



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

“Mon Doudou d’abord”



Formateur référent mémoire : Béatrice Marchadour

RAOUL Lola
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

Date: 02/05/22



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 :
"Mon Doudou d'abord"**

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 21/04/2022

Identité et signature de l'étudiant :

Raoul 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.

Remerciements

Tout d'abord, je remercie ma référente de mémoire, Madame Marchadour, pour son accompagnement, pour ses conseils, ainsi que sa disponibilité tout au long de la rédaction de mon mémoire de fin d'études.

Je tiens également à remercier mon référent pédagogique, Monsieur Masson, pour m'avoir accompagné pendant ces trois années de formation, pour son écoute et sa disponibilité.

Je souhaite aussi remercier les infirmières qui ont répondu favorablement à ma demande afin que je puisse mener mes entretiens, merci pour leur disponibilité et leur bienveillance.

D'autre part, j'aimerais remercier toutes les personnes qui ont contribué à ma formation durant ces trois années d'études. Ainsi qu'aux différents infirmier(e)s, internes en médecine, médecins, chirurgiens que j'ai pu rencontrer lors de mes stages, qui m'ont transmis leurs savoirs et savoir-faire et ainsi permis d'aiguiser mon questionnement professionnel.

Pour finir, je souhaiterais tout particulièrement remercier mes amis, ma famille qui ont toujours cru en moi et en mes capacités et sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui. Ils m'ont permis de m'accrocher, de croire en moi, et m'ont toujours poussée plus haut. Je vous remercie d'avoir toujours été là même dans les moments les plus délicats et difficiles. Vous êtes les piliers qui m'ont permis de tenir sur ces trois années de formation. Merci pour votre soutien infaillible, les moments de décompression, vos nombreux conseils ou encore les longs temps de relecture de mon mémoire et de correction orthographique.

SOMMAIRE :

I) Introduction	1
II) Cheminement vers la question de départ	2
1) <i>Situations d'appel</i>	2
2) <i>Questionnements</i>	3
2.1) <i>Questionnements de la situation d'appel 1</i>	3
2.2) <i>Questionnements de la situation d'appel 2</i>	3
3) <i>Question de départ</i>	4
III) Le cadre théorique	4
1) <i>L'enfant entre 3 et 5 ans</i>	4
1.1) <i>Le développement de l'enfant de 3 à 5 ans</i>	5
1.1.1) <i>Le développement cognitif et moteur chez l'enfant âgé de 3 à 5 ans</i>	5
1.1.2) <i>Le développement psychoaffectif et social</i>	6
1.1.3) <i>Les besoins fondamentaux de l'enfant</i>	7
1.2) <i>L'enfant hospitalisé en pédiatrie</i>	8
1.2.1) <i>Quels sont les droits de l'enfant hospitalisé ?</i>	8
1.2.2) <i>Particularités de la prise en soin de l'enfant</i>	9
2) <i>L'acceptation du soin par l'enfant</i>	10
2.1) <i>Le soin en pédiatrie</i>	10
2.1.1) <i>Qu'est ce que le soin ?</i>	10
2.1.2) <i>Le rôle de l'infirmière</i>	10
2.1.3) <i>La relation soignant-soigné en pédiatrie</i>	11
2.2) <i>L'acceptation du soin s'oppose au refus de soin</i>	11
2.2.1) <i>L'acceptation de l'enfant et du parent</i>	11
2.2.2) <i>L'acceptation du soignant</i>	12
2.3) <i>Faire face au refus de soin de l'enfant</i>	13
2.3.1) <i>Qu'est ce que le refus de soin ?</i>	13
2.3.2) <i>Le refus de soin chez l'enfant</i>	13
2.3.3) <i>La contention pour faire face au refus de soin de l'enfant</i>	14
2.3.4) <i>Éviter la contention de l'enfant</i>	15
3) <i>L'objet transitionnel, un outil pour le soignant en pédiatrie ?</i>	16
3.1) <i>Qu'entend-t-on par objet transitionnel ?</i>	16
3.1.1) <i>Un objet de transition</i>	16
3.1.2) <i>Un lien entre l'enfant et son parent</i>	17
3.1.3) <i>Un objet pas forcément "objet"</i>	17

3.2) Quelles sont les fonctions de cet objet ?.....	18
3.2.1) Un soutien à la séparation avec les parents.....	18
3.2.2) Répond au besoin de sécurité de l'enfant et développe son autonomie.....	18
3.2.3) Un outil contre les angoisses, l'anxiété et l'inconnu.....	19
3.3) L'utilisation de l'objet transitionnel dans le soin.....	19
IV) Le dispositif méthodologique du recueil de données.....	20
1) Le guide d'entretien et ses objectifs.....	20
2) La population cible.....	21
3) L'organisation des entretiens.....	21
4) Bilan du dispositif.....	22
4.1) Points forts.....	22
4.2) Difficultés.....	23
4.3) Limites.....	23
V) L'analyse des entretiens.....	23
1) Les spécificités et les caractéristiques de la relation soignant-soigné en pédiatrie.....	24
2) Le vécu des professionnelles interrogées face au refus de soin de l'enfant ainsi que les conséquences pour l'enfant de son refus et ses réactions.....	24
3) Les "outils" favorisant le soin à l'enfant.....	25
4) Le rôle du "doudou" dans l'acceptation de l'enfant au soin.....	26
VI) Discussion.....	26
1) Les spécificités et les caractéristiques de la relation soignant-soigné en pédiatrie.....	27
2) Le refus de soins de l'enfant.....	28
3) Les "outils" favorisant le soin à l'enfant.....	29
4) Le rôle du "doudou" dans l'acceptation de l'enfant au soin.....	30
VII) Conclusion.....	31
1) Le chemin parcouru.....	31
2) Les apports pour ma future pratique professionnelle.....	32
3) Mon vécu sur le MIRSJ.....	33
Bibliographie.....	34
Annexes	
ANNEXE I : Situations d'appel	
ANNEXE II : Charte de l'enfant hospitalisé	
ANNEXE III : Audit 2009 Hôpital Trousseau sur l'utilisation de la contention	
ANNEXE IV : Brochure L'objet transitionnel de La Maison Kangourou	
ANNEXE V : Guide d'entretien	
ANNEXE VI : Tableau récapitulatif des personnes interrogées lors des entretiens	
ANNEXE VII : Retranscriptions des entretiens	
ANNEXE VIII : Tableaux d'analyse des entretiens	

I) Introduction

Étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) du CHU de Rennes et afin d'obtenir le Diplôme d'Etat Infirmier à la fin de la formation, je dois rédiger un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers (MIRSI). Je réalise ce mémoire dans le cadre des unités d'enseignements 3.4 « Initiation à la démarche de recherche », 5.6 « Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles » et 6.2 « Anglais ».

