services dédiés à l'adulte sauf exception.

Cependant l'enfant ne cesse de se développer au cours des années et dans un service de pédiatrie, les enfants présents sont à des stades de développement différents. La prise en charge sera donc différente d'un enfant à un autre selon son stade. C'est pour cela qu'il est important de prendre en compte celui-ci.

1.1) Le développement de l'enfant

En effet, le développement de l'enfant évolue de la naissance à l'adolescence. Il est complexe et se divise en plusieurs secteurs. On y trouve le développement psychomoteur, cognitif et socio-affectif. Différents facteurs entrent en jeu quant à ce développement. Un enfant ne grandira pas de la même façon en fonction de son environnement, de son entourage, ainsi que d'autres facteurs.

1.1.1) Le développement moteur

Commençons par le développement moteur de l'enfant. Le développement moteur correspond à "la prise de contrôle progressive de l'enfant de son système musculaire, grâce à la progression de son éveil et la répétition de ses expériences motrices." (Abbadi, 2020)

C'est lors de la première année de vie de l'enfant que la motricité se développe le plus, puisque c'est à ce moment qu'il va jongler entre divers stades : de la position allongée, aux 4 pattes, à la position debout, pour ensuite marcher à l'âge de 12 mois puis courir. Parallèlement, l'enfant va également développer la préhension. Selon le dictionnaire Larousse (non daté), la préhension c'est "l'action de saisir, d'agripper ou de retenir un support, un objet, une proie, etc."

Cependant ces acquisitions se font au rythme de chaque enfant, et certains enfants développent ces aptitudes un peu avant l'âge décrit dans les livres, ou bien à l'âge pile et d'autres quelques semaines, voire mois après.

1.1.2) Le développement cognitif

Selon Evan G. Graber (2021) le développement cognitif correspond à la maturation intellectuelle des enfants.

Selon Piaget l'intelligence de l'enfant évolue en 4 phases :

-Le stade sensori moteur (0 à 2 ans) : l'enfant va résoudre des problèmes simples (par exemple... un jouet se trouvant au fond de son lit, alors l'enfant réussira à le faire venir jusqu'à lui soit en secouant le berceau, en tirant sur la couverture ou en attrapant la ficelle attachée au jouet.

-Le niveau pré-opératoire (2 à 7 ans) : c'est à cette période que l'enfant explore le langage et commence à parler. "Penser" de manière symbolique commence à se développer, c'est-à-dire qu'il arrive à se représenter des choses à partir de mots ou de symboles.

-La période des opérations concrètes (7 à 11 ans) : l'enfant peut envisager des événements positifs comme négatifs qui peuvent apparaître en dehors de sa propre vie. Il commence aussi à conceptualiser et à créer des raisonnements logiques qui nécessitent cependant encore un rapport direct au concret. Par exemple → si on présente deux boulettes identiques de pâte à modeler et que par la suite, on décide d'en écraser une sur les deux, l'enfant va affirmer que la quantité est la même, alors qu'un enfant d'un plus jeune âge contredira et pensera que la quantité de la pâte n'est pas la même.

-Le stade des opérations formelles (12 ans et +) : À la fin de ce stade, l'adolescent peut donc, comme l'adulte, utiliser une logique formelle et abstraite, et réfléchir sur des probabilités et sur des questions morales comme la justice est totalement envisageable et à sa hauteur.

1.1.3) Le développement socio-affectif

Enfin nous arrivons au développement socio-affectif. Harlow désigne le terme "affectivité" comme "un ensemble de comportements permettant les rapports sociaux et individuels intimes qui lient entre eux les membres d'une espèce". L'affectivité est étroitement liée à la socialisation, qui selon le dictionnaire Larousse (non daté), correspond au "processus par lequel l'enfant intériorise les divers éléments de la culture environnante (valeurs, normes, codes symboliques et règles de conduite) et s'intègre dans la vie sociale."

Dans l'ouvrage "le développement psychologique de l'enfant", Roger Delmine et Sonia Vermeulen (2004) ont énoncé le développement socio-affectif de 0 à 12 ans .

Le développement socio-affectif de 0 à 3 ans : au départ, le nourrisson utilise les pleurs comme système de communication pour exprimer différents types d'inconfort. Puis il évolue et ne se limite plus à fixer le visage mais commence à sourire, à jouer et reconnaît sa mère. Son besoin de sociabilité augmente. Vers l'âge de 18 mois, il aime interagir, participer aux activités domestiques, à cette période de la vie il est plutôt turbulent. Puis au fur et à mesure qu'il grandit, l'enfant va chercher à affirmer son indépendance. Et c'est entre 2 et 3 ans que le sentiment du "Moi" et de l'incapacité à partager prédomine. (p. 46)

Le développement socio-affectif de 3 à 6 ans : l'enfant est conformiste c'est à dire qu'il s'assure auprès d'une tierce personne, que tout ce qu'il réalise, entreprend et est bien fait. Ses relations avec les autres se développent et s'améliorent au niveau de la communication. C'est le sentiment du "Toi" qui se développe à ce moment, et il commence à employer le "Nous". À 4 ans, devenir un être social l'intéresse énormément et les questions comme "pourquoi" et "comment" en sont la preuve. Pour enfin arriver sur une phase d'équilibre personnel où il se sent à l'aise dans son monde mais dont sa mère est encore le centre. (p.102)

Le développement socio-affectif de 6 à 12 ans : il divague entre deux phases, celle de l'hésitation où il va passer d'un extrême à un autre et entre la phase d'équilibre qu'il avait acquis à 5 ans. Puis vient l'âge d'un nouveau mouvement d'expansion, où l'enfant va développer un autre niveau de maturité supérieur à celui d'avant. À 9-10 ans, s'identifier à un groupe de son âge et commencer à se détacher de sa famille est tout naturel pour lui. À 11 ans, c'est le début de l'adolescence, il interpelle plutôt qu'il ne répond et critique beaucoup ses parents. Enfin à 12 ans il devient de meilleure compagnie et se montre positif et enthousiaste. L'adolescent se montre moins naïf dans ses relations : les traits dominants à cet âge sont la sagesse, la tolérance, l'humour, l'empathie,... (p. 152-153)

1.2) La prise en charge d'un enfant à l'hôpital

Nous avons pu voir juste au dessus que le développement de l'enfant est un enchaînement d'événements bien complexes mais qui se font de manière naturelle. De nombreux autres paramètres entrent en compte mais ce qui a été énoncé, aborde le développement de l'enfant en général. Ainsi pour ne pas nuire à ce développement, l'enfant a le droit de jouir de multiples droits, notamment à l'hôpital, lieu qui reste un environnement anormal. Il est donc nécessaire de mettre en place des mesures pour que cela ait le moins d'impact possible sur lui.

1.2.1) Les droits de l'enfant

Les enfants bénéficient de plusieurs textes de lois dictant leurs droits. Que cela soit dans la vie de tous les jours ou bien lors d'un contexte particulier comme une hospitalisation.

Dans la vie quotidienne les enfants ont le droit à un nom, à la nationalité, à leurs parents, à exprimer librement leur opinion, à la liberté d'expression, de pensée et de religion, à une éducation, etc... ainsi qu'à de nombreux autres droits notamment au droit à la santé. Comme stipulé dans la convention internationale des droits de l'enfant de 1989 dont voici un extrait :

- Art 24 "Le Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services."

Ainsi par la suite la prise en charge de l'enfant dans un milieu hospitalier est préétablie par la charte européenne de l'enfant hospitalisé de 1986 (Cf annexe V).

L'infirmière ainsi que tout autre professionnels se doit de respecter ces règles, parmi ces règles il me semblait nécessaire d'aborder ces trois droits :

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

L'ensemble de ces règles permettent le droit aux meilleurs soins possibles, et plus particulièrement chez les enfants. En effet l'enfant n'est pas en capacité de tout comprendre aussi bien qu'un adulte peut le faire et bien que l'enfant se montre courageux, c'est tout de même un être qui présente des fragilités.

1.2.2) L'enfant, un public fragile

Autant psychologiquement que physiquement, l'enfant est un public fragile. Selon Monique Formarier (1984) dans son livre "L'enfant hospitalisé au cœur des soins infirmiers" : "Toute séparation d'avec la mère pendant la petite enfance est une phase douloureuse pour l'enfant. Il vit un sentiment d'abandon qui lui est insupportable" (p.17). Et celles-ci peuvent avoir des répercussions

aussi bien sur le développement psychique que sur le développement physique. Toute perturbation dans sa vie vient aggraver sa fragilité constitutionnelle.

Trois périodes sont particulièrement compliquées à vivre pour l'enfant, c'est à ces moments-là de sa vie qu'il sera le plus vulnérable. Ces périodes sont : la période qui suit la naissance, la période du neuvième mois, et l'enfant de deux ans.

À la naissance, l'enfant est complètement dépendant de la mère. Selon l'OMS "vers le neuvième mois l'enfant est capable de reconnaître sa mère sans avoir besoin d'elle". Et Spitz a pu observer de véritables manifestations d'angoisses lorsque la mère disparaît.

Ainsi à deux ans l'enfant fait l'apprentissage de l'indépendance et a une conscience de plus en plus précise de son corps. Il s'oppose à l'adulte. C'est l'âge des interdictions catégoriques qui déclenchent l'agressivité de l'enfant. Une rupture des habitudes de vie, points de repère qu'il se donne pour conquérir son autonomie, engendre une frustration difficilement supportable. (p.20)

Nous avons pu donc constater la fragilité psychologique de l'enfant mais il est également fragile physiquement. Cela peut s'expliquer par le cerveau émotionnel de l'enfant. En effet nous avons conscience que le cerveau émotionnel est présent autant chez l'enfant que chez l'adulte mais à ce stade l'enfant n'est pas encore capable de repérer et d'exprimer toutes ses émotions. Alors par exemple, un enfant ayant du stress va pouvoir exprimer celui-ci par une douleur au ventre. Aux urgences pédopsychiatriques nous voyons régulièrement des enfants venant initialement pour un motif "douleurs abdominales" où toutes les pistes somatiques avaient été écartées et donc l'enfant été redirigé au niveau des équipes pédopsychiatriques. Finalement la cause de ses douleurs étaient morales.

2) La douleur, un paramètre important à prendre en compte dans la prise en charge de l'enfant

2.1) La physiologie de la douleur en général

Selon la définition officielle de l'IASP (International Association for the Study of Pain) datant de 1979 "la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes". Dans le manuel "prise en charge de la douleur" (2018), de Christine Berlemont et Sylvie Moncayo, une différence entre douleur et souffrance est faite. La douleur renvoie plus au corporel tandis que la souffrance au psychique.

Pour comprendre le mécanisme de la douleur, le corps humain est pourvu de nocicepteurs périphériques situés au niveau cutané, musculaire, articulaire et viscéral. En présence de douleur, ils vont s'activer par des stimuli d'origine mécanique, chimique ou thermique et vont pouvoir véhiculer le message douloureux (l'information). Tout d'abord l'information va remonter à la moelle épinière pour remonter enfin au cerveau.

En parallèle, lorsque que les nocicepteurs sont activés suite à une lésion, une libération de substance chimique va être provoquée pour sensibiliser à leur tour les nocicepteurs. Il s'agit de l'hyperalgésie primaire.

De la moelle épinière au cerveau, de nombreuses zones sont stimulées pour traiter l'information, notamment, les zones des émotions, sensorielles, de mémorisation, d'anticipation ou encore motrices. (p.8-9)

Toutes ces zones interagissent entre elles afin que la sensation de la douleur soit la plus adaptée, et donc, avoir également une perception de la douleur adaptée.

2.2) La perception de la douleur

La douleur est perçue différemment en fonction de 4 composantes : la composante sensori-discriminative, la composante affectivo-émotionnelle, la composante cognitive ainsi que la composante comportementale.

La composante sensori-discriminative correspond à ce que la personne va sentir. Par exemple, on y retrouve l'intensité, la localisation, la durée, le type de douleur, de sensation.

La composante affectivo-émotionnelle se rapporte à ce que la personne va ressentir. Exemple : Anxiété, peur, colère, fatigue,...

La composante cognitive va être ce que la personne en comprend. C'est-à-dire : quel sens à la douleur la personne lui donne, ce que cela signifie pour elle. Par exemple, la douleur est acceptable car elle a un bénéfice secondaire ou bien elle ne l'ai pas car "ça ne sert à rien".

Enfin la composante comportementale correspond aux réactions de la personne. Elle contient les expressions verbales, non verbales et corporelles. Cela correspond aussi aux réactions neurovégétatives. Exemple : sueurs/tachycardie/nausées/pâleur ; mimiques/postures/gestes ; plaintes/cris. (p.10)

Toutes ces composantes sont liées entre elles pour former la douleur globale. Et donc émotions, sensations physiques, etc..., sont toutes imbriquées les unes aux autres. Dans l'article "la distraction

lors des soins douloureux en pédiatrie” (2019) il est dit que “douleur et peur chez l’enfant sont toujours associées”.

2.3) Les spécificités de la douleur chez l’enfant

En effet, les mécanismes cognitifs ne sont pas encore matures et donc les enfants ne sont pas en capacité de comprendre la source de leur angoisse.

Dans le manuel “prise en charge de la douleur” (2018), un lien est fait entre le développement de l’enfant et la compréhension de la douleur, l’enfant ne percevra donc pas la douleur de la même façon en fonction de son âge.

De 0 à 2 ans l’enfant est en état de détresse car il ne comprend pas la douleur, il n’est pas soulagé, la douleur envahit tout son corps et il est complètement démuni.

De 2 à 7 ans, l’enfant perçoit souvent la douleur comme une punition. Il ne fait pas le lien entre la cause et la conséquence de la douleur. La douleur est vécue comme une agression incompréhensible et provoque des émotions telles que la colère, la peur ou bien la tristesse.

De 7 à 11 ans, l’enfant culpabilise encore. Chez les plus jeunes, la douleur reste une cause extérieure. Chez les plus grands, la douleur est intériorisée.

Après 11 ans, l’enfant fait des liens avec le fonctionnement de la douleur et la psyché.

2.4) La prise en charge de la douleur par l’infirmière

2.4.1) La législation de la douleur

Il existe depuis de nombreuses années des textes de loi autour de la douleur. Ils s’articulent autour des droits et devoirs qu’un infirmier doit porter envers le patient en général.

Comme la loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner), relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : l'article L1110-5-3 nous informe que “toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée”.

Ou bien Le code de santé publique : l’article R4311-8 : “l’infirmier ou l’infirmière est habilité(e) à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre de protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est à intégrer dans le dossier de soins infirmiers”.

Cependant, il existe à proprement parler une circulaire concernant la douleur des enfants : la circulaire n°83-24 du 1er août 1983 relative à l’hospitalisation des enfants. Il émet des

recommandations afin que l'accueil de l'enfant et de ses parents s'effectue dans les meilleures conditions et apporte la précision suivante :

Comme l'adulte, l'enfant éprouve et redoute la souffrance physique, d'autant plus qu'il n'en comprend pas la raison. Mais en outre, il craint de perdre la protection de ceux qui l'aiment et dont il a encore plus besoin dans cette période de peur et de douleur.

Enfin, les établissements de santé ont aussi un devoir dans la prise en charge de la douleur.

Avec la loi du 4 février 1995, l'article L. 1112-4 stipule que :

Les établissements de santé publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en oeuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis.

D'autre part, de nombreux acteurs entrent en compte afin de faire évoluer la prise en charge de la douleur, tels l'HAS mais aussi les différentes mesures nationales avec différents plans.

2.4.2) Les différentes évaluations de la douleur chez l'enfant

Pour bien prendre en compte la plainte du patient concernant la douleur, il existe d'innombrables moyens. L'observation est un des moyens à l'évaluation. En observant le patient, le non verbale nous renvoie beaucoup d'informations (la posture, les mimiques, le faciès, etc.). Mais cela correspond à notre propre observation et il est important de considérer les dires du patient. Cela va s'exprimer par des plaintes.

L'IDE de son rôle propre doit évaluer les paramètres servant à la surveillance de la douleur. Pour ce faire, les outils utilisés sont les échelles. Dans le livre "l'infirmière & la douleur" (2000), de nombreux exemples d'échelles sont mentionnés. (p.43 à 57)

-Les échelles unidimensionnelles : EVS (échelle verbale simple), EN (échelle numérique), EVA (échelle visuelle analogique)

-Les échelles multidimensionnelles : QDSA (questionnaire douleur Saint-Antoine)

-Les échelles comportementales : échelle de retentissement de la douleur sur le comportement quotidien, Algoplus, doloplus

- Les bilans psychologiques : HADS (échelle du retentissement émotionnel)

Elles sont utiles afin de quantifier la douleur et pouvoir adapter par la suite les thérapeutiques, or celles-ci sont plutôt réservées à l'adulte bien que certaines sont utilisées également pour l'enfant, comme les échelles unidimensionnelles.

En fonction de l'âge on utilisera des échelles d'évaluation à la douleur différentes :

de 0 à 4 ans : hétéro-évaluation	de 4 à 6 ans : hétéro-évaluation et l'auto-évaluation peut commencer à être proposée	A partir de 6 ans : auto-évaluation
<ul style="list-style-type: none"> ● EVENDOL (évaluation enfant douleur) ● DAN (douleur aiguë du nouveau né) ● EDIN (échelle douleur et inconfort du nouveau né) ● OPS (objective pain scale) ● FLACC (face legs activity cry consolability) ● DEGR (douleur Gustave Roussy) 	<ul style="list-style-type: none"> ● échelle des visages ● outils d'hétéro-évaluation ● dessin (bonhomme) 	<ul style="list-style-type: none"> ● EVS ● EN ● échelle des visages ● EVA

L'évaluation participe grandement à la prise en charge de la douleur, et enfin, l'appréhension de la douleur pourra être diminuée.

2.4.3) L'appréhension de la douleur se manifestant par l'anxiété

Pour les équipes soignantes, il est difficile de différencier douleur et anxiété chez l'enfant. D'après l'OMS, l'anxiété est "un sentiment de danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi voire d'anéantissement".

Cette anxiété se manifeste par des symptômes physiques (palpitations, tremblements, dyspnée, douleur thoracique, sueurs, troubles digestifs) mais aussi psychologiques et émotionnels (nervosité, irritabilité, pleurs, impression de majoration de la douleur existante).

Elle apparaît lorsque cela est inconnu pour l'enfant ou lorsque cela est connu de l'enfant. Par exemple : un traumatisme lors d'un soin s'étant mal passé stocké dans sa mémoire.

Ainsi la douleur lors des soins correspond à la douleur procédurale selon l'article "La prise en charge de la douleur en Smur pédiatrique" (2016), cette douleur est induite par les gestes invasifs et peut provoquer peur, douleur et anxiété.

Il est donc important et primordial d'établir une relation de confiance avec l'enfant et sa famille afin de limiter cet état ressenti et pour ce faire des outils comme la distraction sont très efficaces.

3) La distraction, un outil indispensable aux soins

3.1) La distraction chez l'enfant (définition, indications...)

En effet, la distraction est un véritable moteur pour les soignants. D'après l'article "La distraction lors des soins douloureux en pédiatrie" (2019) : la distraction est une méthode non pharmacologique à visée antalgique qui emploie un support distractif pour détourner l'attention de l'enfant.

Elle est donc indiquée pour des actes anxiogènes, qu'ils soient douloureux ou non. Et peut être réalisée sans aucune contre-indications.

Les techniques de distraction font partie des méthodes psychocorporelles, parmi celles-ci, s'y trouve aussi la musicothérapie, la relaxation, la sophrologie et l'hypnose.

La distraction joue uniquement une action sur la composante émotionnelle mais elle n'empêchera pas forcément la douleur et donc il est indispensable d'y associer d'autres moyens antalgiques médicamenteux comme des antalgiques de paliers I, II, III, des anesthésiques locaux (lidocaïne, prilocaïne ex: EMLA), des anxiolytiques, ou bien du MEOPA (mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote). Au même titre, le sucre par succion est un moyen antalgique utilisé chez les nourrissons.

On parle de distraction active lorsque l'enfant participe. L'article "Soins douloureux en pédiatrie, quelle place pour la distraction" (2016) nous donne des exemples de distractions actives : par exemple en faisant participer l'enfant physiquement (faire tourner un bouton, souffler des bulles,...). Mais on peut aussi parler de distraction passive où l'enfant n'intervient pas directement (exemple : il regarde un film, écoute une chanson ou une histoire).

Malgré différents moyens mis en œuvre (traitements, explications et une volonté de vouloir distraire l'enfant) tous les enfants ne sont pas réceptifs à ce qui leur est proposé. Les soignants se sentent alors démunis face à la situation. C'est pour cela que le soignant doit faire tout son possible pour que l'enfant le soit, et ainsi adapter la distraction à l'enfant pour que celui-ci puisse y adhérer.

3.2) Vous avez dit distraction ? Comment faire ?

3.2.1) L'adaptation des types de distractions

Assurément, la distraction doit être adaptée à l'âge, à la situation de l'enfant, à ses capacités, et ses centres d'intérêts .

Un parallèle est fait entre les besoins de l'enfant et son développement pour que celle-ci soit adaptée. Il est donc essentiel de s'intéresser aux différents stades de son développement et à ses besoins.

Selon Céline Bouchard les besoins se rapportent à une manifestation naturelle de sensibilité interne éveillant une tendance à accomplir un acte (respirer, uriner,...) ou à rechercher une catégorie donnée d'objets (aliments dans la faim, boissons dans la soif,...).

Il existe trois catégories de besoins :

- les besoins physiologiques (respirer, boire, manger)
- les besoins affectifs et psychosociaux (être sécurisé, aimer, s'attacher)
- les besoins cognitifs sensoriels et intellectuels (sentir, toucher et expérimenter)

Il faut donc adapter la méthode et le type de distraction à chaque enfant. Pour ce faire, il faut choisir le support distrayant avec l'enfant et/ou son parent selon son âge, son développement, le soin à réaliser mais aussi en fonction de ses goûts et ses envies. (cf annexe VI)

La façon dont le soignant va amener la distraction à l'enfant peut aussi favoriser son adhésion.

3.2.2) Le déroulé dans les règles de l'art

En effet, en amont du soin, il est très important de prendre un temps avec l'enfant et ses parents pour leur expliquer le soin, d'installer un environnement propice à la distraction et de débiter la distraction avant le soin. Cela permet la relation de confiance.

Tout commence par organiser la distraction : définir le rôle de chacun, la place physique de chaque personne (où s'assoient les parents, l'aide soignant, l'auxiliaire puéricultrice, l'infirmier, etc.), déterminer les personnes qui s'occuperont plus spécifiquement de la distraction et ceux du soin.

Dans l'idéal une tierce personne doit être totalement disponible pour occuper l'enfant et évaluer l'absence de signe de douleur ou d'anxiété. Celle-ci peut être un professionnel ou un parent.

Pendant le soin, le vocabulaire doit être recherché. C'est important car l'attitude et les mots choisis peuvent influencer le vécu de l'enfant tout comme les mots des parents : des mots négatifs ou une réassurance exagérée peuvent déstabiliser l'enfant et lui évoquer que son parent est inquiet, et à son tour l'être.

Enfin, la participation active des parents est recherchée, car ils se sentent acteurs du soin et cela diminue l'appréhension et celle de leur enfant.

Et pour finir, tout au long et une fois le soin fini, il est primordial que l'enfant soit félicité par les soignants mais aussi par les parents, envers l'attitude qu'il a eu lors du soin.

La distraction est donc importante pour le bien être des enfants mais elle l'est également pour les soignants.

3.3) L'importance de la distraction pour les soignants

Comme annoncé ci- dessus, la distraction est un véritable moteur pour les soignants. L'hospitalisation est une rupture avec le quotidien, elle génère une source d'anxiété pour l'enfant et les parents, etc.

On a pu aussi voir que la distraction était un moyen antalgique et utile sur un soin anxiogène. En effet selon l'étude du CHU de Rouen en rapport avec l'utilisation de la distraction lors de soins douloureux :

- 92% des soins avec distraction se déroule sans aucune douleur ni angoisse
- 12% des enfants montrent des signes d'appréhension avant soin
- 8% des enfants n'ont pas adhéré à la distraction

Alors, en utilisant la distraction, les soignants ont un ressenti positif car ils ont le sentiment d'être vecteur de moins de souffrance.

Cette technique accompagne donc les valeurs du soignant, et permet ainsi de diminuer la culpabilité du soignant car en l'utilisant, la majorité des soins se passe sans douleur ni anxiété.

Enfin pour finir, les soignants portent une importance à cette technique car un soin difficile à vivre pour un enfant et ses parents peut avoir des répercussions sur le long terme et compliquer leurs relations avec le monde médical. Et donc la prise en charge deviendra de plus en plus compliquée.

C'est pour cela que la question de l'utilité d'une formation à la distraction se pose. La distraction à l'enfant n'est pas innée, c'est quelque chose qui s'acquiert. Et chaque soignant est plus ou moins à l'aise avec celle-ci.

3.4) Formation à la distraction

Il existe donc quelques formations en France dont une formation à la distraction et à l'initiation à l'hypno-analgésie que l'hôpital Armand-Trousseau (Paris) entreprend. Elle s'inscrit dans une politique ancienne de lutte contre la douleur de l'enfant.

Les objectifs de la formation sont d'améliorer l'analgésie et de limiter la contention lors des soins en renforçant la communication positive, en développant la pratique de la distraction et en initiant les professionnels à l'hypno-analgésie.

C'est une formation de 3 jours : la 1^{ère} journée est consacrée à la distraction tandis que la 2^{ème} et 3^{ème} journée à l'hypno-analgésie. La formation propose des supports théoriques de courte durée (20 à 30 minutes) en alternance avec des exercices pratiques et des vidéos tout au long de la session. Ce qui permet de participer à une formation interactive.

De plus il existe aussi une association : l'association "Sparadrap" qui apporte une aide essentielle aux soignants grâce à la création de guides et de fiches d'informations conçues spécialement pour réussir à expliquer les soins aux enfants et à leurs parents.

III- Dispositif méthodologique du recueil de données

Afin d'obtenir un recueil de données pour la continuité de mon travail, j'ai établi un guide d'entretien (annexe I) qui me servira de support lorsque je réaliserai mes entretiens (retranscription : annexe II et III). J'oriente mon choix vers des entretiens semi-directifs car ils permettent d'orienter en partie le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable et donc de conserver un cadre par rapport au sujet traité, tout en laissant à la personne interrogée le choix de s'exprimer librement sur ses ressentis, son vécu et sa perception des choses.

Mon objectif global est d'approfondir les concepts que j'expose dans mon cadre théorique afin de mieux comprendre l'intérêt de mettre en place des distractions à disposition des enfants lors des soins et par la suite de mettre en avant le rôle qu'a l'infirmier-ère dans ce cadre là. Pour cela j'ai pu m'appuyer sur divers objectifs d'entretien (Annexe I).

J'ai fait le choix d'interroger deux infirmier-ère-s travaillant en pédiatrie (spécialisé-e-s ou non), car le sujet de mon MIRS concerne le soin à l'enfant. J'ai donc fait le choix de ne pas fermer la porte et de laisser aussi la possibilité aux infirmier-ère-s de soins généraux, tout autant que les puéricultrices de s'exprimer sur le sujet car dans les services de pédiatrie IDE et PDE sont présents. En effet, les soins potentiellement douloureux ou anxiogènes sont l'essence même du travail infirmier au quotidien. Cela concerne tous les professionnels soignants et tout le monde peut y être confronté.

Afin de prendre contact avec ce type de profil, j'ai envoyé un mail auprès de mon ancien tuteur de stage du semestre 5, en chirurgie pédiatrique. J'ai également transmis un mail à un autre service de pédiatrie (urgences pédiatriques). Auquel je n'ai pas eu de retour. En parallèle j'avais envoyé un mail à une infirmière puéricultrice référente douleur au sein de l'hôpital pédiatrique, qui a pu me

consacrer du temps libre pour réaliser un entretien. N'ayant qu'un entretien de prévu, j'ai donc pris l'initiative de me rendre sur le lieu de l'hôpital pédiatrique où j'ai pu échanger avec l'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences. Après un court échange, elle a pu me proposer un rendez-vous téléphonique le lendemain.

Concernant le lieu de rendez-vous j'ai fait en sorte de me rendre la plus disponible et adaptable possible. En effet, ayant des difficultés à trouver des professionnels pouvant me consacrer du temps pour un entretien, la date de remise du MIRSI approchait et donc selon ce qui arrangeait le/la professionnel(le), m'arrangeait également. Pour mes deux entretiens, l'un s'est passé via un appel téléphonique, l'autre s'est passé en visio. J'étais donc dans une pièce de mon appartement, au calme, avec la porte fermée, à l'abri de toutes distractions, de tous bruits pouvant être dérangeants. Au bout du téléphone les infirmières étaient également dans un endroit calme. Nous n'avons été en aucun cas dérangées ni interrompues.

Les entretiens ont été enregistrés en double exemplaires grâce aux enregistreurs vocaux de téléphones portables.

Le public qui a été interrogé était deux infirmières puéricultrices avec deux parcours différents, voici leur présentation : (PDE 1) "Je m'appelle ..., j'ai 43 ans. Je suis infirmière depuis 18 ans et suite à ça j'ai exercé chez les adultes pendant 4 ans et je suis rentrée à l'école de puéricultrice en 2010 et je suis donc diplômée depuis septembre 2010 et depuis 2011 je travaille aux urgences pédiatriques. Initialement de nuit, j'ai basculé de jour il y a bientôt 3 ans". (PDE 2) "Je m'appelle ..., je suis infirmière puéricultrice ressource douleur, j'ai un parcours plutôt de pratique dans les services de cancérologie au départ adulte et puis après une expérience de 10 ans en cancérologie pédiatrique en tant que puéricultrice. Je me suis formée à la douleur en passant un DU douleur. Et après, dans la prise en charge de la douleur, je me suis particulièrement intéressée aux techniques non médicamenteuses. Fin je me suis aussi intéressée à d'autres choses mais entre autres aux techniques non médicamenteuses dans le cadre du rôle propre de l'infirmière. Et donc je me suis formée aux techniques d'hypno-analgésie et à l'auto-hypnose. Et ensuite, j'ai fait également une formation en hypnose et douleur chronique et j'ai ensuite passé un DU de thérapie cognitivo-comportementale dans la douleur chronique et actuellement j'exerce au sein du Centre de la douleur pédiatrique à mi-temps avec un rôle d'évaluation de la douleur, de mise en place de stratégies antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Médicamenteuse en collaboration avec les médecins. Suivis des enfants, accompagnements des familles, coordination de la mise en place des stratégies antalgiques avec le milieu scolaire et puis j'ai un temps de 30% sur une activité CLUD qui est le comité de lutte contre la douleur. Qui est obligatoire dans chaque établissement de santé. Et qui définit la stratégie politique au regard des recommandations scientifiques de stratégies de douleur

au niveau du CLUD avec une grosse partie gestion documentaire, aide à la rédaction de protocoles, mise à jour des protocoles dans les services, accompagnement des équipes dans des situations complexes. Et puis une grosse partie formation des équipes dans le cadre de la formation continue et dans le cadre de la formation initiale avec le PFPS.”

À posteriori des entretiens, j’ai pu relever quelques points positifs, les limites et les difficultés au déroulement de mes entretiens.

Tout d’abord, concernant les limites de mes entretiens lorsque je les ai analysés, je me suis demandée si certaines questions avaient été bien comprises et si l’utilisation de plus de questions de relances auraient pu être nécessaires pour comprendre le bon sens de ma question. Enfin, je me suis rendue compte que les questions de mon questionnaire étaient plus portées sur les deux dernières parties de mon cadre théorique, soit la douleur et la distraction à l’enfant mais que la première partie qui est “les soins en pédiatrie”, donc tout ce qui concerne le développement de l’enfant, la prise en soin à l’hôpital, l’enfant un public fragile, etc, avait plutôt été abordé en légèreté. Ce qui a pu être positif, c’est le temps de mes deux entretiens. En effet, tous deux ont eu, à peu près la même durée (26 minutes) et (24 minutes). En effet cela correspond au temps prévu pour réaliser un entretien (environ 30 minutes). De manière générale, je pense tout de même que les entretiens ont été fluides. Les infirmières ont répondu de façon claire et posée. Dans la continuité, il convient de présenter une analyse descriptive de ces deux entretiens dont une partie fait référence à un tableau (annexe IV).