J'ai débuté mon école d'infirmière avec un projet professionnel en tête : devenir infirmière puéricultrice. En effet, le monde de la petite enfance et le soin à l'enfant est un milieu qui m'intéresse tout particulièrement depuis mon adolescence. Ce projet professionnel ne m'a pas quitté tout au long de ma formation. C'est pourquoi j'ai choisi tout naturellement d'orienter mon mémoire autour de ce thème, afin d'enrichir mes connaissances pour ma future pratique professionnelle.

Au cours de mes différents stages, j'ai eu l'occasion de participer à des soins auprès d'enfants. C'est de ces prises en soin que sont issues mes deux situations d'appels qui m'ont menée vers ma question de départ et donc à la rédaction de ce mémoire.

Dans un premier temps, j'exposerai les situations d'appel qui m'ont amenée jusqu'à ma question de départ. Je mettrai en évidence mon cheminement avec mes questionnements suite aux situations d'appel qui ont permis l'émergence de cette question de départ.

Dans un second temps, je développerai, par le biais de lectures, les concepts et notions qui me semblent pertinentes pour la rédaction de ce mémoire. Tout d'abord, j'exposerai ce qu'est un enfant entre 3 et 5 ans. Ensuite, je mettrai en avant le concept d'acceptation du soin par l'enfant. Enfin je développerai le concept d'objet transitionnel.

Dans un troisième temps, je réaliserai deux entretiens auprès d'infirmières puéricultrices, ce qui me permettra d'échanger avec elles autour de mon sujet et de leur vécu. Puis j'analyserai ces entretiens et je mettrai en lien les résultats obtenus avec mon cadre conceptuel et mes représentations de départ. Pour finir, je mettrai en lien les connaissances acquises lors de ce travail avec ma propre réflexion, en apportant des éléments de réponses à ma question de départ, à partir desquels j'envisagerai une question de recherche.

II) Cheminement vers la question de départ

1) Situations d'appel

Pour commencer mon mémoire, je suis partie de situations rencontrées en stage, desquelles ont découlé des questionnements que j'aborderai par la suite. Voici un résumé de mes situations d'appel. Les situations d'appel originales se trouvent en Annexe I.

Situation N°1 :

Étudiante infirmière en deuxième année, je réalise mon stage de semestre 3 dans un service de Dermatologie. Je passe ma dernière semaine de stage en consultation. Durant cette semaine j'ai pu accompagner les infirmières lors de soins auprès d'enfants. Nous sommes le milieu de semaine, et aujourd'hui nous accueillons un petit garçon de 4 ans qui s'appelle Gabriel, pour qui il est prescrit un bilan sanguin ainsi que des tests cutanés appelés. Gabriel est accompagné de ses deux parents. Au début, l'infirmière explique à Gabriel qu'elle va réaliser une prise de sang, au niveau du pli du coude, qu'il ne doit pas bouger le bras. Puis vient le moment de poser le garrot, Gabriel a le regard fixé sur son bras, je peux lire dans ses yeux l'appréhension de ce qui va se passer, il semble inquiet. Avec l'aide de ses parents nous essayons de lui détourner de nouveau l'attention. Mais cela ne fonctionne pas, Gabriel reste figé sur ce qui va se passer au niveau de son bras et au moment de piquer, il refuse, bouge son bras, se met à pleurer. L'infirmière essaie alors une autre stratégie pour faire accepter le soin à Gabriel. Gabriel a avec lui son doudou, elle lui demande si elle peut le prendre pour lui montrer comment va se dérouler la prise de sang, Gabriel accepte et elle utilise donc son doudou comme exemple. L'infirmière met le garrot au doudou, mime la désinfection, mime la prise de sang avec les tubes puis pose un pansement au doudou à la fin. Gabriel se rassoit et accepte la prise de sang, il semble moins inquiet après cette démonstration, plus apaisé.

Situation 2 :

Je suis toujours en stage de semestre 3 dans le service de Dermatologie en consultation. Aujourd'hui, en fin de journée une interne nous appelle pour venir refaire un pansement à une petite fille de 3 ans suite à sa consultation au niveau de son tibia gauche. La petite fille se nomme Fatou, elle est âgée de 3 ans, elle est accompagnée de sa maman qui reste très en retrait durant tout le soin et n'intervient pas. Au moment où l'IDE approche pour commencer le pansement, Fatou a un mouvement de recule sur la table d'auscultation, elle refuse que l'on touche son tibia, bouge et cache

sa jambe. Fatou a avec elle un ours en peluche, l'IDE demande à Fatou si elle peut faire le pansement à son ours et elle lui demande si elle veut l'aider. Fatou accepte, elle tend son ours en peluche à l'IDE. L'IDE réalise le pansement sur son ours en peluche en disant "regarde ton ours n'a pas mal". Par la suite, quand le pansement à l'ours en peluche est fini, l'IDE demande à Fatou si maintenant c'est à son tour, la petite accepte cette fois-ci elle tend son tibia. Elle semble rassurée par le jeu effectué avec son ours, elle a pu toucher le matériel et voir le déroulé du soin, elle n'est plus dans l'inconnu. Nous réalisons alors le pansement à Fatou en respectant les mêmes étapes que pendant le jeu avec son ours.

2) Questionnements

Suite à ces deux situations d'appels, je me suis posée plusieurs questions.

2.1) Questionnements de la situation d'appel 1 :

Concernant cette première situation je me suis notamment questionnée sur *comment détourner l'attention d'un enfant lors d'un soin ? Comment amener l'enfant à accepter le soin ?* Puis je me suis demandée *en quoi l'explication du soin en amont par la démonstration/le mime/ le jeu facilite son acceptation ? En quoi faire passer le soin par le jeu en facilite l'exécution ?* La présence du parent lors du soin m'a également posé question, *est ce que cette présence aide au soin ?* Enfin je me suis interrogée sur l'utilisation du doudou et notamment *qu'est ce qui fait que le doudou facilite le soin ? Dans quelle mesure son utilisation contribue à la facilitation du soin et permet la réassurance de l'enfant ?*

2.2) Questionnements de la situation d'appel 2:

Les questions qui me sont venues à la suite de cette deuxième situation sont : tout d'abord *en quoi commencer un soin par le jeu instaure un climat de confiance entre le soignant et l'enfant ?* Ensuite face aux comportements du parent je me suis demandé si *la non participation de la maman au soin, facilite ou complexifie le soin ?* Je me suis également posée la question suivante : *en quoi la démonstration du soin avant sa réalisation est importante pour la réalisation du soin à l'enfant ?* Puis je me suis demandée si *la manipulation du matériel par l'enfant peut faciliter le soin à celui-ci.* Enfin je me suis interrogée sur le doudou et notamment *pourquoi l'utilisation du doudou aide au soin ?*

Qu'est ce qui fait que l'enfant accepte plus facilement le soin après la démonstration avec l'utilisation de son doudou ?