IV- Analyse descriptive des entretiens

Pour réaliser cette analyse, nous nous appuyerons sur un tableau (annexe IV) où les données sont organisées selon des objectifs visés, puis regroupées selon les thèmes abordés. Afin de favoriser la clarté et la logique de mes propos, nous nommerons l’infirmière puéricultrice des urgences : Clara et l’infirmière puéricultrice référente douleur : Sabine. De plus, l’analyse sera exposée dans le même ordre que le cadre conceptuel en reprenant les trois notions principales de celui-ci, en les organisant au regard des objectifs posés.

1- La prise en soin en pédiatrie

Déceler les difficultés en lien avec les fragilités de l’enfant auxquelles il peut être confronté au cours d’une prise en soin en lieu hospitalier

La première question était tournée autour de l’anxiété. En effet, Clara et Sabine sont assez d’accord entre elles pour dire que l’anxiété dépend de l’âge et du contexte. Clara, nous dit que ça peut

dépendre "d'une expérience passée", "d'un mauvais souvenir", "d'une représentation de soin(...) sans en avoir de connaissance précise", "et puis c'est aussi l'inconnu". Pour Sabine, l'anxiété peut apparaître à différents moments, "pendant les soins" ou bien "au moment de la séparation parentale". En effet Clara notifie également la notion des parents, elle nous dit que : "l'anxiété que peuvent transmettre les parents" mais ajoute également que les parents : "c'est un vrai plus de les avoir avec nous", "ils vont apaiser l'enfant".

2- La douleur

Déceler les difficultés auxquelles il/elle peut être confronté au cours d'une prise en soin, notamment lors d'un soin douloureux

Clara commence par évoquer qu'il faut savoir faire la balance entre les bénéfiques et les risques "c'est l'équilibre bénéfiques/risques". Elle énonce en premier lieu une difficulté : le temps. Elle dit que dans sa situation, soit aux urgences, elle et ses collègues sont "obligés d'agir vite", "la priorité c'est l'urgence vitale et pas la prise en charge de la douleur" et qu'entre autre "on ne peut pas prendre en charge complètement la douleur", qu'il faut "prioriser la situation". En deuxième lieu, elle nomme une autre difficulté : les parents. Elle nous dit par là que ce qui est également compliqué dans la prise en charge d'un soin douloureux, "c'est l'accompagnement de parents", "ils peuvent être très aidants, et peuvent être aussi un frein". Notamment, elle identifie que les parents qui peuvent être un frein sont ceux "qui essayent de le reconnecter à la situation" par des paroles telles que "attention l'infirmière va faire la piqûre" ou bien par "attention ça va faire mal". Effectivement elle insiste sur le fait que "anticiper et utiliser des mots négatifs ça influe sur la douleur et sur la sensation de douleur". Et elle finit par évoquer que la confiance joue un grand rôle dans la prise en charge d'un soin douloureux. Quant à Sabine, elle commence à définir la douleur : "dans la douleur, il y a quatre composantes : sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale". Pour elle, les difficultés qu'elle identifie lors d'un soin douloureux sont "multiples", cela va encore dépendre de l'âge de l'enfant et du contexte, mais surtout "de la mémorisation des expériences antérieures de la douleur". Selon les expériences antérieures de la douleur, "l'anxiété va être majorée" et donc l'enfant va faire une "anticipation anxieuse". Elle évoque que l'importance du rôle de l'infirmier en pédiatrie c'est : "avoir des actions", "s'améliorer autour du confort et des émotions" et donc se poser à soi même les questions suivantes : "comment-est-ce que je suis présent pour l'enfant pendant le soin ?" ou "Qu'est ce que je souhaite que l'enfant mémorise de ce soin ?"

Cherche à comparer douleur et anxiété les similitudes/différences

Identifier les définitions de douleurs et anxiété.

Cherche à trouver les techniques à visée antalgique que le professionnel connaît/ utilise

En ce qui concerne les différences entre douleur et anxiété, Clara fait une différence entre les deux tout en disant qu'ils sont étroitement liés. Premièrement elle énonce que c'est subjectif, "c'est juste notre ressenti", mais donne tout de même un exemple pour les identifier : "C'est par exemple quand on va aller sur une suture et qu'on se rend compte que l'enfant est dans le même état au début, à la fin, au moment de la suture(...) parce qu'en fait on sait ce qui est douloureux c'est de passer l'aiguille et quand on voit que l'enfant ne réagit pas plus à ce moment là, on a plutôt tendance à se dire que c'est l'anxiété qui joue". Tandis que Sabine ne fait pas tant de différence. Elle dit "la douleur a quatre composantes, et donc l'anxiété ça va être la composante émotionnelle de la douleur", "c'est une interprétation", "c'est un peu comme une illusion de vouloir séparer douleur et anxiété". Elle informe que "dans la mémoire la composante qui est la plus ancrée, c'est la composante émotionnelle de la douleur" et donc que l'enfant va plus se rappeler du contexte du soin plutôt que du soin en lui-même.

Pour pallier la douleur, les différentes méthodes évoquées par Clara sont par exemple : "le MEOPA", "la distraction", "la relaxation", "la respiration", "l'hypno-distraction avec des histoires qui lient le corps et l'esprit".

Sabine nomme en premier lieu des méthodes du rôle propre comme : "l'évaluation", et d'autres méthodes pour chaque composante, comme par exemple, pour la composante cognitive : "information en amont du soin", "pas pendant le soin". Pour la composante sensorielle, de la "contre stimulation". Pour la composante comportementale : "installation de l'enfant", "l'installation du parent, "le plus en sécurité, "dans les bras de ses parents". Et enfin pour la composante émotionnelle, de la "distraction". En ce qui concerne le rôle prescrit de l'infirmier pour pallier la douleur, elle nous parle des techniques médicamenteuses : les antalgiques, les prémédications.

3- La distraction, un outil indispensable aux soins

Permet de cibler le sujet du mémoire

Savoir les connaissances que l'IDE a autour de cette technique

Identifier la définition

Premièrement la distraction a été définie par Clara comme une technique permettant de "distraire l'enfant pour l'aider à penser à autre chose", "l'éloigner du soin douloureux", "on essaye de le faire s'évader", "penser à autre chose" grâce à différents outils comme : "par le chant", "des histoires", "parler de la vie de l'enfant, "un petit élément accrocheur", "la concentration", "la fixation", "la musique". Quant à Sabine, elle définit la distraction, en nous disant qu'elle sert à : "focaliser son attention sur des stimulations sensorielles agréables et confortables", "on va intervenir sur la composante émotionnelle". La distraction va permettre une "mémorisation de façon positive", par

une "sollicitation soit d'un des sens : visuel, auditif, perception tactile, olfactif ou gustatif", ou bien une "stimulation multisensorielles". Les outils utilisés pour réaliser la distraction seront donc pour elle : "un jeu", "un objet comme le kaléidoscope", "ronds lumineux giratoires", "une histoire", "les cherche et trouve", des "activités numériques" comme des jeux sur la tablette ou bien l'utilisation de casques de réalité virtuelle.

Amener l'IDE à expliquer comment elle utilise la distraction, ce qu'elle met en place, etc..
Identifier le résultats finaux de la distraction

Ensuite, Clara présente l'objectif de la distraction en disant que l'objectif est atteint lorsque "l'enfant adhère à la distraction", "il nous suit". Par exemple "quand à la fin de la distraction l'enfant regrette que la distraction soit terminée" et peut dire "ah c'est déjà fini ?", "oh nan c'était trop bien, encore", "oh t'as déjà piqué, t'as déjà fait ? Ah mais j'ai pas senti", etc. Et au contraire, la distraction peut aussi ne pas fonctionner : "il s'agite", "ça arrive qu'il nous suive pas du tout", et dans ce cas là elle n'insiste pas au-delà de 5 minutes car "c'est contre productif". Pour réussir au mieux la distraction elle dit qu' "il faut le connaître", savoir "ces choses qu'il aime", et c'est de s'informer "avant le soin", "se saisir de ce qu'on a eu avant", "et en fait on rebondit là dessus quand on y retourne".

Pour Sabine, l'objectif de la distraction correspond au vécu de l'enfant et de sa famille : "ce qui est important c'est le vécu de l'expérience de l'enfant et de ses parents", il faut que l'enfant soit le plus confortable possible, et le but de la distraction n'est pas une douleur égale à zéro, "intégration cortical des messages nociceptifs, ne va pas forcément être égale à zéro". Ainsi pour cette infirmière puéricultrice ce qui va permettre l'efficacité de la distraction sera le type utilisé : "une distraction active c'est plus efficace qu'une distraction passive" mais aussi en fonction du soignant : "c'est mieux quand il y a des soignants formés". Par la suite grâce à cela, elle nous dit que la distraction devient donc un outil pour l'enfant puisqu'il pourra "identifier des stratégies qui lui permettent de faire face à des situations compliquées", il "saura s'en réserver la prochaine fois", et les enfants pourront donc être "acteurs de leur stratégie de coping".

recherche à savoir si la distraction est encore peu utilisée ou si au contraire elle a une place importante pour les équipes

La place qu'à la distraction selon Clara pour les soignants est "un réel outil de travail", en effet elle énonce qu'aujourd'hui, les soignants ne peuvent pas faire l'ignorer : sans, "on travaille dans de moins bonnes conditions", elle donne un exemple et dit : "ceux qui viennent de chez l'adulte et qui font comme chez l'adulte, c'est un carnage", sans distraction "ça ne se passe pas bien du tout ni pour l'enfant ni pour les parents". Or elle pense que l'enfant et les parents n'ont pas conscience de la distraction lors des prises en soin, elle dit : "avoir l'impression que ça les saoulent", que les parents,

eux “veulent parler du moment présent” et qu’ ”il y a de la méconnaissance sur ça”.

Sabine nous parle essentiellement de la place qu'a la distraction pour les soignants. Elle nous dit que c'est “la base de tous les soins”, “place centrale”, “c'est au centre de la douleur les techniques de distraction”. Et ce quelque soit la douleur : “dans la douleur liée au soin, la douleur aiguë et en douleur chronique”. Et que par la suite “ça ne sert à rien d'aller faire une escalade thérapeutique médicamenteuse si on n'a pas mis en place la distraction”.

Se renseigner si les formations sont faciles d'accès

Si les IDE ont pu en avoir recours

Au niveau de l'accès aux formations à la distraction, Clara nous informe que c'est “très difficile d'en avoir”. Elle dit qu'il existe des formations institutionnelles de trois jours, mais surtout des formations à l'hôpital, c'est surtout des transmissions de connaissances : “transmission au sein de l'équipe”, “on apprend avec les collègues”, “sur le terrain”, “ce qui nous fait apprendre et peaufiner notre technique c'est l'expérience”.

Sabine, nous informe également qu'il y a à dispositions des formations institutionnelles, c'est-à-dire à l'extérieur de l'hôpital, par exemple avec l'association SPARADRAPS mais aussi des formations au sein de l'hôpital. En effet, elle me transmet le fait que chaque année il y a des thématiques autour de la douleur et que cette année celle-là est portée sur des ateliers dont le thème est la distraction. Ces ateliers sont ouverts aux référents douleurs qui eux-mêmes par la suite refont ces ateliers dans le service où ils exercent afin de sensibiliser leurs collègues. Elle ajoute qu'il est important que la distraction soit uniformisée : “c'est important que tous les enfants aient la même chance de distraction” et “pas soignant indépendant”. Pour cela, des outils sont accessibles pour tous les soignants qui ont intranet en ce qui concerne la distraction.

V- Analyse interprétative et discussion

Suite à l'analyse descriptive des entretiens, je vais donc pouvoir passer à l'analyse interprétative accompagnée d'une discussion. Afin de conserver la même suite logique, cette partie sera développée également en fonction de mon cadre conceptuel, en reprenant les trois grandes parties de celui-ci. Avant de commencer je tiens également à faire un rappel sur la question de départ qui est : “*En pédiatrie, dans quelles mesures les distractions mises en place par l'IDE influencent-elles le ressenti de l'enfant à l'approche d'un soin potentiellement douloureux ?*”

1- les soins en pédiatrie

Tout d'abord, dans mon cadre conceptuel j'ai pu aborder la notion de "l'enfant, un public fragile". Effectivement, comme le dit Monique Formarier dans le livre "l'enfant hospitalisé au cœur des soins infirmiers" (P.17) : toute séparation d'avec la mère pendant la petite enfance est une phase douloureuse pour l'enfant. Il vit un sentiment d'abandon qui lui est insupportable". De plus Spitz énonce le fait qu'il a pu observer également des manifestations d'angoisse lorsque la mère disparaît. Nous pouvons faire un lien avec ce qui a été dit lors des entretiens, en effet, lorsque les infirmières puéricultrices évoquent les difficultés, les fragilités de l'enfant auxquelles elles ont pu être confrontées lors d'une prise en soin en milieu hospitalier les deux expriment que l'anxiété a un lien avec les parents. Sabine a pu dire que l'anxiété pouvait apparaître "au moment de la séparation parentale" et Clara a pu compléter en disant que "c'est un vrai plus de les avoir avec nous", "ils vont apaiser l'enfant". Par ces phrases on peut donc remarquer qu'effectivement l'enfant en pédiatrie est encore dépendant de ses parents. Effectivement, lors de mon stage en chirurgie pédiatrique, j'ai pu être spectatrice à plusieurs moments de cette dépendance, lorsque les parents descendent prendre un café, à manger, s'aérer l'esprit dehors. Dans ces rares moments-là, certains enfants se mettent en détresse, pleurent, crient pour appeler leurs parents.

D'autre part, le développement de l'enfant, qu'il soit moteur, cognitif ou socio-affectif, a été évoqué dans mon cadre conceptuel car il est une partie importante dans la prise en soin d'un enfant en pédiatrie. Aucune donnée n'a été réellement abordée lors de mes entretiens avec les professionnelles mais je peux apporter le fait qu'à plusieurs reprises, les infirmières puéricultrices pouvaient dire "ça dépend de l'âge" et ce dans nombreuses réponses, que ça soit en rapport à la douleur, ou à la distraction. Ce que j'entends moi, par ça dépend de l'âge, c'est faire référence au développement de l'enfant, en effet un enfant de 3 ans n'a pas le même développement moteur, cognitif ou socio-affectif qu'un enfant de 6 ans comme nous avons pu le voir auparavant. Et donc la prise en charge sera différente.

2- La douleur

En ce qui concerne la douleur, elle est définie par l'IASP comme "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes". Et l'anxiété est décrite par l'OMS comme "un sentiment de danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi voire d'anéantissement".

Quand on parle de douleur, certaines zones sont stimulées pour traiter l'information, comme les zones des émotions, les zones sensorielles, les zones de mémorisation et d'anticipation ou bien les

zones motrices. Ce qui correspond aux différentes composantes de la douleur. En effet Sabine identifie bien ces quatre composantes et ajoute que les difficultés rencontrées lors d'un soin douloureux "dépend surtout de la mémorisation antérieure de la douleur", elle parle également d'anticipation anxieuse, du fait que l'anxiété va être majorée, et que dans la mémoire, la composante qui est la plus ancrée, c'est la composante émotionnelle de la douleur. De mon expérience personnelle, il est vrai que lorsque l'on a vécu auparavant une situation traumatisante le mécanisme automatique s'est de se remémorer cette situation qu'on a mal vécue et de se dire : "ça se trouve ça va se passer de la même manière" et donc on est dans un état d'anxiété car on anticipe.

Il est donc très difficile de différencier douleur et angoisse, certains infirmiers le font d'autres non. En effet, elles sont étroitement liées. Dans le manuel "prise en charge de la douleur" (2018) une différence est faite, la douleur renverrait plutôt au corporel alors que la souffrance au psychique. Alors que Sabine insiste bien sur le fait que la douleur a quatre composantes, sensorielle, cognitive, comportementale et émotionnelle et que par conséquent l'anxiété correspond à la composante émotionnelle. De ce point de vue, j'interprète donc que la douleur ne correspond pas seulement à avoir mal physiquement et que l'anxiété correspond à de la douleur morale. Et donc quand on dit "douleur" c'est une douleur globale, générale et en tant que soignant il est important de ne pas avoir en tête seulement la douleur physique et de prendre en compte au maximum la totalité des composantes.

La prise en soin de la douleur par l'infirmière est écrite dans de nombreux textes de loi, en effet selon la loi du 4 mars 2002 "toutes personnes a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance". Et avant de la prendre en charge il faut savoir l'identifier, l'évaluer. Premièrement on va observer le patient, observer la clinique mais on va également évaluer son propre ressenti car comme dit Clara "c'est subjectif". Comme développé dans mon cadre conceptuel, il existe de multiples échelles pour évaluer la douleur chez l'enfant. Une fois l'évaluation de la douleur effectuée, on va adapter les méthodes afin de pallier celle-ci. Les PDE ont exprimé plusieurs méthodes tant du rôle propre que du rôle prescrit. Comme "la distraction", "la relaxation", "la respiration", "l'hypno-distraktion" (Clara). Tandis que Sabine structure toujours en fonction des différentes composantes et nomme des méthodes pour chacune d'elles. De la contre stimulation pour la composante sensorielle, l'installation de l'enfant pour la comportementale, l'information pour la composante cognitive et enfin de la distraction concernant la composante émotionnelle.

Enfin il y a aussi ce qui est du rôle prescrit avec les techniques médicamenteuses, telles que les antalgiques, le MEOPA, etc. Toutes ces méthodes vont jouer un rôle afin de réduire un maximum la sensation de douleur. Lors de mes stages j'ai pu utiliser de nombreuses échelles pour évaluer la douleur, et notamment des échelles de la douleur adaptées en pédiatrie lors d'un de mes stages. J'ai

beaucoup utilisé l'EVENDOL, la FLACC comme échelle d'hétéro-évaluation. Pour les échelles d'auto-évaluation j'utilisais aussi beaucoup l'EVA et l'EN. Il m'arrive quelquefois d'utiliser l'EDIN pour les nouveau-nés et l'échelle de SAN SALVADOR pour les enfants porteurs de polyhandicap avec la collaboration des parents. Ce qui est dit par les infirmières puéricultrices est la réalité du terrain. On utilise beaucoup le MEOPA, j'en ai aussi beaucoup vu en stage, et pour ce qui est du rôle propre. J'ai pu assister et participer à de nombreuses distractions que ce soit par le numérique, par la chanson, par les jeux comme le "cherche et trouve", l'utilisation de doudou marionnettes, etc.

3- la distraction

D'après l'article "la distraction lors des soins douloureux en pédiatrie", la distraction est définie comme une méthode non pharmacologique ayant une visée antalgique grâce à l'utilisation d'un support distrayant afin de détourner l'attention des soignants.

Pour les soignants l'objectif est le même. Pour Clara, la distraction c'est "distraire l'enfant pour l'aider à penser à autre chose". Pour Sabine c'est "focaliser son attention sur des stimulations sensorielles agréables et confortables". Quand on parle de support distrayant, il y a la distraction active et la distraction passive. En effet la distraction active c'est lorsque l'enfant interagit, participe, par exemple avec un jeu, des bulles, etc. Tandis qu'on peut également distraire un enfant de manière passive, et dans ce cas là, on peut utiliser un film, lui faire écouter de la musique ou une histoire. Les IPDE nous donnent des exemples de distraction, l'une cite le chant, les histoires, parler de sa vie avec lui, utiliser la concentration, la fixation, la musique, etc. Et la deuxième, cite : un jeu, un objet comme le kaléidoscope, des ronds lumineux giratoires, une histoire, le jeu "cherche et trouve" ou bien des activités numériques. De ma propre expérience, lorsque l'on parlait de distraction c'était effectivement dans ce même but, essayer de distraire l'enfant afin qu'il ne pense pas au soin que nous sommes en train de lui prodiguer et ainsi avoir un meilleur vécu pour l'enfant mais également pour les soignants. Ces distractions, de mon point de vue, peuvent être adaptées et pour certaines peuvent être utilisées de manière active ou passive. Par exemple, je peux décider de chanter une chanson à un enfant, ça sera alors de la distraction passive, par contre si j'incite l'enfant à chanter avec moi, l'enfant participe et cela devient donc de la distraction active. De même lorsque Sabine ajoute "une distraction active c'est plus efficace qu'une distraction passive".

Ainsi, une distraction ne se fait pas n'importe comment, selon Céline Bouchard, il faut adapter la méthode et le type de distraction à chaque enfant, en fonction des besoins de celui-ci et de son développement, du soin à réaliser mais aussi en fonction de ses goûts et de ses envies. En effet comme le disent les deux infirmières puéricultrices : "il faut le connaître", "les choses qu'il aime" (Clara); "on informe de façon adaptée à son niveau de langage, à son développement psychomoteur

et cognitif”, “adapté à son âge, à son contexte de soin, à lui même”, “aller vers les ressources de l’enfant”, “à ses intérêts, ses goûts” (Sabine). De ce fait, il faut donc adapter la distraction à l’enfant mais il faut également prendre du temps en amont du soin, prendre un temps avec l’enfant et ses parents, c’est avant le soin que la distraction commence. Et comme le dit Clara, c’est “avant le soin”, “se saisir de ce qu’on a eu avant”, “et en fait on rebondit là dessus quand on y retourne”.

Pour mettre toutes les chances de son côté afin que l’enfant adhère à celle-ci, il faut également choisir ses mots, car l’utilisation de mots négatifs ou une réassurance exagérée peut déstabiliser l’enfant. C’est là qu’on en revient à la première partie du cadre théorique en rapport avec l’anxiété où Clara disait que l’anxiété pouvait être transmise par les parents et qu’utiliser des mots négatifs influe sur la douleur et sur la sensation de douleur. Ainsi toutes ces actions ne favorisent pas l’adhérence de l’enfant à la distraction. Et donc il est aussi possible que l’enfant n’adhère pas à la distraction. Clara nous livre que quand cela arrive l’enfant s’agite, et qu’elle n’insiste pas au-delà de 5 minutes car c’est contre productif. En effet, j’ai pu voir lors de mes stages que lorsque cela se produit, soit on continue contre le gré de l’enfant si cela nécessite un soin important, où revient toute la question de la prise en soin de la douleur dans des situations d’urgence et du consentement. Ou alors, si cela est possible de revenir ultérieurement faire le soin. Mais donc, que représente une distraction réussite selon les soignants ? Selon l’étude du CHU de Rouen, la distraction est donc un moyen antalgique et utile pour les soins anxiogènes. Et de cette étude, 92% des soins avec distraction se déroulent sans aucune douleur ni angoisse. Et ce qui ressort des mes entretiens, ce qui correspond à une distraction “réussite”, pour l’une c’est lorsque l’enfant regrette que la distraction soit terminée, quand l’enfant peut dire “ah c’est déjà fini” ou bien “oh t’as déjà piqué, mais j’ai pas senti”. Et pour l’autre c’est : “ce qui est important c’est le vécu de l’expérience de l’enfant et de ses parents”, “l’intégration corticale des messages nociceptifs ne va pas forcément être égale à zéro”. Donc pour l’une c’est plutôt le fait que l’enfant adhère à la distraction et n’ai pas mal, tandis que l’autre puéricultrice, ne se base pas forcément sur la douleur, mais plutôt sur le vécu. L’enfant peut avoir mal, s’il le vit bien c’est le principal. Dans la distraction beaucoup de choses sont imbriquées, et la place de la distraction est grande au sein de l’hôpital. Bien que pour une infirmière puéricultrice, les enfants et parents n’aient pas conscience de celle-ci, “il y a de la connaissance sur ça”. Celle-ci est importante puisqu’elle permet de diminuer la douleur et d’améliorer le vécu du soin et de ce fait, les futures relations avec le milieu médical. Mais elle porte également un rôle très important pour les soignants.

Effectivement comme disent les soignants du CHU de Rouen, grâce à la distraction ils ont le sentiment d’être vecteur de moins de souffrance, cela diminue le sentiment de culpabilité et donc porte une place importante dans la prise en soins des soignants. Pour Sabine, c’est “la base des tous les soins”, “c’est la place centrale”, “ça ne sert à rien d’aller faire une escalade thérapeutique

médicamenteuse si on n'a pas mis en place la distraction". En effet, d'après l'article "la distraction lors des soins douloureux en pédiatrie", il est indispensable d'associer des moyens antalgiques médicamenteux, des anxiolytiques ou bien du MEOPA. Mais pas sans avoir mis en place en amont la distraction.

Et en ce qui concerne Clara, pour elle, la distraction est un "réel outil de travail", "on ne peut pas faire sans aujourd'hui", d'elle même, elle ajoute "ceux qui viennent de chez l'adulte et qui font comme chez l'adulte, c'est un carnage". Ce à quoi, moi, je pense que la distraction chez l'adulte est tout aussi importante que chez l'enfant. Certes on a pas la même approche avec l'enfant, on l'amène différemment vers le soin mais il est indispensable d'utiliser de la distraction lors de soins douloureux chez l'adulte.

Pour finir, dans mon cadre conceptuel, j'abordais la notion de formation à la distraction. Lors de mes recherches documentaires, j'ai eu que très peu d'informations en lien à la formation à la distraction. Une des infirmières puéricultrices me livre aussi qu'il est très difficile d'en avoir. Malgré tout, il en existe tout de même que ce soit au sein de l'hôpital ou bien en institution. Le but est que la distraction soit uniformisée et que tous les enfants aient la même chance de distraction. Pour ce qui est de mon vécu, nous utilisons beaucoup la distraction lors des soins, mais je n'avais eu aucune information en amont. Comme le dit Clara "c'est sur le terrain", "ce qui nous fait peaufiner notre technique c'est l'expérience".

4- Mon questionnement de recherche

Ainsi au regard de ma question de départ qui était : ***"En pédiatrie, dans quelles mesures les distractions mises en place par l'IDE influencent-elles le ressenti de l'enfant à l'approche d'un soin potentiellement douloureux ?"***, nous avons pu voir que la distraction joue un grand rôle dans le ressenti de l'enfant lors d'un soin. Elle augmente considérablement les soins qui se passent dans de bonnes conditions. Que celui-ci soit douloureux ou non, de par le type de distraction utilisée (selon l'âge, selon les connaissances qu'a le soignant à l'enfant, si c'est une distraction active ou passive, etc.). Suivant le soignant, avoir une communication et une posture adaptées à l'enfant favorisera également l'adhésion à la distraction. Au final, il semble que la distraction va aider à procurer des soins. Elle agit sur les peurs, les émotions, l'anxiété, parce qu'elle va distraire l'enfant et focaliser son attention sur autre chose : la distraction choisie. Ainsi une nouvelle question de recherche apparaît : **En quoi les actions infirmières du rôle propre sur les émotions vont influencer le vécu de l'enfant lors d'un soin ?**

VI-Conclusion

Pour conclure mon mémoire, j'ai pu partir de deux situations différentes dans la prise en charge d'un soin douloureux ou anxiogène, qui ont amené à un résultat tout deux différent. Suite à cela j'ai vu l'importance de la distraction dans une situation et me suis posé une question de départ : ***“En pédiatrie, dans quelles mesures les distractions mises en place par l'IDE influencent-elles le ressenti de l'enfant à l'approche d'un soin potentiellement douloureux ?”*** . J'ai effectué mes recherches autour de la prise en charge de l'enfant en service de pédiatrie, de la douleur et de la distraction. Une fois mes recherches réalisées, j'ai pu construire un guide d'entretien afin d'interroger des professionnels concernant ce sujet. Par la suite, j'ai pu analyser de manière descriptive ces entretiens, puis dans un second temps j'ai fait une analyse interprétative où j'ai pu y ajouter mon avis en tant que future professionnelle.

Tout ce travail m'a permis de cheminer vers une réponse à mon questionnement de départ, mais aussi le faire évoluer, il m'a permis de me remettre en question, de ne pas prendre part d'un point de vue, d'écouter plusieurs versions différentes à la fois mais qui peuvent être bonnes toutes les deux. J'ai pu enrichir mes connaissances autour d'une population qui est la pédiatrie, autour de la douleur et toute sa prise en charge et donc de la distraction. Mais j'ai également développé de nouvelles connaissances qui devraient déboucher sur l'acquisition de nouvelles compétences que je pourrai mettre à profit dans la réalisation de mon projet professionnel qui est de devenir infirmière puéricultrice. Le fait de travailler sur la distraction m'a permis de réaliser la richesse du rôle propre infirmier dans l'accompagnement des soins douloureux ou anxiogènes. Cela m'a également permis de me projeter et sortir hors contexte de la pédiatrie afin de mesurer l'importance de la distraction chez l'adulte. Plus tard, que mon parcours professionnel se fasse dans un service de pédiatrie ou chez l'adulte je saurai me montrer vigilante et à l'écoute lors des soins et j'essaierai de trouver le plus de moyens possibles afin de pallier aux difficultés (douleur/anxiété ou autres) pendant un soin.

Au terme de cet écrit, j'ai le sentiment d'avoir eu à faire un choix dans la sélection de mes informations de mon cadre théorique notamment pour que celui-ci soit dans les normes concernant le nombre de pages. Parfois, j'ai également eu des doutes sur la direction que prenait mon travail de recherche. Toutefois, ce travail reste très enrichissant et m'a permis de travailler ma rigueur et le côté littéraire. Il fût tout de même agréable à effectuer ces recherches, d'autant plus que c'est un sujet qui me tient à cœur.

VII- Bibliographie

Ouvrage :

Formarier, M. (1984). *L'enfant hospitalisé au cœur des soins infirmiers*. Centurion.

Deldime, R, & Vermeulen, S. (2004). *Le développement psychologique de l'enfant (7ème édition)*. Boeck.

(2020). *Tout le DEAP en fiches mémos : Diplôme d'état auxiliaire de puériculture, modules 1 à 8*. Foucher.

Baudier, A. & Celeste, B. (2019) *Le développement affectif et social du jeune enfant*. Bunod.
<https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=IPeKDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=d%C3%A9veloppement+socio+affectif&ots=-0b7M4Barh&sig=SHUi-haAD3qynni0YHUtOo59BZo#v=onepage&q=d%C3%A9veloppement%20socio%20affectif&f=false>

Deymier, V. & Wrobel, J. (2000). *L'infirmière & [et] la douleur (5ème édition)*. Institut UPSA de la douleur.

Berlemont, C. & Moncayo, S. (2018). *Bien débiter - Prise en charge de la douleur*. Elsevier Masson.