3) Question de départ :

Je suis donc partie de mes situations d'appels et des questionnements qu'elles ont pu soulever en moi afin de trouver ma question de départ. Dans mes deux situations d'appel, l'élément qui a permis de débloquent le soin auprès de l'enfant est l'utilisation de son doudou en amont et cette utilisation est revenue dans mes questionnements. J'ai donc commencé à effectuer des recherches autour du "doudou". Suite à cela, j'ai découvert qu'il s'agit d'un objet transitionnel, terme utilisé pour la première fois par D.Winnicott au début des années 1950. Ainsi avec mes premières recherches et mes questionnements issus de mes situations d'appel, j'ai pu construire ma question de départ qui est la suivante :

En quoi l'utilisation par l'IDE de l'objet transitionnel appartenant à l'enfant entre 3 et 5 ans peut-elle impacter l'acceptation du soin par celui-ci ?

Avec cette question je souhaiterais comprendre le rôle joué par le doudou si souvent présent auprès de l'enfant, dans sa prise en soin, afin de pouvoir adapter ma pratique à l'avenir et avoir des outils en tant que futur professionnel désirant exercer auprès des enfants.

III) Le cadre théorique

Nous pouvons remarquer que mes deux situations concernent des enfants de 3 et 4 ans. C'est pour cette raison que j'ai choisi d'aborder la tranche d'âge 3-5 ans dans ma question de départ me permettant ainsi de cibler cette population et d'affiner mes recherches. Il me semble donc important de commencer par cette notion pour établir le point de départ de mon écrit.

1)) L'enfant entre 3 et 5 ans

Tout d'abord, qu'entend-on par enfant ? Selon l'article 1 de la Convention internationale des droits de l'enfant de 1989, *"un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de 18 ans sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable. D'après le dictionnaire Larousse, l'enfant est défini comme « un garçon ou une fille avant l'adolescence »* . Il souligne également qu'un enfant est *"le fils ou la fille de quelqu'un"*, ce qui ajoute une dimension d'attachement,

d'appartenance à la notion d'enfant. Enfin, dans son livre "L'enfant hospitalisé", Monique Formarier évoque l'enfant comme "*un individu en état de changement continu*" (p16).

1.1) Le développement de l'enfant de 3 à 5 ans

Les différentes définitions ci-dessus montrent que l'enfant est un être en développement. Ce développement se fait sur différents plans : le plan cognitif et moteur et le plan psychoaffectif et social. Pour aborder le soin à l'enfant, il est essentiel de se référer à son niveau de développement afin d'avoir la meilleure prise en soin et une prise en soin qui soit adaptée. C'est pour cela qu'il me paraît pertinent de commencer par savoir où en est l'enfant de 3-5 ans dans son développement. Il est important de prendre en compte que les différents stades de développement sont des tranches d'âge approximatives, chaque enfant est unique dans son développement et se développe à son rythme.

1.1.1) Le développement cognitif et moteur chez l'enfant âgé de 3 à 5 ans

Commençons avec le développement cognitif, le psychologue Jean Piaget situe l'enfant, âgé de 3 à 5 ans, au stade de pensée préopératoire. Cette période est caractérisée par la naissance de la représentation symbolique. L'enfant utilise ses représentations mentales, pour illustrer les objets ou événements rencontrés. C'est-à-dire qu'il crée, dans sa pensée, des images à partir des objets du monde réel. Ce stade prend fin avec la naissance de la pensée intuitive où l'enfant se concentre sur l'apparence des choses et n'a pas de raisonnement logique. D'autre part, à ce stade l'enfant est centré sur lui-même, on parle "d'égoïsme de la pensée". En effet, il est difficile pour l'enfant de faire la différence entre sa pensée et celle des autres. Il considère sa vision comme omnipotente, il lui est impossible d'intérioriser le fait que les autres peuvent avoir une vision différente.

Concernant l'acquisition du langage, à ce stade le vocabulaire du jeune enfant reste restreint. Les nouvelles données linguistiques sont intériorisées progressivement par l'enfant par le biais de son entourage familial et scolaire afin d'établir des phrases plus complexes. Les parents ont un rôle majeur dans la construction du langage chez l'enfant.

Par ailleurs, il est important de noter que les activités de l'enfant âgé de 3-5 ans se tournent naturellement vers le jeu : jeux fonctionnels, de fiction, de réception, de construction. A cet âge, l'enfant peut difficilement rester immobile, il a besoin de mouvements. Cependant, même si d'une part l'enfant passe fréquemment d'une activité à l'autre, la persévérance dans la réalisation de tâches

se développe, d'autre part, en effet l'enfant notamment de 4-5 ans désire finir ce qu'il est en train de faire. C'est aussi la période où émerge la latéralisation où un côté du corps se révèle plus habile que l'autre. C'est ce dernier que l'enfant va préférer utiliser. En outre, le schéma corporel et l'image de soi se précisent, nous pouvons retrouver les parties principales, cela se voit par les dessins de l'enfant.

La théorie du développement de l'enfant de Piaget repose uniquement sur le développement cognitif. Cependant il ne faut pas oublier le développement psychoaffectif. En effet, ce dernier est primordial, il est nécessaire que les soignants le prennent en compte lors de la prise en soin d'un enfant.

1.1.2) Le développement psychoaffectif et social

Concernant le développement affectif, l'enfant entre 3-5 ans évolue selon la théorie de Sigmund Freud (neurologue fondateur de la psychanalyse) entre le stade phallique puis la période Oedipienne. Le stade phallique dans lequel l'enfant s'affirme correspond à sa troisième année. A ce niveau, la zone érogène est la zone génitale. On distingue trois aspects :

- « *L'érotisme urétral qui désigne le plaisir à uriner, mais également celui de se retenir*
- *La masturbation infantile, c'est-à-dire la découverte de son propre corps*
- *La curiosité sexuelle de l'enfant* ». (MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne. La relation soignant-soigné. 3e édition. Paris : Lamarre. 2008. p. 87.). La différence physique des deux sexes devient visible pour l'enfant avec l'élaboration d'hypothèses sur la conception des enfants.