Articles de périodiques :

Bouchard, C. (2016). Soins douloureux en pédiatrie, quelle place pour la distraction?. *L'aide soignante*, volume 30, numéro 174, pages 22-23.
<https://www.em-premium.com/showarticlefile/1032247/main.pdf>

Lombart, B. & Guiot, C. & Boukellal, N. & Josse, C. (2018). Se former à la distraction et à l'hypno-analgésie en pédiatrie. *Soins pédiatrie-Puériculture*, volume 39, numéro 305, pages 33-36.
<https://www.em-premium.com/showarticlefile/1258519/main.pdf>

Doumal, Y. & Duval, E. & Langlois S. (2019). La distraction lors des soins douloureux en pédiatrie. *Cahier de la puéricultrice*, volume 56, numéro 332, pages 34-38.
<https://www.em-premium.com/showarticlefile/1340483/main.pdf>

Gauderon, E. & Lafat, M. & Payon, A. (2016). La prise en charge de la douleur en Smur pédiatrique. *Soins pédiatrie-Puériculture*, volume 37, numéro 292, pages 33-35.
<https://www.em-premium.com/showarticlefile/1082007/main.pdf>

Dictionnaire :

Définition : socialisation - Dictionnaire de français Larousse. Larousse.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/socialisation/73141>

Définition : pédiatrie - Dictionnaire de français Larousse.
<https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/p%C3%A9diatrie/15223>

Définition : préhension - Dictionnaire de français Larousse.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9hension/63503>

Webographie :

GALLAND, F. & CARBAJAL, R. & COHEN-SALMON, D, [Association SPARADRAPS]. A vous de jouer! La distraction des enfants lors des soins. <https://www.youtube.com/watch?v=ANQuOI5-UNk>

GALLAND, F,[association SPARADRAPS]. Soins douloureux en pédiatrie : avec ou sans les parents. <https://www.youtube.com/watch?v=ANQuOI5-UNk>

Graber, E (2021). *Développement de l'enfant - Pédiatrie - Édition professionnelle du Manuel MSD.*
<https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/croissance-et-d%C3%A9veloppement/d%C3%A9veloppement-de-enfant>

LE CERVEAU À TOUS LES NIVEAUX!.
https://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_09/i_09_p/i_09_p_dev/i_09_p_dev.html

Sarazin, E. (2021). *La CIDE – J'ai des droits, entends-moi.* J'ai des droits, entends-moi.
https://entendsmoi.defenseurdesdroits.fr/?page_id=308

Charte européenne de l'enfant hospitalisé.
https://www.sparadrap.org/sites/default/files/inline-files/charte-illustree_2017.pdf

VIII- Annexes

I- Guide d'entretien

II- Retranscription entretien n°1

III- Retranscription entretien n°2

IV- Tableau d'analyse des entretiens

V- Charte de l'enfant hospitalisé

VI- Idées de distractions en fonction du développement de l'enfant

VII- Quatrième de couverture- résumé

I- Annexe 1 : guide d'entretien

	Questions	Objectifs
1	Pouvez-vous vous présenter en quelques lignes ainsi que votre expérience professionnelle ?	Permet d'introduire l'entretien, d'analyser les différents points de vue des professionnels selon leur expérience dans la prise en soin
3	Lors de prise en soin, vous avez sûrement rencontré des enfants anxieux. Selon vous pour quelles raisons l'anxiété apparaît lors des soins ?	Connaître l'expérience professionnel du soignant dans le soins à l'enfant Détecter les difficultés en lien avec les fragilités de l'enfant auxquelles il peut être confronté au cours d'une prise en soin en lieu hospitalier
2	Lors de prise en soin, vous avez sûrement rencontré des soins anxieux. Selon vous, pour quelles raisons l'anxiété apparaît lors des soins.	Détecter les difficultés auxquelles il/elle peut être confronté au cours d'une prise en soin, notamment lors d'un soin douloureux
3	Quelles difficultés avez-vous rencontré lors de la réalisation de soins douloureux chez un enfant ?	
4	Pouvez-vous nous parler d'anxiété et de douleur ? Quelles différences vous en faites et comment les différencier chez les enfants ?	Cherche à comparer douleur et anxiété les similitudes/différences Identifier les définitions de douleurs et anxiété.
5	Lors d'un soin anxieux et/ou douloureux, quelles méthodes mettez-vous en place pour atténuer ce ressenti ?	Cherche à trouver les techniques à visée antalgique que le professionnel connaît/ utilise
6	Si vous je dis distraction, à quoi cela correspond pour vous ? Pouvez vous me dire ce que vous en savez sur le sujet ? (définition, indications, contre indication...)	Permet de cibler le sujet du mémoire Savoir les connaissances que l'IDE a autour de cette technique Identifier la définition
7	Que représente pour vous une distraction Que représente pour vous une distraction réussite ? Et comment faire pour y arriver ?	Amener l'IDE à expliquer comment elle utilise la distraction, ce qu'elle met en place, etc.. Identifier le résultats final de la distraction
8	Quelle place a la distraction pour les enfants et pour vous les soignants ?	recherche à savoir si la distraction est encore peu utilisé ou si au contraire elle a une place importante pour les équipes
9	Et enfin avez vous pu avoir recours à des formations concernant la distraction ? ou savez vous s'il y en a à votre disposition?	Se renseigner si les formations sont faciles d'accès Si les IDE ont pu en avoir recours
10	Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?	Laisser libre choix à l'IDE d'ajouter des informations auxquelles je n'aurais pas pensé

Annexe II- Retranscription entretien n°1

Moi : Alors est-ce que tu peux te présenter en quelques lignes ainsi que ton expérience professionnelle s'il te plaît ?

IDE : Oui, pas de soucis. Alors donc je m'appelle ..., j'ai 43 ans. Je suis infirmière depuis 18 ans et suite à ça j'ai exercé chez les adultes pendant 4 ans et je suis rentrée à l'école de puéricultrice en 2010 et je suis donc diplômée depuis septembre 2010 et depuis 2011 je travaille aux urgences pédiatriques. Initialement de nuit et j'ai basculé de jour il y a bientôt 3 ans.

Moi : D'accord. Lors de prise en soin, tu as sûrement rencontré des enfants anxieux. Selon toi pour quelles raisons l'anxiété apparaît lors des soins ?

IDE : oh bah il y a plusieurs raisons à mon avis. Euuuuh, il y a tout d'abord l'anxiété que peuvent transmettre les parents. Ca c'est pour moi la grosse partie de l'anxiété de l'enfant après ça dépend de l'âge mais globalement voilà. Euh il y a également ce qui peut engendrer de l'anxiété c'est une expérience passée, qui s'est mal passée ou dont ils ont gardé un mauvais souvenir. C'est les représentations du soin qu'ils peuvent avoir par euh, des choses qu'ils ont vu à la télé, des choses que les copains ont raconté, des choses qu'ils ont entendu sans en avoir vraiment de connaissances précises. Et puis c'est aussi l'inconnu, parfois le fait de pas savoir ce qu'il va se passer ça va générer de l'angoisse. Je pense que voilà ouais, je pense que c'est ça.

Moi : D'accord, euh, quelles difficultés tu as pu rencontrer pendant la réalisation des soins douloureux chez un enfant ?

IDE : Euh, quelles difficultés ? Quelles difficultés ? Euh ce qui est difficile quand tu prends en charge un enfant en prodiguant des soins douloureux c'est euh de faire la part des choses entre, enfin l'équilibre bénéfices/risques. C'est à dire tant que possible, on évite les soins douloureux ou on fait en sorte qu'il ne le soit pas. Mais parfois la situation fait qu'on est obligé d'agir vite et de ne pas prendre... je parle dans le cadre de mon expérience aux urgences. Parfois on ne peut pas prendre, fin on a pas le temps de se permettre de prendre en charge complètement la douleur, je pense notamment à un enfant qui arrive en état de choc septique ou en déshydratation sévère qu'on a besoin de perfuser rapidement. La priorité c'est l'urgence vitale et pas la prise en charge de la douleur. Donc en fait dans ces moments là, en effet par exemple on ne met pas de crème EMLA, pas d'entonox. On y va, on fonce parce qu'on sait qu'il faut aller vite. Donc parfois ça c'est difficile parce qu'on a pas tous le même baromètre entre l'urgence et la prise en charge de la douleur. Il y en a qui vont aller plus loin que moi, je pense dans la prise en charge de la douleur. Moi je vais plutôt prioriser la situation d'urgence en fonction de la situation de l'enfant bien évidemment mais on voit tellement d'enfant se dégrader vite que on doit parfois aller au-delà du soin non-douloureux. Je ne sais pas si je suis claire dans ce que je veux dire mais euh voilà c'est savoir un moment donné, parfois malheureusement il faut faire un choix entre prendre en charge au mieux la douleur ou la situation générale de l'enfant. Ca c'est pas facile et c'est l'expérience qui fait qu'on arrive à être plus à l'aise avec ça. Et les difficultés que j'ai autrement dans la prise en charge des soins douloureux avec l'enfant c'est, ce qui est très difficile de façon générale c'est l'accompagnement des parents. Les parents peuvent être très aidants et ils peuvent être aussi un frein dans notre prise en charge. Je ne sais pas si tu veux parler du MEOPA tout à l'heure, mais le MEOPA on l'utilise énormément chez l'enfant. Le MEOPA, on essaye en fait de divertir l'enfant, de le distraire et de l'éloigner de la pièce où l'on fait les soins, on l'éloigne du soin douloureux, on essaye de le faire s'évader et régulièrement on a des parents qui essaient de la reconnecter à la situation. En utilisant des termes... euh tout ce qu'on évite, le parent il va le faire mais c'est parce qu'ils connaissent pas ce qu'on fait, ils savent pas

pourquoi on le fait et alors ça va être : “attention l’infirmière elle va faire la piqûre”, “attention ça va faire mal”, “attention...”. Voilà et tout ce qu’on ne veut pas faire parce qu’en fait on sait nous avec l’expérience que anticiper et utiliser des mots négatifs ça influe sur la douleur et sur la sensation de douleur. Mais bon voilà, limite c’est les parents qui sont pas toujours aidants et parfois au contraire c’est un vrai plus de les avoir à côté de nous. Parce qu’ils vont apaiser l’enfant, ils vont dans notre sens quoi.

Moi : D’accord, pour la suite alors est ce que tu peux me parler ducoup d’anxiété et de douleur, et quelles différences tu en fait, euh ouais quelles différences tu en fais et comment les différencier chez l’enfant. Savoir si c’est de la douleur ou plutôt de l’anxiété.

IDE : ah ça c’est une très bonne question parce que je pense qu’en effet c’est très difficile. Selon l’âge mais je parle du petit enfant, en tout cas c’est très difficile de parfois de savoir si c’est de l’anxiété ou de la douleur. Et d’ailleurs on se le dit des fois à postériori après un soin “là à mon avis il avait plus peur que mal” ou “il avait plus mal que peur”. C’est difficile, c’est complètement subjectif, quand l’enfant n’est pas en âge d’exprimer, ça c’est juste notre ressenti et ça se trouve on se plante complètement. Ce qui nous fait dire que c’est plus de l’anxiété que de la douleur c’est par exemple, quand on va aller sur un suture et qu’on se rend compte que l’enfant est dans le même état au début, à la fin, au moment de la suture ou avant et après la suture parce que enfant on sait ce qui est douloureux : c’est le moment où l’on passe l’aiguille et quand on voit que l’enfant ne réagit pas plus à ce moment là, on a plutôt tendance à se dire que c’est l’anxiété qui joue. Par contre clairement un enfant qui va se mettre à hurler lors du soin, là on va dire que c’était la douleur. Après les deux sont quand même extrêmement liés et étroitement liés et ça va de pairs et c’est pour ça qu’on utilise le MEOPA. C’est qu’en fait le MEOPA ça va aider à se détendre et le fait d’être détendu ça va rendre la douleur moins intense. Donc voilà, les deux sont imbriqués.

Moi : D’accord. Lors d’un soin anxieux et/ou douloureux, quelles méthodes tu peux mettre en place pour atténuer ce ressenti ?

IDE : Donc j’en ai donc déjà parlé, on utilise donc énormément le MEOPA mais pas que. Le MEOPA ça nous aide à distraire l’enfant. Donc en fait la base c’est la distraction. Donc en fait la distraction ça va dépendre de l’âge de l’enfant, si c’est le tout petit moi je chante énormément, beaucoup de chansons, et chez le plus grand ça va être des histoires, ça va être parler de la vie de l’enfant : les frères et soeurs, le doudou. On essaye toujours de trouver un petit élément accrocheur. Ou un t-shirt où il y a un motif particulier, un dessin, un motif de dessin animé par exemple : “oh bah moi je le connais celui-là”. Essayer de trouver quelque chose, un sujet de conversation qui va permettre à l’enfant de penser à autre chose. Et euh et alors euh donc chez certains enfants ils arrivent très bien, on a des enfants très bavards qui vont parler facilement. Et pas forcément avec le MEOPA et puis il y a d’autres enfants qui vont avoir besoin du MEOPA pour se lâcher un petit peu plus. Et d’ailleurs il y a des parents qui disent quand l’enfant est complètement détendu et qu’il commence à raconter pleins de choses rigolotes avec le MEOPA : “on ne le reconnaît pas, parce qu’il n’est pas comme ça normalement, il se lâche pas”. Donc le MEOPA ça aide à se lâcher et à parler et puis parfois on utilise aussi sans MEOPA, notamment pour une simple prise de sang chez le grand enfant, à partir de l’âge de 7/8 ans. On utilise la concentration, c’est-à-dire que par exemple on va lui coller une étiquette, tu sais les étiquettes avec le code barre et la date de naissance, nom, prénom, les étiquettes de l’hôpital là. On lui colle une étiquette sur le bout du doigt et on lui dit : “bah voilà là il y a un code barre sur ton doigt là, et bah tu vas venir lire tous les chiffres du code barre”. Alors il y en a un sacré nombre hein je pense il y en a 12 à 15 chiffres. Et donc on le fait lire les chiffres à l’endroit, à l’envers, un sur deux à l’endroit, un sur deux à l’envers, ensuite un sur trois, un sur trois à l’envers. Et en fait ça demande énormément de concentration, l’enfant il fixe l’étiquette au bout de son doigt, la main opposée de là où on fait le soin et souvent ça se passe super bien parce qu’il est hyper concentré

puisqu'on lui demande au bout d'un moment, c'est difficile un sur trois alors là il est entrain de se concentrer à se dire "je lis bien le bon chiffre ?". Et donc ducoup nous, pendant ce temps-là, on arrive à prodiguer ces soins là. Euh donc j'ai dis les chansons, les histoires, ouais je pense que c'est ça un peu près, les chansons, les histoires et la concentration, la fixation. Et parfois on fait de la relaxation également, de la respiration. Alors moi je suis pas formée pour ça mais j'ai des collègues qui le sont, un peu d'hypno-distraction avec des histoires qui lie le corps et l'esprit un petit peu. C'est-à-dire qu'on va essayer de raconter une histoire avec des sensations physiques, en lien avec l'histoire racontée. Par exemple, alors par contre j'ai pas de dons pour ça mais il y a des collègues qui le font très bien. T'emmènes l'enfant à la plage et puis l'enfant il va marcher sur des coquillages qui piquent les pieds. Et c'est à ce moment là que ta collègue, c'est souvent les auxiliaires qui racontent ces histoires là où l'enfant marche sur les coquillages qui piquent les pieds, c'est à ce moment là que toi tu vas aller faire la piqûre. Toi, t'essayes de faire un lien et en fait ducoup il ressent en effet la piqûre mais il est parti à la mer, et bah il a senti des coquillages quoi. Donc en fait c'est de, la sensation elle n'est plus aussi douloureuse si c'est un coquillage qui pique que si c'est une aiguille par une infirmière. Et donc en fait ça dépend vraiment de l'enfant. Ça peut très très bien marcher également. Je pense avoir fait le tour et parfois il y a rien aussi, il y a des enfants qui ont besoin de rien, qui ont l'habitude ou pas et que ça ne leur fait pas peur, ils ont déjà vu, ils font confiance. Parce qu'il y a aussi une question de confiance. Qu'ils n'ont besoin de rien et il ya même de très jeunes enfants qui disent : "non, non moi j'ai besoin de rien", et qui regardent et puis ils veulent bien des explications : "et qu'est-ce que tu fais". Et on essaye de les faire participer au soin, par exemple des plus grands enfants, là pareil à partir de 7/8ans et bien je vais leur donner les tubes pour une prise de sang et je vais les inviter à aller mettre le tube dans le VACU, tu sais je mets mon épicrophane, je mets mon VACU au bout et puis c'est eux qui remplissent leurs tubes. Alors ça ils aiment bien, souvent ils aiment bien, ils n'ont pas peur du soin en lui même ça marche hyper bien aussi, ils sont concentrés, ils sont acteurs du soin. Chez certains c'est un plus. Mais bon c'est quand même à la marge, c'est quand même très à la marge et ça peut marcher.

Moi : D'accord, c'est super intéressant. Et ducoup moi je voulais plutôt t'emmener vers la distraction . Ducoup tu as déjà un peu répondu à certaines choses mais si je te dis distraction, à quoi cela correspond pour toi ? Et peux-tu me dire ce que tu en sais sur le sujet ?