Suit la période Œdipienne qui se déroule entre les 4 et 7 ans de l'enfant. C'est une phase qui correspond au complexe d'Oedipe. Il s'agit du stade qui voit la création du groupe familial et de la société humaine durant laquelle l'enfant apprend à canaliser ses pulsions et à renoncer à ses désirs, notamment l'interdit de l'inceste, cela va permettre la socialisation. Sur le site du Larousse encyclopédie il est indiqué que *"la plupart des psychanalystes estiment que le fait de surmonter le complexe d'Oedipe constitue une étape majeure dans la constitution de la personnalité"*.

Au niveau du développement affectif et social de l'enfant, on retrouve aussi le concept de l'attachement. Ce concept est mis en avant par John Bowlby qui le définit comme :

« un besoin «primaire», inné chez le petit homme. Celui-ci a la capacité, par des comportements comme les pleurs, les sons, les sourires, de rechercher la proximité de l'adulte ou figure d'attachement, et d'apporter ainsi une réponse à ses besoins. Cette proximité

permet à l'enfant de se construire une base de sécurité, essentielle à son développement, lui permettant ultérieurement de s'ouvrir au monde extérieur. C'est un processus interactionnel progressif, qui débute au cours de la grossesse et se prolongerait tout au long de l'enfance
» (FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. 2009. p. 80).

De plus, trois caractéristiques de l'attachement sont mises en avant par Bell et Goulet :

- « *La proximité physique et affective du parent avec son enfant ;*
- *La réciprocité durable dans les interactions : l'enfant attire l'attention du parent par des comportements d'attachement, le parent apprend à les reconnaître et y répond par des actions appropriées;*
- *L'engagement : les parents se sentent responsables de l'enfant et s'investissent dans leur rôle parental* » (FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. 2009. p. 81)

Enfin Brigitte Algranti (Psychiatre, Pédopsychiatre, clinicienne, Psychanalyste, et Auteure) parle de la relation mère-enfant et mentionne dans un de ses cours de pédopsy que :

Le premier espace qui va se créer entre l'enfant et sa mère est l'espace transitionnel. Il n'est ni propre à l'enfant seul, ni propre à la mère seule. Il est fait de leur union et de leur désunion à la fois. Il se concrétise par l'«objet transitionnel», objet consistant, malléable et doux que l'enfant manipulera, sucera, sentira et qui représentera l'union de la relation symbiotique initiale sans l'être réellement. C'est dans cet espace que deviendront possibles les premiers jeux et intérêts extérieurs puis les phénomènes culturels investis. Le tiers dans la relation mère-enfant, le père en premier lieu, mais aussi les intérêts de la mère en dehors de son enfant, sont particulièrement importants dans la constitution de cet espace pour l'enfant mais aussi pour ses propres investissements extérieurs.

Ainsi, la connaissance des stades de développement de l'enfant permet au soignant de mieux comprendre son comportement et la manière dont il perçoit son environnement. Ce repère théorique nous permet d'adapter nos actes dans le soin à l'enfant.

1.1.3) Les besoins fondamentaux de l'enfant

Afin que l'enfant se développe dans de bonnes conditions, il a des besoins qui doivent être satisfaits.

Dans le Larousse, on peut lire que le besoin se définit comme : “ *une exigence née d’un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique* ». Abraham Maslow, un psychologue américain, définit cinq niveaux de besoins :

1. **Les besoins physiologiques (à la base)**
2. **Les besoins de sécurité**
3. **Les besoins d’appartenance.**
4. **Les besoins d’estime de soi**
5. **Les besoins d’accomplissement (au sommet)**

Ces derniers sont hiérarchisés, c’est-à-dire qu’un individu ne passera au niveau supérieur qu’à condition d’avoir rempli le besoin précédent. Par exemple, si les besoins physiologiques ne sont pas satisfaits, l’enfant ne peut réaliser et satisfaire son besoin de sécurité. Ainsi la prise en compte des besoins fondamentaux de l’enfant est nécessaire. En effet, ils sont essentiels à un développement harmonieux de celui-ci. Il est donc primordial de tenir compte du niveau de développement de l’enfant, de ses besoins et de sa communication lors d’une prise en soin afin qu’elle soit optimale. Ce qui nous amène maintenant à nous intéresser à l’enfant hospitalisé en pédiatrie.

1.2) L’enfant hospitalisé en pédiatrie

L’hospitalisation d’un enfant n’est pas anodine. En effet, “*les soins à l’enfant appartiennent en premier lieu à la sphère familiale [...]. La maladie projette accidentellement le soin à l’enfant en dehors de la sphère intime, dans l’univers médical*” (Bénédicte Lombart, Les soins en pédiatrie 2016, p 189), cela constitue un bouleversement dans sa vie. Tout comme l’adulte, l’enfant dispose de droits.

1.2.1) Quels sont les droits de l’enfant hospitalisé ?

L’enfant détient en effet des droits et il faut noter qu’il existe en premier lieu des textes sur ses droits généraux. Nous pouvons notamment citer la “Convention Internationale des Droits de l’Enfant” (CIDE) de 1989 qui détaille 54 articles autour de ses droits dont celui d’*“être soigné, protégé des maladies, d’avoir une alimentation suffisante et équilibrée”*. Ensuite au cours de nos 3 ans de formations dans le cadre de l’UE 1.3 “Législation, éthique, déontologie” nous avons étudié plusieurs lois spécifiques aux personnes hospitalisées notamment la loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette loi renseigne les droits de la personne et est aussi applicable aux enfants hospitalisés. Elle stipule par exemple que le patient

détient le droit à sa dignité et le droit de disposer de soins les plus adaptés possible. Ainsi chaque enfant a le droit au respect de sa personne et de ses principes quelque soit son âge. Enfin, il y a des écrits qui s'adressent spécifiquement aux enfants hospitalisés. En effet, comme pour l'adulte, il existe une Charte de l'enfant hospitalisé (cf Annexe II) datant de 1988, qui sert de référence dans l'accueil et le soin à l'enfant à l'hôpital. Ainsi le personnel travaillant auprès d'enfant doit avoir connaissance de cette charte pour s'assurer que ses principes y sont appliqués. Comme le stipule l'article 6 de la charte de l'enfant hospitalisé, il doit être admis dans un service de soins dédiés spécifiquement aux enfants pour une prise en charge plus globale. Ainsi les enfants seront regroupés entre eux et ils pourront bénéficier de loisirs, de jeux et d'activités éducatives en fonction de leur âge.

1.2.2) Particularités de la prise en soin de l'enfant

Un enfant malade, c'est-à-dire qui *“souffre de troubles organiques ou fonctionnels ; qui est en mauvaise santé”* (Le Robert dictionnaire en ligne), est reçu selon la charte de l'enfant hospitalisé dans un service adapté, dans un service de pédiatrie. Le livre *“Pédiatrie”* 3e édition A.Bourrillon (2001) définit la pédiatrie comme *“la médecine de l'enfant, c'est-à-dire la science du développement de l'enfant sain et malade, lié à l'affrontement entre son programme génétique et son environnement physique et social”*. Ce service accueille des enfants et des adolescents de la naissance jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Il constitue une des particularités de la prise en soin de l'enfant. Ensuite, une autre des spécificités de l'enfant est qu'il s'agit d'un être en développement comme nous l'avons vu, de ce fait, il diffère de l'adulte qui se définit selon Larousse.fr comme une personne *“qui est parvenu au terme de sa croissance, à son plein développement”*. Ainsi l'infirmière doit adapter ces informations en fonction du développement et du degré de compréhension de l'enfant (Article 4 de la Charte de l'enfant hospitalisé). Cet enfant en développement dispose de besoins qui lui sont propres qu'il faut prendre en compte. En effet, selon la Charte de l'enfant hospitalisé *« 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 »*. Par ailleurs, l'article 2 indique que *“l'enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leurs substituts auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.”* Ainsi il y a la présence des parents de l'enfant. De plus, rappelons que l'enfant est un mineur et de ce fait soumis à l'autorité parentale, ainsi même si ils ont des droits comme nous l'avons vu précédemment, ils ne sont pas décisionnaires des choix concernant leurs santé. En effet, ce sont les parents ou représentants légaux de l'enfant qui consentent ou non aux soins. Cependant, cela ne veut pas dire que l'enfant y adhère forcément, il peut être dans le refus de celui-ci. De ce fait l'infirmière se retrouve à tenter de recueillir l'acceptation du soin par l'enfant.

2) L'acceptation du soin par l'enfant

2.1) Le soin en pédiatrie

Comme nous l'avons vu, l'enfant hospitalisé va être admis en service de pédiatrie où lui seront prodigués des soins adaptés en tenant compte de ses spécificités.

2.1.1) Qu'est ce que le soin ?

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) : « *Un acte de soins est un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne. Un acte de soins peut se décomposer en tâches définies et limitées, qui peuvent être interdépendantes dans leur réalisation. Dans un même acte de soin, certaines tâches peuvent être réalisées par des professionnels différents* » Ainsi un soin est réalisé quand la santé d'un individu est altérée ou dans le but de conserver cette dernière.

Qui dit soin, dit personne pour réaliser le soin en question, donc cela implique un soignant. Nous allons donc nous intéresser au rôle de l'infirmière qui est la " *Personne habilitée à assurer la surveillance des malades et à les soigner sur prescription médicale*" (Larousse.fr)

2.1.2) Le rôle de l'infirmière

Selon le Code français de la santé publique :

«Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des Soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation à la santé et de formation ou d'encadrement. ».

L'Article R.4311-5 mentionne les actes relevant du rôle propre de l'infirmier qui sont des soins " *visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage*". Le rôle prescrit est décrit dans l'Article R.4311-7:

"L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin."

De ce fait, le soin inclut le soignant, ici l'infirmière qui va réaliser le soin dans le cadre de son rôle propre ou de son rôle prescrit et pour que cela se fasse dans de bonnes conditions cela nécessite la création d'une relation soignant-soigné.

2.1.3) La relation soignant-soigné en pédiatrie

Dans le cadre de l'UE 1.1 Psychologie, sociologie anthropologie S2 nous avons eu un cours par Monsieur Robin formateur à l'IFSI, sur les différents types de relations dans lesquelles nous était donnée la définition suivante de relation : *“Lien, rapport entre des choses ou des personnes, une situation complexe avec des composantes multiples, qui a une certaine polysémie (Connaissance, personne avec qui l'on est en contact)”*. Pour A. Manoukian « Une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires ». « Au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens. » (La relation soignant-soigné, 2008). En outre, dans le soin à l'enfant, la relation soignant-soigné est très spécifique. En effet selon Pascale Wanquet Thibault (cadre supérieur de santé, infirmière puéricultrice) *“accueillir l'enfant à l'hôpital implique d'accueillir ses parents. Dans ce contexte, la traditionnelle relation soignant/soigné devient une relation triangulaire, une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation les uns avec les autres”* (L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage, 2015, p.67). Ainsi la relation soignant-soigné en pédiatrie inclut un troisième élément, le parent. Il est du rôle de l'infirmière d'inclure le parent dans le soin de leur enfant en cherchant à favoriser les échanges entre eux. Le but recherché de cette relation est le bien-être de l'enfant.

La relation soignant-soigné peut permettre une alliance thérapeutique avec l'enfant mais également avec les parents qui font partie intégrante du soin à l'enfant car en effet il est question de relation triangulaire en pédiatrie. Cela permet la création d'un climat de confiance et de ce fait peut favoriser l'adhésion au soin.

2.2) L'acceptation du soin s'oppose au refus de soin

Ensuite, pour qu'il y ait la réalisation d'un soin, il faut que le patient, dans le cadre de mon mémoire, l'enfant, accepte la réalisation de ce soin. Mais également les parents, sans oublier le soignant. L'acceptation peut-être définie comme une « *action d'accepter, de recevoir, d'agréer quelque chose, consentement, accord : Donner son acceptation à un projet.* » (Larousse site web).

2.2.1) L'acceptation de l'enfant et du parent

Comme nous l'avons vu, le soin à l'enfant a des particularités qui lui sont propres notamment la présence du parent. Il est important de prendre en compte le fait que l'enfant est soumis selon le Code Civil à l'autorité parentale, cette dernière *"appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne."* (Article 371-1). Ainsi les parents doivent accepter le soin, ce sont eux qui donnent leur consentement dans sa réalisation. Si le jeune enfant ne consent pas au soin mais que ses parents l'ont accepté rien n'empêche le soignant de réaliser le soin même s'il est primordial de rechercher l'adhésion de l'enfant. En effet, le Code Civil stipule que *"Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité."* (Article 371-1). De plus, nous avons vu dans la partie sur les droits de l'enfant hospitalisé, que la loi du 4 mars 2002 s'applique aussi aux mineurs. Il est mentionné que :

« Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.»

En outre, Marie Claude Haumont, psychologue, évoque que *« l'acceptation pleine et entière [...] doit être recherchée tant d'un point de vue physique, émotionnel, mental que spirituel»* (Le chemin de l'acceptation p.69). Ainsi il est du rôle de l'infirmier de rechercher cette *"acceptation pleine et entière"* de l'enfant, afin que le soin se déroule dans les meilleures conditions possibles mais également du parent.