IDE : Alors en effet j'ai déjà dit pas mal de choses sur la distraction. Alors la distraction c'est un grand mot, qui veut peut être pas dire toujours la même chose. Il y a quelques temps on disait le mot, quand je suis arrivée aux urgences, on disait plutôt le mot "hypnose". L'hypnose c'est un terme un peu scientifique et savant qui nécessite une certaine formation que personne n'a au final ou que très peu de personnes ont. Donc en fait on a dévié, on amène à la distraction. Et la distraction ou de l'hypno-distraction, ça devient de l'hypno distraction pour les gens qui sont formés à l'hypnose et de la distraction pour les autres. En fait la distraction c'est quoi et bien c'est distraire l'enfant pour l'aider à penser à autre chose. En gros c'est ça et il n'y a pas besoin je pense de formation particulière, à la base tout le monde peut en faire et on peut en faire de façon plus ou moins poussée et de façon plus ou moins avantageuse évidemment si on est formé et si on a déjà des petites notions. Mais n'empêche que c'est accessible à tous et régulièrement on a des étudiantes infirmières ou puéricultrices ou auxiliaire de puéricultures qui le temps d'un stage en fait se mettent très à l'aise avec la distraction parce que elles se saisissent en fait des échanges avec les enfants, les parents et c'est au final pas très compliqué à partir du moment où on est à l'aise dans la relation. Il suffit en fait de se laisser aller alors quand on commence en pédiatrie, moi, je me souviens c'est quelque chose qui n'est pas facile. Je parlais de chanter tout à l'heure. Chanter devant un enfant, devant une famille et encore plus devant ses collègues c'est pas facile quand on débute, fin on est pas tous à l'aise avec ça et moi j'en faisais parti, ohlala j'avais peur de chanter faux, j'avais peur de mal chanter, que voilà, que la chanson elle était nulle parce qu'en fait on chante toujours un peu les mêmes chansons. Et au final très vite on passe au-delà de ça et on se retrouve à chanter devant n'importe qui et n'importe

quand et très facilement. En fait maintenant, aujourd'hui quand je suis à l'accueil par exemple et qu'il y a des enfants qui sont un peu agités quand il y a besoin de prendre des constantes et bah il peut y avoir du monde, devant cinquante personnes dans la salle d'attente, ça ne me dérange pas je peux chanter maintenant. Et donc en fait voilà il faut, tout ça pour vous dire quoi? Voilà, il faut, c'est... la distraction c'est quelque chose qui s'acquiert assez vite à partir du moment où on est à l'aise dans la relation. Et puis il y a pleins de types de distractions comme je te l'ai dit tout à l'heure il y a le chant, la concentration, les histoires, la musique, aussi la musique je n'en ai pas parlé tout à l'heure. C'est quelque chose que j'utilisais plus quand j'étais de nuit que de jour, avec un téléphone soit des parents, soit un téléphone d'une collègue, ou toi même, on mettait une petite musique, mélodie de détente un peu du style que tu peux avoir dans les instituts de massage etc... de spa, une musique zen. Et en fait pour des grands soins, je pense comme aux pansements de brûlures qui dure longtemps où ils sont sous morphine, MEOPA, c'est compliqué, ça dure voilà ça peut durer 1 heure/1h30. Et bien c'est quelque chose qui marche bien, la musique, cette petite mélodie redondante. Ce que j'ai oublié de dire, qui est important dans le chant, c'est, ça c'est mes collègues formés à l'hypno-distraction qui nous transmettent cette information là, c'est qu'en fait, quand on commence à chanter il faut continuer à chanter jusqu'à la fin du soin. On serait tenté de faire un petit mélange en fait pour ne pas se lasser, c'est-à-dire commencer par chanter, ensuite parler de la maîtresse, ensuite revenir à chanter, parler de dessins-animés, montrer un petit film, etc... Ah oui parce qu'il y a aussi ça l'utilisation des écrans par les parents, ça marche aussi bien. Et en fait non à priori le fait de changer de distraction ça casse l'effet positif. C'est à dire qu'en fait si tu commences à chanter une chanson, alors clairement moi avec les tout petits celle que je chante tout le temps c'est "les poissons dans l'eau". Donc en fait elle dure très peu de temps cette chanson là. Quand t'as un soin qui est long et bien t'as tendance à vouloir en chanter une autre derrière. Et c'est ce que je faisais au début d'ailleurs. Mais tu te rends compte et j'en ai fait l'expérience depuis qu'on m'a transmis ça. Tu te rends compte que quand tu changes de chanson, l'enfant réagit. C'est-à-dire que "tiens ça change de chanson", "oh celle là je l'a connaît", ou alors "c'est quoi cette chanson?", "celle là je l'aime bien" etc... Alors qu'en fait c'est pas le but recherché, le but c'est qu'ils se détendent, ils se bercent. Et en fait, tu chantes les petits poissons dans l'eau, tu chantes les petits poissons dans l'eau, à la fin éventuellement tu peux juste faire humhumhum hummm hummm, tu vois juste la mélodie si t'en as marre de chanter la chanson. Mais en tout cas tu ne casses pas cette mélodie là pour ne pas reconnecter l'enfant sur le réel. Et donc en fait ça c'est une clé aussi de la réussite c'est voilà, tu chantes sans casser la ligne que tu t'as lancé au début. Alors des fois c'est de façon intuitif, tu réfléchis pas, tu te dis pas "oh bah tiens, avec cet enfant je vais chanter les petits poissons", c'est au feeling, hop c'est sur le moment tu pars. Et des fois tu te rends compte, des fois ça m'arrive tu te dis "ohlalalala me v'la à chanter les les petits poissons et j'en ai pour 20 minutes à chanter les petits poissons" et puis au final ça se fait, quand t'as commencé faut pas changer. Donc voilà. Euh, je ne sais pas si j'ai bien résumé pour la distraction, je pense que j'ai dit à peu près ce que je voulais dire, ouais.

Moi : Ducoup peut-être qu'il y a quelques questions qui vont être un peu redondantes, mais que représente pour toi une distraction réussite et comment faire pour y arriver ?

IDE : Alors une distraction réussite c'est quand l'enfant adhère en fait à la distraction. C'est-à-dire qu'il part avec nous là où on va en chanson, en lisant une histoire...fin bref, il nous suit. Et ça arrive souvent qu'ils nous suivent pas du tout et auquel cas en tout cas moi j'arrête. C'est à dire que si l'enfant quand je commence à chanter, il s'agite, il veut sa mère, il veut le téléphone ou il veut pas, nanana, ça sert à rien en fait. C'est contre productif donc moi j'insiste pas au delà de 5 minutes si je vois que ça marche pas, ça énerve l'enfant encore plus en fait Et à quoi on voit que c'est réussi ? Bah c'est l'inverse, un enfant qui part avec nous, on lui raconte des histoires, on l'emmène à la mer. Et on l'emmène, ça j'ai déjà vu le cas : on l'emmène dans un champ, dans une prairie avec pleins de fleurs de champs et des papillons et l'enfant il va chercher les papillons avec une époussette et puis tu vois

l'enfant qui fait des mouvements avec son bras pour aller chercher les papillons donc tu vois qu'il est vraiment bien parti et ça tu dis que t'as bien réussi. Et là le truc le plus positif c'est quand à la fin de la distraction l'enfant regrette que la distraction soit terminée. Ça nous arrive souvent : "ah c'est déjà fini? oh nan je voulais encore", "oh nan c'était trop bien ,encore", "oh t'as déjà piqué, t'as déjà fait ? Ah mais j'ai pas senti". Voilà ça c'est la distraction réussite.

Moi : D'accord. Et est-ce qu'il y a des manières particulières pour y arriver?

IDE : Pour mieux réussir à accompagner l'enfant, il faut le connaître un petit peu. En fait, nous aux urgences pédiatriques, on a peu de temps pour l'enfant parce que c'est pas comme lors d'une hospitalisation où il y a un vécu, on sait comment ça se passe avec l'enfant, sa famille, etc... Aux urgences, il est en salle d'attente, ensuite on l'installe en salle d'examen, nous puéricultrices ou auxiliaires de puériculture on va le peser, on va prendre ses constantes, on va ressortir de la salle. Avant de ressortir de la salle, si on sait qu'il va avoir besoin d'entonox, euh de MEOPA et bien à ce moment là, on va présenter le masque du MEOPA, on va lui proposer de se l'approprier avec des gommettes par exemple ou un feutre parfumé, bon en a plus en ce moment mais on en avait un moment donné. Donc en fait l'enfant il joue avec le masque, il se l'approprie et puis on discute un petit peu avec l'enfant à ce moment-là. Alors on a peu de temps, il faut être honnête, on n'a pas le temps de rester une demi-heure avec l'enfant et sa famille à ce moment là mais un petit peu pour s'approprier les petites pistes dont je t'ai parlé tout à l'heure à savoir le petit dessin animé, le truc qu'il adore, la peluche, le doudou, le frère, la soeur, le chien, euh le voilà, Papi, mamie chez qui il va aller après, etc...On essaie de trouver une petite piste à ce moment là, avant le soin. Et en fait on rebondit là dessus quand on retourne une demi-heure, une heure, des fois trois heures après malheureusement avec avec le délai des urgences. On retourne pour enfin prodiguer le soin où il y aura besoin de la distraction. Et en fait il faut se saisir de ce qu'on a eu avant. Alors j'avais eu un médecin qui avait mis en place une petite fiche mais c'est pour les plus grands ou alors c'est rempli par les parents. Une petite fiche qui était à remplir en salle d'attente et sur lequel c'était un petit quizz en fait où l'enfant il disait sa couleur préférée, son odeur préférée, sa glace préférée, là où il aime aller en vacances, le nom de ses copines, sa tenue préférée, sa musique préférée, fin toutes ces choses qu'il aime. Et en fait sur un papier on avait ces éléments là et on pouvait rebondir avec ça. C'est vrai qu'on ne l'utilise pas beaucoup aujourd'hui parce que on y pense pas toujours et puis voilà on y pense pas toujours. Mais c'est un élément qui facilite la distraction mine de rien. C'est à dire que si on a des points sur lesquels on va pouvoir s'appuyer, c'est à dire que par exemple, je ne sais pas moi, un enfant il adore Mickey et toi tu veux le brancher sur Pat'patrouille qu'il déteste. Bah si tu pars sur Pat'patrouille et bien t'as tout faux quoi. Et ducoup "bah nan ça c'est trop nul" et donc tu es dans les sentiments négatifs. Alors que si d'entrée de jeu tu pars sur les choses qu'il aime et bien ça match plus rapidement et plus vite et c'est plus efficace.

Moi : Très bien, merci. Quelle place a la distraction pour les enfants et pour vous, les soignants ?

IDE : Euuuuuuuuuh, pour nous les soignants la place de la distraction c'est un réel outil de travail et c'est à dire que sans ça et bien on travaille dans de mauvaises conditions, dans de moins bonnes conditions en tout cas. Alors on ne peut pas faire sans aujourd'hui, fin personne ne peut faire sans la distraction et si on le fait sans ça peut arriver malheureusement sur des gens qui ne connaissent pas, qui viennent de chez l'adulte et qui font comme chez l'adulte, c'est un carnage en fait. C'est à dire que si on y va et POF, et on fait, et on explique rien et voilà, ça ne se passe pas bien du tout ni pour l'enfant ni pour les parents. Donc en fait c'est un outil de travail. Et pour l'enfant, je pense que l'enfant n'a pas forcément conscience de ce qu'il se passe. Et il n'a pas conscience, je ne sais pas comment dire, c'est quelque chose...et les parents non plus. C'est à dire que les parents des fois on peut avoir l'impression que ça les saoulent qu'on chante, qu'on parle. Eux ils ont envie de parler du

moment présent, de ce qu'on fait et tout ça. Il y a de la méconnaissance en fait sur ça. Et ils n'ont pas la notion de, ils ne savent pas l'importance que ça a dans notre prise en soin. Je pense.

Moi : D'accord. Et enfin as-tu pu avoir recours à des formations concernant la distraction et sais-tu s'il y en a à votre disposition, fin à disposition de l'équipe ?

IDE : Ouais, alors il y en a eu de façon institutionnelle dans l'hôpital. Aujourd'hui c'est très difficile d'en avoir. Euuuuuh clairement c'est de la transmission au sein de l'équipe quoi en fait. On apprend avec les collègues qui ont été formés et puis sur le terrain en fait. Parce que c'est quelque chose même dans une formation de trois jours ce qui nous fait apprendre et peaufiner notre technique c'est l'expérience sur le terrain. Donc oui c'est ça existe mais l'essentiel de notre évolution, de l'évolution de nos pratiques c'est sur le terrain.

Moi : D'accord, ok, très bien.

Ducoup l'entretien est donc terminé. Est ce que tu souhaites ajouter quelque chose auquel je n'aurais pas pensé dans mes questions?

IDE : Non je ne crois pas je pense que j'ai dit ce que j'avais à dire sur ce thème. Moi j'aurais juste rajouté quelque chose, si quand même par rapport à l'intitulé de ton entretien, du sujet global. C'est quelque chose qui m'a interpellé au départ mais alors après c'est peut être parce que je suis sorti du circuit scolaire depuis un moment. C'est le terme du soin anxieux où moi j'aurais plutôt dit anxiogène parce que un soin anxieux je ne sais pas trop ce que c'est, je ne sais pas si c'était anxiogène que tu voulais dire.

Moi : ah oui.

IDE : Ou alors un soin qui rend anxieux pour moi c'est un soin anxiogène. Mais un soin anxieux, ça ne me parlait pas trop. Mais voilà c'est tout juste ça mais je pense que c'est la même chose que tu voulais dire

Moi : oui c'était ça que je voulais dire.

Merci beaucoup. Je tenais à te remercier pour le temps que tu m'as accordé.

IDE : Derien. Bonne journée ducoup.

Moi : Merci, à toi aussi. Au revoir

IDE: Au revoir.

Annexe III- Retranscription entretien n°2

Moi : Premièrement pouvez-vous, vous présenter en quelques lignes ainsi que votre expérience professionnelle ?

PDE : Donc je m'appelle ..., je suis infirmière puéricultrice ressource douleur, j'ai un parcours plutôt de pratique dans les services de cancérologie au départ adulte et puis après une expérience de 10 ans en cancérologie pédiatrique en tant que puéricultrice. Je me suis formée à la douleur en passant un DU douleur. Et après dans la prise en charge de la douleur, je me suis particulièrement intéressée aux techniques non médicamenteuses. Fin je me suis aussi intéressée à d'autres choses mais entre autres aux techniques non médicamenteuses dans le cadre du rôle propre de l'infirmière. Et donc je me suis formée aux techniques d'hypno-analgésie et à l'auto-hypnose. Et ensuite, j'ai fait également une formation en hypnose et douleur chronique et euuuuuuuh j'ai ensuite passé un DU de thérapie cognitivo-comportementale dans la douleur chronique et actuellement j'exerce au sein du Centre de la douleur pédiatrique à mi-temps avec un rôle d'évaluation de la douleur, de mise en place de stratégies antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Médicamenteuse en collaboration avec les médecins. Suivi des enfants, accompagnements des familles, coordination de la mise en place des stratégies antalgiques avec le milieu scolaire et puis j'ai un temps de 30% sur une activité CLUD, qui est le comité de lutte contre la douleur. Qui est obligatoire dans chaque établissement de santé. Et qui définit la stratégie politique au regard des recommandations scientifiques de stratégies de douleur au niveau du CLUD avec une grosse partie gestion documentaire, aide à la rédaction de protocoles, mise à jour des protocoles dans les services, accompagnement des équipes dans des situations complexes. Et puis une grosse partie formation des équipes dans le cadre de la formation continue et dans le cadre de la formation initiale avec le PFPS. Voilà.

Moi : D'accord. Merci. Lors de vos prises en soin, vous avez sûrement rencontré des enfants anxieux, selon vous pour quelles raisons l'anxiété apparaît lors des soins ?

PDE : Alors l'anxiété elle apparaît à différents moments. Ça peut être pendant les soins mais ça peut être aussi à d'autres moments. En fonction de chaque enfant, ça peut être aussi au moment de la séparation parentale par exemple, lorsque les parents ne restent pas dormir ou lorsqu'ils s'absentent pour aller prendre un café ou manger. Donc l'anxiété arrive à plusieurs moments. Euh l'anxiété c'est une des composantes de la douleur, dans la douleur il y a quatre composantes : sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale. Et l'anxiété ça fait partie de la composante émotionnelle de la douleur donc effectivement, on peut la retrouver à ce moment là du soin. Humm voilà.