2.2.2) L'acceptation du soignant

Enfin, il est important de souligner qu'un soignant peut refuser de réaliser un soin. En effet, l'article R4312-12 du code de déontologie infirmier de 2016 encadre l'interruption ou le refus de dispenser des soins par l'infirmier, hors cas d'urgence : *"Si l'infirmier se trouve dans l'obligation d'interrompre ou décide de ne pas effectuer des soins, il doit, sous réserve de ne pas nuire au patient, lui en expliquer les raisons, l'orienter vers un confrère ou une structure adaptée et transmettre les informations utiles à la poursuite des soins"*. Au cours de son exercice, l'infirmier peut en effet être confronté à des situations où il n'a pas d'autre choix que de cesser des soins, pour préserver sa sécurité par exemple, ou ses valeurs, en veillant à ne pas porter préjudice au patient. Ainsi, il est

possible pour le soignant de ne pas accepter la réalisation d'un soin. Si cela se produit, le soignant doit en expliquer les causes et peut déléguer le soin à un collègue par exemple.

Nous venons de voir que l'acceptation du soin est primordiale pour l'enfant mais aussi pour les parents et les soignants.

2.3) Faire face au refus de soin de l'enfant

Si il n'y a pas acceptation du soin, l'infirmière peut être confrontée au refus de soin.

2.3.1) Qu'est ce que le refus de soin ?

Tout d'abord qu'est ce que le refus de soin de manière générale. Le refus de soin fait partie des dynamiques relationnelles que nous avons étudiées en première année de formation dans le cadre de l'UE 1.1 S2 "*Psychologie, sociologie et anthropologie*". Nous avons vu que ce concept avait 2 facettes. Le refus de soin du patient d'un côté et le refus de soin du soignant de l'autre. Nous allons nous intéresser au refus de soin du patient. Ce dernier dans notre cours se définit comme le "*Droit de dire non, de ne pas donner son consentement en connaissance de tous les éléments médicaux (intérêt du traitement, conséquences du refus, risques liés au traitement, les alternatives possibles...)*". *Tout comme le consentement au soin, le refus de soin doit être libre et éclairé. Le refus de soin n'est pas définitif, le consentement non plus : le patient peut à tout moment revenir sur son choix. Il faut distinguer le refus de soins infirmiers (toilette) du refus de soins médicaux (opération, traitement).*" Dans le cadre de mon mémoire, le patient en question est l'enfant entre 3-5 ans ; nous allons donc nous intéresser au concept de refus de soin chez l'enfant.

2.3.2) Le refus de soin chez l'enfant

La notion de refus de soin chez l'enfant se réfère à son niveau de développement. Rappelons que l'enfant de 3-5 ans se trouve selon Jean Piaget dans le stade préopératoire. A ce stade, l'enfant effectue des rapprochements par l'apparition de la représentation symbolique mais a plus de mal avec les notions abstraites. Ainsi il est complexe pour l'enfant d'intégrer la notion de consentement et l'impact du refus de soin qui sont des notions abstraites. Par exemple, l'enfant ne parvient pas à rapprocher mentalement l'objet *aiguille* de la catégorie *soins* (Lombart, 2016). En effet, selon Bénédicte Lombart l'enfant n'est pas en capacité de raisonner et d'identifier l'intérêt du soin, ce qui peut expliquer son refus (*Les soins en pédiatrie, faire face au refus de l'enfant*, 2016 p.126). Ainsi on

ne peut pas réellement parler de refus de soin de l'enfant entre 3 et 5 ans dû à son incapacité à raisonner autour de celui-ci.

*En effet, le consentement procède de la rencontre de la capacité de discernement d'un patient et d'une information loyale, claire et appropriée. Il n'est de consentement, et donc de refus valide, qu'en présence de ces deux éléments. Puisque le jeune enfant n'a pas de capacité de discernement, on ne peut lui demander de consentir au soin et tous les moyens pour bien le dispenser seront utilisés malgré son opposition, sa colère ou sa crainte, avec l'aide des parents. Ce raisonnement imprègne l'attitude pédiatrique, y compris lorsque l'enfant grandit. (Rouget, S. (2017). « C'est pour ton bien. ». Face au refus de soin de l'enfant. *Enfances & Psy*, 73, 146-154).* Ainsi, le refus de soin peut mener à l'usage de moyens comme la contention.

2.3.3) La contention pour faire face au refus de soin de l'enfant

Le Larousse définit la contention comme étant un *“Procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité”*. Il existe plusieurs types de contention : la contention physique (ou manuelle) qui est le recours à la force physique, mécanique qui est l'utilisation de dispositifs spécifiques (ex: ceinture ventrale) ou non (ex: draps), environnementale en référence au lieu (ex: fermer une chambre à clé) et la contention chimique en lien avec les thérapeutiques (sédatifs, psychotropes). Dans un article intitulé *“éviter la contention de l'enfant lors des soins”* paru sur le site SPARADRAP (association pour les enfants malades ou hospitalisés) en 2016 et écrit par Bénédicte Lombart, Cadre de santé et Caroline Ballée, chargée de communication numérique, SPARADRAP, il est mentionné que *“Le jeune enfant, lorsqu'il est inquiet ou effrayé, n'est naturellement pas enclin à accepter les soins. Il peut se débattre et s'agiter, ce qui conduit parfois à le contenir de force lors des soins”*. En effet, il est mis en évidence dans cet article que les professionnels face à la complication d'un soin se tournent vers la contention qui apparaît comme inéluctable même si cette décision n'est pas facile et reste tabou. La réalisation du soin est alors prioritaire par rapport aux attitudes de l'enfant. Dans un autre article intitulé *“la contention lors des soins en pédiatrie”* paru en 2016 sur le site Bioéthique.com, Bénédicte Lombart, met en évidence qu'*“En pédiatrie, l'enfant effrayé peut se débattre et s'agiter au cours d'un soin et il arrive que plusieurs adultes le maintiennent pour poursuivre le geste. Un rapport de force s'installe alors”*. Nous pouvons noter qu'il n'existe pas encore de recommandation HAS concernant l'usage de la contention en pédiatrie contrairement à la personne âgée pour laquelle il existe des recommandations HAS de bonnes pratiques. Cependant, il est intéressant de souligner que l'Hôpital Trousseau de Paris a effectué en 2009 un audit portant sur l'utilisation de la contention avec la définition de plusieurs

niveaux de contention s'étendant du niveau zéro correspondant à "pas de contention avec un enfant calme et détendu", au niveau 4 " « contention très forte » : une ou plusieurs parties du corps de l'enfant sont maintenues (par plusieurs personnes) avec réaction de retrait, agitation importante de l'enfant, se débat fortement malgré la contention" (Cf Annexe III).