Moi : D'accord, quelles difficultés avez-vous rencontré lors de la réalisation de soins douloureux chez un enfant ?

PDE : Alors les difficultés peuvent être multiples. Elles dépendent et de l'âge de l'enfant et du contexte et surtout de la mémorisation des expériences antérieures de la douleur. Je pense que ce qui est, en pédiatrie en tous les cas, ce qui est majeur c'est tous les enfants qui ont des expériences de douleur et qui reviennent à l'hôpital vont avoir de l'anxiété qui va être majorée par ce qu'on appelle l'anticipation anxieuse de ce qu'il est arrivé du fait de leur expérience. Et je pense que c'est là l'un des gros pionniers, fin l'un des rôles importants des soignants en pédiatrie, c'est quand on va faire un soin, toujours se mettre dans une posture "Qu'est-ce que je souhaite que l'enfant mémorise de ce soin ?" et plus on va avoir des actions qui vont être en lien avec le contexte confortable et agréable, fin tout ce qu'on peut améliorer autour du confort et des émotions pour focaliser son attention sur quelque chose qui correspond à ces goûts, plus on va avoir une mémorisation

confortable du soin. On sait que dans la mémoire, la composante qui est la plus ancrée, c'est la composante émotionnelle de la douleur. Et donc l'enfant va plus se rappeler du contexte du soin que du soin en lui-même et donc c'est important dans le rôle soignant de focaliser tous nos efforts et notre pratique sur "comment est-ce que je suis présent à l'enfant pendant le soin ?" de manière confortable en focalisant son attention sur tout ce qui l'éloigne de la douleur et tout ce qui l'éloigne de la peur

Moi : D'accord, merci. Pouvez-vous nous parler d'anxiété et de douleur ? Quelles différences vous en faites et comment les différencier chez l'enfant ?

PDE : C'est ce que je disais tout à l'heure en fait la douleur elle a quatre composantes. Et donc l'anxiété ça va être la composante émotionnelle de la douleur. Et c'est vrai qu'il n'existe pas d'échelle qui va vous permettre d'évaluer séparément ces quatre composantes de la douleur. Et quand on fait une évaluation de la douleur, c'est une évaluation globale de la douleur et qui ne permet pas de dire dans une EVA à 8/10, j'ai 2 points de composantes sensorielle, 3 points de composantes émotionnelle, tant de point de composante cognitive et tant de point de composante comportementale. Donc euuuuh, ce qui est important ce n'est pas tant de distinguer anxiété de...alors après il y a des échelles d'anxiété qui existent hein et qui ne sont pas utilisées en pratique courante, qui sont plutôt utilisées dans des protocoles de recherche ou en consultation douleur où on a le temps, fin on a le temps, disons qu'on prend le temps de remplir différentes échelles de la douleur. Notamment une échelle qui s'appelle l'"HAD" c'est Hospital Anxiety and Depression. Et donc ça on peut remplir ces échelles là quand on est dans une consultation dédiée après quand on est dans une pratique courante au quotidien en pédiatrie c'est compliqué de, d'avoir ce temps là pour remplir les différentes échelles. Et, c'est de toute façon, l'approche doit être globale. Et on ne peut pas dire "tiens là je vais traiter l'anxiété", "tiens là je vais traiter la composante comportementale", "tiens là je vais traiter la composante cognitive". Et il faut se dire que quand on veut gérer la douleur il faut s'occuper de toute façon de ces quatre composantes là. Et que notre rôle infirmier, il va être orienté vers les quatre composantes. Et quand on fait de l'information, euuuuh, euh, quand on informe un enfant du soin, s'il on informe de façon adaptée à son niveau de langage, à son développement psychomoteur et cognitif. On va avoir une information qui ducoup diminue l'anxiété puisqu'elle va être adaptée à l'enfant. Donc on va diminuer son anxiété et on va aussi diminuer la composante sensorielle lors du soin. Quand on fait de la distraction, avec la focalisation de l'attention, on va agir à la fois sur la composante cognitive et la composante émotionnelle. Donc on va s'occuper de l'anxiété quand on fait de la distraction pendant un soin. Donc je pense que les soignants des fois, vont avoir... vont dire "ah nan, c'est plus de la peur que de la douleur", c'est une interprétation qu'ils peuvent avoir mais c'est pas parce que c'est plus de la peur que de la composante sensorielle qu'il ne faut pas s'en occuper donc de toute façon c'est un peu comme une illusion de vouloir séparer anxiété et douleur. On sait que l'anxiété c'est dans la composante émotionnelle, qu'il faut s'occuper des quatre composantes. Et ça a un intérêt de distinguer la part un petit peu de chaque composante quand on est sur une douleur complexe qui va nécessiter une prise en charge pluriprofessionnelle. Quand on est sur de la douleur liée au soin de toute façon il faut s'occuper de toutes ces composantes là. Et que nos actions de notre rôle propre, elles vont agir sur toutes les composantes. Donc je ne sais pas si ça à un intérêt, dans nos pratiques en tout les cas au quotidien de distinguer les deux et ça demande en tout les cas une évaluation qui doit être faite par des gens habitués. Et voilà.

Moi : D'accord. Et ducoup, lors d'un soin anxieux et ou douloureux, quelles méthodes mettez-vous en place pour atténuer ce ressenti ?

PDE : Bien c'est ce que je disais. Il faut avoir des techniques qui agissent sur les quatre composantes et pas que sur l'anxiété et pas que sur la composante sensorielle et quand on dit un soin anxieux et

ou douloureux de toutes façon dans la douleur, il y a la composante émotionnelle, de l'anxiété donc quand on prend en charge la douleur lié à un soin on prend en charge les quatre composantes. Et dans les quatre composantes sur la composante cognitive c'est toute la partie: information en amont du soin, on informe avant le soin et pas pendant le soin. Sur la partie sensorielle ça peut être de la contre-stimulation pendant le soin avec des balles sensorielles, avec de lababebusy, avec le massage d'une partie du corps, voilà il y a pleins de façon de faire de la contre stimulation. Sur la composante comportementale il y a l'installation de l'enfant, l'installation du parent, est-ce que l'enfant est bien installé dans un endroit où il se sent en sécurité ? Là où il se sent le plus en sécurité c'est dans les bras de ses parents. Donc en fonction du soin si l'installation est possible dans les bras du parent, ça, ça va être dans la composante comportementale. Comment on le positionne dans les bras des parents et parce qu'il sera dans les bras des parents il se sentira en sécurité et donc on va diminuer les facteurs émotionnelle qui peuvent majorer la douleur et donc ducoup on va agir sur l'anxiété à ce moment là. On va aussi utiliser la distraction, la distraction elle va permettre à l'enfant de focaliser son attention sur des activités qui sont agréables pour lui en fonction de ses goûts. Donc ça peut être de la distraction avec un jeu, ça peut être avec un objet comme le kaléidoscope, les ronds lumineux giratoire, ça peut être raconter une histoire, ça peut être de jouer avec les cherche et trouve comme "où est charlie?" et donc ducoup là on va jouer sur la composante cognitive parce que ducoup on va stimuler l'intérêt intellectuel de trouver quelque chose et en même temps son attention, elle va être focalisée et bien on va intervenir sur la composante émotionnelle. Dans la distraction il peut y avoir aussi des activités numériques, que ça soit des jeux sur la tablette, soit le casque de réalité virtuelle, qui vont avoir plutôt une fonction immersive qui peut être aussi intéressante. Mais l'idée c'est de trouver le bon outil pour cet enfant là. Et qu'il soit adapté à la fois à son âge, à son contexte de soin et puis au soin lui-même aussi, à son développement psychomoteur et à ses intérêts, ses goûts aussi. C'est surtout de rejoindre l'enfant lui avec ses ressources à lui et ne pas imposer quelque chose qui nous plait mais aller vers les ressources de l'enfant. Et donc quand on fait ça, on va agir sur les quatre composantes de la douleur. Et ça c'est primordiale pour pouvoir mémoriser de façon, de plus, le plus confortable possible le soin qui a été fait et éviter une anticipation anxieuse du prochain soin.

Moi : D'accord. Pour la prochaine question, je suis désolée si des fois il y a des petites répétitions, parce que les questions sont quand même assez liées et des fois on anticipe les questions. Mais ducoup je voulais vous amener à la distraction et ducoup à quoi cela correspond pour vous ? Et pouvez-vous me dire ce que vous en savez à ce sujet ? S'il y a des choses à rajouter ?

PDE : Bah la distraction c'est une sollicitation soit sur un des sens visuelle, auditif, perception tactile, olfactif ou gustatif ou alors une stimulation multi sensorielle qui va permettre à l'enfant de focaliser son attention sur des stimulations sensorielles agréables et confortables, qui vont venir concurrencer les stimulations nociceptives. Et qui vont permettre une intégration corticale du message nociceptif. Comme l'intégration corticale est chantée par les stimulations sensorielles agréables on aura une intégration corticale qui sera différente et donc ducoup ça va permettre d'éviter la mémorisation négative du soin. Fin ça va même permettre de mémoriser de façon positive, c'est à dire que l'enfant il va aussi se construire avec ça et trouver les stratégies de coping pour faire face à des évènements de vie, fin des évènements de soin. Et plus on va lui fournir des stratégies de coping, plus il saura faire face au prochain évènement de soin ou d'évènement de la vie qui vont être compliqués. Dans les stratégies de coping, il y a effectivement la distraction, il y a l'installation dans les bras des parents ou toute autre installation qui est intéressante pour l'enfant, il y a aussi les techniques médicamenteuses. Hein c'est important aussi de connaître la stimulation nociceptive de ce soin là et de penser à mettre de l'EMLA, à utiliser le MEOPA, de penser à donner une prémédication quand il y en a besoin d'une. Et ça c'est vraiment important aussi de tenir compte du niveau de douleur attendu ou alors de tenir compte aussi de la sensibilisation centrale à la douleur pour pouvoir mettre les antalgiques médicamenteux dont a besoin l'enfant. Et ces antalgiques médicamenteux seront

complétés par la distraction par d'autres stratégies mais c'est important aussi d'avoir une vision multimodale du soin et la distraction c'est vraiment je dirais la base de tous les soins. Que ce soit dans la douleur lié au soin, donc là c'est le sujet de ton mémoire mais c'est intéressant aussi en douleur aiguë, c'est aussi intéressant en douleur chronique, c'est vraiment important et c'est vraiment la base des stratégies multimodales et ça ne sert à rien d'aller faire une escalade thérapeutique médicamenteuse si on a pas mis en place la base de la distraction. Je veux dire, après des fois on peut, fin la distraction vient compléter l'action médicamenteuse ou la substituer quand il suffit de la distraction. Mais parfois il y a besoin aussi des médicaments et c'est important quand il y a des médicaments qui sont mis en place pour la douleur lié au soin d'y associer de façon systématique la distraction, parce qu'on sait qu'on va potentialiser l'action du médicament et qu'on va éviter d'aller vers une escalade médicamenteuse. Parfois on a des situations complexes, qui effectivement, quand on l'analyse on se rend compte qu'il y a eu plus d'une proposition médicamenteuse et qu'on est dans une escalade thérapeutique alors que, la base qu'est la distraction n'a pas été mise en place. Donc ça c'est vraiment, et c'est la base de tous les soins en pédiatrie que ça soit en douleur lié au soin, en douleur aiguë, en douleur chronique. La distraction c'est la base de notre pratique et puis après on va pouvoir y ajouter d'autres stratégies mais c'est vraiment indispensable.

Moi : D'accord. Et que représente pour vous une distraction réussite et comment faire pour y arriver?

PDE : (rire), ah c'est intéressant il y a la notion de performance d'y arriver ! (rire). C'est quoi une distraction réussite ? La distraction, l'objectif c'est de focaliser l'attention de l'enfant. Et en focalisant l'attention de l'enfant, on va ducoup détourner de l'intégration corticale des messages nociceptifs. Cette intégration là, elle ne va pas forcément être égale à zéro. C'est quoi une réussite ? Est ce que la réussite c'est la douleur est égale à zéro ? Je ne pense pas parce qu'il y a des situations où la douleur ne peut pas être à zéro. Ce qui est important c'est vraiment le vécu de l'expérience de l'enfant et de ses parents et comment est ce qu'il peut être le plus confortable possible ? Donc, fin avoir zéro douleur c'est pas toujours atteignable et c'est pas forcément un objectif en soit. L'objectif c'est que l'enfant mémorise plus le contexte du soin et les émotions positives pendant le soin que la sensation, que la composante sensorielle de la douleur. C'est ça en fait l'objectif. Donc à partir du moment où on aura eu un enfant qui à un vécu le plus confortable possible c'est ça qui est important et un enfant qui sera ok pour revenir la prochaine fois pour refaire le soin, un enfant qui pourra pendant le soin dire "ah bah moi je trouve que ça c'est intéressant et la prochaine fois j'utiliserai encore ça", ça c'est une distraction réussi dans le sens où on a permis à l'enfant d'identifier des stratégies qui lui permet de faire face à des situations compliquées. Et, ça c'est vraiment important parce que ça il saura s'en réserver la prochaine fois, même s'il y a un soignant qui va pas, euh, c'est mieux quand il y a des soignants formés à la distraction bien sûr, qui vont solliciter l'enfant à utiliser la distraction qu'il aime bien. Mais si l'enfant n'a pas de soignants qui le sollicite à la distraction, les parents de l'enfant seront capable de dire "bah, moi là, pour les prises de sang pour que ça se passe bien, maman elle me raconte une histoire", etc... Et donc ducoup, ils vont eux-mêmes devenir acteurs de leur stratégie de coping. Et ça c'est vraiment important. Après la distraction, elle est quand même plus efficace quand il y a une distraction active donc ça c'est dans les études, on sait qu'une distraction active c'est plus efficace qu'une distraction passive. Donc ça c'est important d'utiliser plutôt des outils en interaction, que ça soit des outils dans les histoires, que ça soit dans les jeux, etc... Donc ça c'est intéressant de repérer tous les outils qui favorisent les interactions et l'enfant actif. Donc ça on est en train de travailler avec les référents douleurs pour que, quel que soit le lieu d'hospitalisation, tous les enfants puissent avoir accès à la distraction de manière uniformisée et que ça ne soit pas soignant indépendant. Ca c'est important que tous les enfants ai la même chance de distraction quelque soit le soignant présent donc on est en train de formaliser ça avec le groupe des référents douleur pédiatrique justement pour aider à avoir des repères aussi en fonction de l'âge et les outils qu'on peut utiliser en fonction du soin. Et quels sont aussi les préalables ? Notamment pour les casques de

réalité virtuelle, il y a quand même des notions à savoir donc ça on le regroupe dans un outil qui va être accessible par tous les soignants qui a intranet. Pour que chaque enfant puisse avoir la même chance d'outils proposés quel que soit son lieu d'hospitalisation.

Moi : D'accord. Quelle place à la distraction pour les enfants et pour vous les soignants ?

PDE : Eh bien c'est une place centrale. C'est-à-dire que, c'est ce que je disais tout à l'heure. Soit on peut dire que c'est une place centrale soit on peut dire que c'est la base c'est à dire que dans la gestion de la douleur on a quand même, plusieurs, euh, plusieurs techniques à notre disposition. Et avant de rajouter des techniques qui vont être, qui peuvent avoir des effets secondaires, c'est d'abord "est-ce que j'ai mis en place la base ?". La base c'est l'information, l'installation, la présence des parents, la distraction, la communication thérapeutique et après si ça ce n'est pas suffisant et bien qu'est ce que je peux rajouter comme antalgiques peut-être un peu plus puissant ? Mais la distraction c'est vraiment la base de tous les soins, alors pour la douleur liée au soin aussi pour la douleur aiguë, aussi pour la douleur chronique. C'est au centre de la douleur les techniques de distraction. Donc c'est la base.

Moi : D'accord, merci. Et enfin avez-vous pu avoir recours à des formations concernant la distraction ou savez-vous s'il y en a à votre disposition, fin à la disposition des soignants ?

PDE : Oui, bah alors moi je suis, et formée et formatrice. Donc, je forme des soignants aussi à la distraction. Donc il y a des formations oui, qui existent. Il y a plusieurs formats de formation. Il y a des formations institutionnelles, des formations notamment par l'association sparadraps aussi qui fait aussi beaucoup de formations. Donc il y a des formations extérieures à l'hôpital. Et puis nous on a, à l'hôpital... On est en train de construire, fin, on a commencé à travailler cette année sur des ateliers de distraction. En fait, chaque année, on fait des ateliers sur la thématique douleur et on change de thème tous les ans. Et cette année on a choisi de faire les ateliers sur le thème de la distraction donc il y a déjà eu un atelier qui a eu lieu le premier trimestre, fin dernier trimestre de 2021. Donc c'est des années scolaires de septembre à septembre. Donc là, il y a déjà eu un premier atelier, prochain atelier c'est sur les casques de réalité virtuelle, l'atelier suivant ça sera sur comment est-ce qu'on raconte une histoire ? Et puis on finira par des ateliers sur des analyses de pratiques, de mise en situations professionnelles. Fin ça on va voir comment on va faire pour cet atelier mais dans tous les cas il y a des ateliers de formation qui sont ouverts aux référents douleur et les référents douleurs après font ces ateliers là dans les services pour sensibiliser et former leurs collègues.

Moi : D'accord. Ducoup là, on arrive à la fin de l'entretien. Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose auquel je n'aurai pas abordé, pas pensé, pas...? Et qui semblait important ?

PDE : Euuuh, non je pense que j'ai dit l'essentiel (Rire).

Moi : Très bien. Beh ducoup l'entretien est donc terminé. Je tenais à vous remercier pour le temps que vous m'avez accordé. Et je vous souhaite une bonne journée.

PDE : Merci, bonne journée à toi aussi et puis pleins de bonne choses pour la suite de ton mémoire.

Moi : Merci beaucoup ! Au revoir.

PDE : Au revoir.

Annexe IV- Tableau d'analyse des entretiens

Cadre théorique	Guide d'entretien/ objectifs	Réponses des infirmiers	
		IPDE 1	IPDE 2
La prise en soin en pédiatrie	Déceler les difficultés en lien avec les fragilités de l'enfant auquel il peut être confronté au cours d'une prise en soin en lieu hospitalier	<p>Les parents "c'est un vrai plus de les avoir avec nous", "ils vont apaiser l'enfant"</p> <p>L'anxiété -"L'anxiété que peuvent transmettre les parents " -"Ca dépend de l'âge", "d'une expérience passée", "d'un mauvais souvenir", "d'une représentation du soin (...), sans en avoir de connaissances précises " -"Et puis c'est aussi l'inconnu"</p>	<p>Définition "l'anxiété c'est une des composantes de la douleur"</p> <p>L'anxiété -"apparaît à différents moments" -"pendant les soins, "au moment de la séparation parentale" -"dépend de l'âge de l'enfant et du contexte"</p>
La douleur chez l'enfant : les difficultés	Déceler les difficultés auquel il/elle peut être confronté au cours d'une prise en soin, notamment lors d'un soin douloureux	<p>-"c'est l'équilibre bénéfices/risques"</p> <p>Les difficultés -Le temps -"obligé d'agir vite", "la priorité c'est l'urgence vitale et pas la prise en charge de la douleur", "on ne peut pas prendre en charge complètement la douleur", "prioriser la situation"</p> <p>-Les parents "c'est l'accompagnement des parents",</p>	<p>Définition -"dans la douleur, il y a quatre composantes : sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale"</p> <p>les difficultés -"multiples", "dépend de l'âge de l'enfant et du contexte et surtout de la mémorisation des expériences antérieures de la douleur"</p> <p>les expériences de douleur -"l'anxiété va être majorée", "anticipation"</p>

		<p>“peuvent être très aidants, et peuvent être aussi un frein”, “on des parents qui essaient de le reconnecter à la situation” → attention l’IDE va faire la piqûre → attention ça va faire mal “anticiper et utiliser des mots négatifs ça influe sur la douleur et sur la sensation de douleur”</p> <p>L’enfant “la confiance”</p>	<p>anxieuse”</p> <p>Rôle IDE -”important des soignants en pédiatrie” -“posture”, “avoir des actions, “améliorer autour du confort et des émotions” → “comment est-ce que je suis présent à l’enfant pendant le soin ?” → “Qu’est ce que je souhaite que l’enfant mémorise de ce soin?”</p>
Douleur et anxiété	<p>Cherche à comparer douleur et anxiété les similitudes/différences</p> <p>Identifier les définitions de douleurs et anxiété.</p> <p>Cherche à trouver les techniques à visée antalgique que le professionnel connaît/ utilise</p>	<p>Différences douleur/anxiété -”subjectif”, “c’est juste notre ressenti” -”étroitement liés” → exemple pour différencier : “C’est par exemple quand on va aller sur une suture et qu’on se rend compte que l’enfant est dans le même état au début, à la fin, au moment de la suture(...) parce qu’ en fait on sait ce qui est douloureux c’est de passer l’aiguille et quand on voit que l’enfant ne réagit pas plus à ce moment là, on a plutôt tendance à se dire que c’est l’anxiété qui joue”</p> <p>les méthodes pour pallier “MEOPA”, “distraction”, “relaxation”, “respiration”, “hypno-distraction avec des histoires qui lie le corps et l’esprit”, “on essaye de faire participer au soin”</p>	<p>“dans la mémoire, la composante qui est la plus ancrée, c’est la composante émotionnelle de la douleur”</p> <p>l’enfant “va plus se rappeler du contexte du soin que du soin en lui même”</p> <p>Différences douleur/anxiété "La douleur a quatre composantes. Et donc l’anxiété ça va être la composante émotionnelle de la douleur”</p> <p>“c’est une interprétation”, “c’est un peu comme une illusion de vouloir séparer anxiété et douleur”</p> <p>Douleur “pas d’échelles qui va permettre d’évaluer séparément ces quatre composantes de la</p>

			<p>douleur”, “évaluation globale de la douleur” “il y a des échelles d’anxiété”, “pas utilisées en pratique courante” → ex : l’HAD “Hospital Anxiety and Depression</p> <p>Douleur complexe : “prise en charge pluriprofessionnelle” Douleur lié au soin : “s’occuper des quatres composantes”</p> <p>Les méthodes pour pallier -Rôle propre “évaluation”</p> <p>*Composante cognitive : “information en amont du soin”, “pas pendant le soin” *Composante sensorielle : “contre stimulation” *Composante comportementale : “installation de l’enfant”, “l’installation du parent, “le plus en sécurité, “dans les bras de ses parents” *Composante émotionnelle : “distraction”</p> <p>-Rôle prescrit “techniques médicamenteuses”, “antalgiques”, “prémédication</p>
La distraction	Permet de cibler le sujet du mémoire Savoir les connaissances que l’IDE a autour de cette technique	“veut peut être pas dire toujours la même chose”, “on disait plutôt le mot hypnose “, “donc on a dévié, on amène à la distraction”	<p>Définition “focaliser son attention sur des stimulations sensorielle agréables et confortables”, “on va intervenir sur la composante émotionnelle”, “mémorisation de façon positive”,</p>

	<p>Identifier la définition</p>	<p>“ça devient de l’hypno-distraction pour les gens qui sont formés à l’hypnose et de la distraction pour les autres”</p> <p>Définition -“distraire l’enfant pour aider à penser à autre chose”, “l’éloigne du soin douloureux”, “on essaye de le faire s’évader”, “penser à autre chose”</p> <p>-”intuitif”, “tu ne réfléchis pas”, “c’est au feeling”</p> <p>Les outils “par le chant”, “des histoires”, “parler de la vie de l’enfant”, “un petit élément accrocheur”, “la concentration”, “la fixation”, “la musique”</p>	<p>“solllicitation soit un des sens visuel, auditif, perception tactile, olfactif ou gustatif”, “stimulation multisensorielle” objectif : “permet une intégration corticale du message nociceptif”</p> <p>Adaptation “informe de façon adaptée à son niveau de langage, à son développement psychomoteur et cognitif”, “adapté à son âge, à son contexte de soin, à lui même” -”aller vers les ressources de l’enfant”, “à ses intérêts”, “ses goûts”</p> <p>Les outils -”un jeu”, “un objet comme le kaléidoscope”, “ronds lumineux giratoires”, “une histoire”, “les cherche et trouve” -”activités numériques” → jeux sur la tablette → casque de réalité virtuelle</p>
<p>La notion d’une distraction réussite</p>	<p>Amener l’IDE à expliquer comment elle utilise la distraction, ce qu’elle met en place, etc..</p> <p>Identifier le résultats final de la distraction</p>	<p>Objectif “quand l’enfant adhère à la distraction”, “il nous suit”, ex : “quand à la fin de la distraction l’enfant regrette que la distraction soit terminée” → “ah c’est déjà fini ?”, “oh nan c’était trop bien, encore”, “oh t’as déjà piqué, t’as déjà fait ? Ah mais j’ai pas senti”</p>	<p>Objectif “ce qui est important c’est le vécu de l’expérience de l’enfant et de ses parents”, “le plus confortable possible”, “intégration cortical des messages nociceptif, ne va pas forcément être égale à zéro”</p> <p>Efficacité “une distraction active c’est plus efficace</p>

		<p>non réussite "il s'agite", "ça arrive qu'ils nous suivent pas du tout", "j'insiste pas au delà de 5 minutes", "c'est contre productif"</p> <p>la manière de faire -"il faut le connaître", "ces choses qu'il aime" -"avant le soin", "se saisir de ce qu'on a eu avant", "et en fait on rebondit là dessus quand on y retourne" -"un élément qui facilite la distraction"</p>	<p>qu'une distraction passive"</p> <p>-Le soignant "c'est mieux quand il y a des soignants formés"</p> <p>outil pour l'enfant "identifier des stratégies qui lui permet de faire face à des situations compliquées", "saura s'en réserver la prochaine fois", "acteurs de leur stratégie de coping"</p>
La place de la distraction	recherche à savoir si la distraction est encore peu utilisé ou si au contraire elle a une place importante pour les équipes	<p>Pour l'enfant "n'a pas conscience"</p> <p>Pour les parents "n'a pas conscience" -"avoir l'impression que ça les saoulent", "veulent parler du moment présent" -"Il y a de la méconnaissance sur ça", "ne savent pas l'importance que ça a dans notre prise en soin"</p> <p>Pour les soignants -"un réel outil de travail" -"on ne peut pas faire sans aujourd'hui"</p> <p>Sans distraction "on travaille dans de moins bonnes conditions"</p>	<p>"la base de tous les soins", "dans la douleur liée au soin, la douleur aiguë et en douleur chronique"</p> <p>"place centrale", "c'est au centre de la douleur les techniques de distraction"</p> <p>"ça ne sert à rien d'aller faire une escalade thérapeutique médicamenteuse si on a pas mis en place la distraction"</p>

		<p>→ ex : “ceux qui viennent de chez l’adulte et qui font comme chez l’adulte, c’est un carnage”</p> <p>-”ça ne se passe pas bien du tout ni pour l’enfant ni pour les parents”</p>	
Formation à la distraction	<p>Se renseigner si les formations sont faciles d’accès</p> <p>Si les IDE ont pu en avoir recours</p>	<p>-“très difficile d’en avoir”</p> <p>formations institutionnelles</p> <p>“formation de trois jours”</p> <p>formations à l’hôpital</p> <p>-“transmission au sein de l’équipe”, “on apprend avec les collègues”, “sur le terrain”, “ce qui nous fait apprendre et peaufiner notre technique c’est l’expérience”</p>	<p>“la distraction de manière uniformisée”, “pas soignant indépendant”, “c’est important que tous les enfants ai la même chance de distraction”</p> <p>“des préalables”, “des notions à savoir”, “outil accessible pour tous les soignants qui a intranet”</p> <p>"plusieurs formats de formation”</p> <p>formations institutionnelles</p> <p>→ par ex : l’association sparadraps</p> <p>“formations extérieurs à l’hôpital”</p> <p>formations à l’hôpital</p> <p>“thématique douleur”, “des ateliers sur le thème de distraction”, "ouvert aux référents douleurs”, “puis les référents douleurs après font ces ateliers là dans les services pour sensibiliser leurs collègues”</p> <p>→ atelier : casque réalité virtuelle</p> <p>→ atelier : comment raconter une histoire</p> <p>→ atelier : analyses de pratique professionnelle</p>

V- Charte européen 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 nécessités 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.



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.

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.



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.



VI- Idées de distractions en fonction du développement de l'enfant

Tableau 1. Guide des activités de distraction à organiser pour les enfants, par âge et par sens.

	De 0 à 1 an	De 1 à 5 ans	De 5 à 10 ans	Au-delà de 10 ans
Ouïe	berceuse, musique douce, boîte à musique, bâton de pluie	musique d'instruments, comptine, boîte à sons, chanson, livre musical	bruit de la nature	musique actuelle d'adolescent avec casque
Vue	marionnette, hochet, doudou	livre en relief, poupée, marionnette, bulles de savon, doudou, sablier	illusion d'optique, kaléidoscope, jeu de lumière, livre <i>Cherche et trouve</i> , Dobble®	application et logiciel, <i>Où est Charlie ?</i> , Dobble® des marques
Toucher	caresses des parents	objets sensoriel, vibrant, sonore, tactile, balle	jeu de reconnaissance "touche et trouve", plume	œuf masseur
Odorat & goût	saccharose, doudou, présence des parents	feutre parfumé	Loto des odeurs (Sentosphère®)	Loto des odeurs (Sentosphère®)

IX- Quatrième de couverture- résumé

NOM : MARTIN

PRÉNOM : Lola

TITRE DU MÉMOIRE : La distraction : “jeux” suis un outil essentiel à la prise en soin en pédiatrie

As part of my studies, we had to do an introductory research paper: the MIRSI. During one of my internships, I was able to see several call situations related to pain care with children. As a future nurse, I therefore asked myself questions related to pain management. Then, I could see the importance of the distraction available to children during care. Then, I was able to elaborate my problematic which is: "In paediatrics, to what extent do the distractions put in place by the nurse influence the child's feeling when approaching a potentially painful care? In order to answer this question, I have done some research. Firstly, I develop the care in paediatrics, secondly, my research focuses on pain, and finally, I address distraction. Once I had done this work, to pursue it I carried out semi-directive questionnaires to interview two health professionals (two nurses). These interviews allowed me to make a descriptive and interpretative analysis, and then to compare their answers with my research, to see the differences and similarities and to bring to this my professional experience. Thanks to the informations gathered, I realised that distraction plays a big role in the child's feelings, the care is less painful and anxiety-provoking and thus better experienced. Distraction thus favours the therapeutic alliance.

Dans le cadre de mes études, nous devons réaliser un mémoire d’initiation à la recherche : le MIRSI. Lors d’un de mes stages j’ai pu voir plusieurs situations d’appels en lien avec les soins douloureux auprès des enfants. En tant que future infirmière, je me suis donc posé des questions en rapport avec la prise en charge de la douleur. Puis, j’ai pu voir l’importance de la distraction mise à disposition des enfants lors des soins. Par la suite, j’ai pu élaborer ma problématique qui est : **“En pédiatrie, dans quelles mesures les distractions mises en place par l’IDE influencent-elles le ressenti de l’enfant à l’approche d’un soin potentiellement douloureux ?”** Pour pouvoir répondre à celle-ci, j’ai donc fait des recherches. Premièrement je développe la prise en soins en pédiatrie, deuxièmement mes recherches portent sur la douleur, et pour finir j’aborde la distraction. Une fois avoir fait ce travail, pour poursuivre ce travail j’ai donc réalisé des questionnaires semi-directifs afin d’interroger deux professionnels de santé (deux infirmières puéricultrices). Ces entretiens m’ont permis de faire une analyse descriptive et interprétative, puis ensuite de comparer leurs réponses avec mes recherches, voir les différences et les similitudes et d’apporter à celà mon expérience professionnelle. Grâce aux informations recueillies, je me suis rendu compte que la distraction jouait un grand rôle dans le ressenti de l’enfant, les soins sont moins douloureux et anxiogènes et ainsi mieux vécus. La distraction favorise donc l’alliance thérapeutique.

MOTS CLES : pediatric, care, pain, nursing skills, distracted

MOTS CLÉS : pédiatrie, soins, douleur, compétences infirmière, distraction

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 : 2019-2022