Afin d'éviter la contention qui peut être traumatisante pour l'enfant, et le parent comme le souligne l'article sur le site SPARADRAP: "*La contention peut aussi être vécue comme tellement stressante voire « violente » par des parents, qu'ils refusent d'être présents lors du geste, renforçant encore la détresse de l'enfant.*" ("*éviter la contention de l'enfant lors des soins*", 2016), l'infirmière peut utiliser plusieurs outils, afin de prévenir et limiter la contention et parvenir à l'adhésion de l'enfant.

2.3.4) Éviter la contention de l'enfant

"Une prise en charge insuffisante de la douleur et de l'état émotionnel de l'enfant engendrent sa détresse et son agitation. Les contraintes organisationnelles et la nécessité de réaliser le geste conduisent à la contention. Les alternatives interviennent donc à plusieurs niveaux" (Bénédicte Lombart "*éviter la contention de l'enfant lors des soins*", 2016 site SPARADRAP). Les différentes alternatives qu'énonce Bénédicte Lombart dans son article "*éviter la contention de l'enfant lors des soins*" (2016) sont les suivantes : l'utilisation de moyens médicamenteux, notamment pour prévenir et limiter la douleur comme "*L'administration d'antalgiques, La crème anesthésiante, Le MEOPA*". Ensuite, on retrouve l'importance d'informer "*Pour maîtriser au mieux la situation, l'enfant doit savoir ce qu'on va lui faire, qui va s'occuper de lui, combien de temps cela va durer, ce qui risque d'être difficile, douloureux, inconfortable et surtout les solutions proposées pour éviter ou limiter ces difficultés...*". Par ailleurs, Bénédicte Lombart met en avant également le fait de détourner l'attention du soin de l'enfant par l'utilisation de la distraction qui "*agit en saturant la sensorialité de l'enfant. Il s'agit de solliciter différents sens (vue, ouïe, toucher, goût, odorat) pour concurrencer la sensation désagréable ou douloureuse liée au soin*". En effet Pascale Wanquet-Thibault indique dans son article "*La distraction dans les soins*" paru en Novembre 2020 dans la revue L'infirmière N°2 (p 28,29,30) que la distraction "*consiste à détourner l'attention du patient de sa problématique (douleur, souffrance, angoisse liés à la santé) en utilisant la diversion*" (p.29). La distraction passe par exemple par "*l'utilisation d'objets ludiques, de chansons, de marionnettes, de bulles de savon, de caresses ou de comptines*" (Bénédicte Lombart, 2016). Puis, il y a aussi la possibilité de faire des pauses dans le soin, notamment lorsque le soin s'étend sur la durée, ce qui peut entraîner l'agitation de l'enfant (Bénédicte Lombart, 2016). Cependant si tous ces outils ne permettent pas de calmer l'enfant, le

report du soin est une bonne option si l'état de santé de l'enfant le permet. (Bénédicte Lombart, 2016)

Ainsi, pallier son refus de soin, et éviter la contention qui peut être traumatisante pour l'enfant, l'infirmière peut utiliser plusieurs techniques, afin que l'enfant adhère au soin comme nous l'avons vu. Dans mes situations d'appel, l'infirmière face au refus de soins de l'enfant, a utilisé le doudou de celui-ci. Comme énoncé dans mon introduction, le doudou au sens générique se nomme objet transitionnel. Intéressons-nous à ce dernier.

3) L'objet transitionnel, un outil pour le soignant en pédiatrie ?

Donald Winnicott, pédiatre, psychiatre et psychanalyste britannique est le premier à avoir utilisé le terme d'"*objet transitionnel*" dans son article « *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels* » écrit en 1951. Il y présente cet objet comme primordial pour l'enfant dans son développement psychique. L'objet transitionnel est le premier objet choisi par l'enfant, Winnicott parle de premier objet « *non-moi* » qui indique que l'enfant l'intègre comme ne faisant pas partie de lui. Il est généralement choisi vers les 6-8 mois de l'enfant, et cela peut durer jusqu'à ses 6 ans. Ainsi la tranche d'âge de mon mémoire de 3-5 ans est enclin à posséder cet objet.

3.1) Qu'entend-t-on par objet transitionnel ?

3.1.1) Un objet de transition

En premier lieu, cet objet existe afin de permettre à l'enfant d'effectuer une transition. Il permet le passage de l'enfant comme faisant partie de sa mère, à l'enfant comme étant un être individuel. En effet, dans le dépliant sur l'objet transitionnel réalisé par la Maison Kangourou, une association du monde de la Petite Enfance (Cf Annexe IV), il nous est indiqué que "*pour le bébé, lui et sa mère sont un, il n'existe pas de distinction qui lui soit perceptible*". De ce fait, *Il prend conscience à travers son rapport à cet objet qu'ils sont distincts l'un de l'autre...*". L'objet permet à l'enfant de se développer en tant qu'individu. Chrystel Benoît-Marhuenda, psychanalyste, indique dans son écrit "*Le doudou... ou objet transitionnel*", que "*L'objet transitionnel vit dans l'espace transitionnel, il y tient une place essentielle, nous le connaissons tous sous le nom de « doudou »*." Winnicott a évoqué cette notion d'espace transitionnel en parlant "*d'aire transitionnelle*", qui se définit selon Nathalie Neyrolles, psychologue clinicienne psychothérapeute, comme un "*espace d'illusion qui se situe entre la maman et son enfant, aire intermédiaire entre réalité psychique et réalité extérieure*". (Article "*Échec de l'aire transitionnelle*"). De plus, elle nous indique que pour les processus de représentation et de

symbolisation de l'enfant, cette aire tient une place primordiale et qu'elle incite l'enfant à se détacher de sa mère pour devenir indépendant. Ainsi l'objet transitionnel permet à l'enfant d'effectuer une transition, de se détacher de sa mère et de prendre conscience de son individualité. De ce fait, ce dernier est pour l'enfant le prolongement de son parent et plus particulièrement du lien qu'il entretient avec sa mère.

3.1.2) Un lien entre l'enfant et son parent

L'objet transitionnel est l'allégorie de l'union de l'enfant à ses parents. Annick Simon psychologue clinicienne dépeint le "doudou" comme étant le miroir des parents, elle écrit p.26 de son ouvrage *"Accompagner le développement du petit enfant"* (2019), qu'*"Il n'est pas étonnant qu'il se pare des qualités (et des défauts) des parents, puisqu'il est celui qui illustre et symbolise la relation parents-bébé"*. L'enfant cherche à représenter ses parents par le biais de son objet transitionnel. En effet, Suzanne Vallières, psychologue, évoque l'objet transitionnel comme *"le prolongement de la mère"* (Article *"le doudou: son rôle en tant qu'objet transitionnel"* de Paulina Jonquières d'Oriola 24/02/2016). Ce que mentionne également Pr Daniel Marcelli, pédopsychiatre, et Dr François Undreiner, pédiatre, dans leur article *"Rôle de « l'objet transitionnel », le doudou, dans le développement du bébé"* (5 janvier 2021) en indiquant aux parents que *"Le doudou, c'est cet « objet transitionnel » qui fait la transition entre vous et votre bébé", que "Son doudou c'est un peu vous"*. Ainsi l'objet transitionnel représente pour l'enfant une extension de son parent, de sa figure d'attachement". Cependant, même si la fonction d'objet transitionnel revient généralement à ce qu'on appelle le "doudou", cela n'est pas une vérité générale.

3.1.3) Un objet pas forcément "objet"

En effet, la plupart du temps l'enfant se tourne vers une peluche, un tissu, pour faire office d'objet transitionnel. Cependant, comme le mentionne le prospectus sur l'objet transitionnel de la Maison Kangourou (Cf Annexe IV), l'enfant peut trouver une autre alternative, comme par exemple un mouvement répété (se caresser l'oreille, se toucher les cheveux), une chanson...c'est ce que Winnicott nomme des *"phénomènes transitionnels"*. Annick Simon, dans son ouvrage *"Accompagner le développement du petit enfant"* (2019) à la p.28 parle elle de "Doudous cachés", ce qui se rapporte aux *"phénomènes transitionnels"* de Winnicott. En effet, Annick Simon indique à la p 29 que l'objet transitionnel *"n'est pas obligatoirement un objet doux. Ce peut être une chanson, une musique[...], une odeur..."*. Ainsi les objets transitionnels peuvent être de natures diverses. Pour Emilie Bun

Chauvet, psychologue, c'est bien l'enfant qui élira l'objet, quelle que soit sa nature (Article "*L'objet transitionnel ou "doudou"*" du 9 avril 2019).

Cet objet est donc important pour l'enfant qui le possède. Il représente une véritable étape dans son développement psychique et affectif et de ce fait, il est investi de fonctions bien spécifiques.

3.2) Quelles sont les fonctions de cet objet ?

3.2.1) Un soutien à la séparation avec les parents

Tout d'abord, nous avons souligné que l'objet transitionnel représente pour l'enfant son lien avec son parent, et plus précisément avec sa mère. Ainsi, une des fonctions de cet objet est d'aider l'enfant à supporter l'absence de sa mère. C'est ce que mentionne l'article "*Le rôle du "doudou" au bloc opératoire*" à la p.23 du Cahier de la puéricultrice n°279 (2014), "*Le doudou [...] est utilisé comme objet transitionnel pour pallier la séparation avec la mère*". Cet objet fait figure d'intermédiaire lors de la séparation. Suzanne Vallières, psychologue, explique que l'objet transitionnel accompagne au fil du temps l'enfant dans l'abandon du besoin constant de sa mère parce qu' "*il est garant de la permanence de l'objet*". Ainsi, l'objet transitionnel représente pour l'enfant une continuité du parent dans sa pensée, malgré le fait qu'il ne soit pas présent physiquement. L'enfant se rattache donc à l'objet qui lui fait penser à ses parents et cela lui permet de ce fait de supporter cette séparation. Avec son objet transitionnel à ses côtés l'enfant sent une présence, il se sent entouré, comme en sécurité.

3.2.2) Répond au besoin de sécurité de l'enfant et développe son autonomie

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'enfant a des besoins fondamentaux qui doivent être comblés afin de garantir son bon développement. L'objet transitionnel permet de répondre au besoin de sécurité de l'enfant. En effet, Catherine Aimelet-Périssol psychothérapeute, explique dans l'article "*tout savoir sur le rôle du doudou*" (01.04.2019 sur le site de la maison des maternelles) que :

« L'enfant qui naît n'est pas uniquement un être affectif attaché à sa mère. Il va répondre naturellement à ses propres besoins notamment via le contact avec cet objet qui est une source de repères pour lui, qui le rassure. Ça lui permet de trouver par lui-même sa propre sécurité, même quand il n'est pas en rapport direct avec ses parents. ».

Nous pouvons ajouter à cela les dires de Sarah Amiel, psychologue clinicienne, dans l'article "*De l'ère du doudou à l'aire transitionnelle*", où elle indique que "*l'objet transitionnel ou le doudou est bénéfique pour la sécurité interne du tout petit*". Elle évoque aussi le fait que cet objet représente

pour l'enfant un moyen d'intégrer la gestion de ses émotions, de développer son autonomie, tout en lui permettant de déceler ses facultés internes primordiales à sa sécurité affective. Ainsi l'objet transitionnel permet à l'enfant de répondre par lui-même à son besoin de sécurité en incarnant quelque chose qu'il connaît, ce qui contribue également au développement de son autonomie.

Comme l'objet transitionnel fait figure de parent lors de la séparation et permet un sentiment de sécurité en servant de repère, il peut favoriser l'atténuation des angoisses et permettre de calmer l'anxiété de l'enfant.

3.2.3) Un outil contre les angoisses, l'anxiété et l'inconnu

Tout d'abord, Le Larousse définit l'angoisse comme une *"Grande inquiétude, anxiété profonde née du sentiment d'une menace imminente mais vague"* et l'anxiété comme une *"Inquiétude pénible, tension nerveuse, causée par l'incertitude, l'attente ; angoisse"*. Ces deux notions ont donc un sens proche. L'objet transitionnel permet d'agir sur ces dernières. En effet, Christine SCHUHL, formatrice petite enfance, mentionne que *"le doudou apaise, permet de se replier sur soi, sur sa propre odeur, comme pour reprendre des forces, se recentrer"* (Article *"Le doudou, un objet sensoriel"* 1/01/2018, p 32-33 *Métiers de la petite enfance* n°254), qu'*"Il est cet assemblage sensoriel qui instantanément rassure le bébé"*, et enfin qu'*"Il est cet objet que l'enfant touche, qu'il caresse, qu'il triture avec ces gestes répétitifs qui le rassurent"*. Ainsi l'objet transitionnel plonge l'enfant dans un univers connu notamment par le biais de son odeur qui selon Suzanne Vallières, psychologue, *"est très importante car elle rappelle au bébé de bons moments dans son environnement sécurisant"* (Article *"le doudou: son rôle en tant qu'objet transitionnel"* Paulina Jonquières d'Oriola 24/02/2016), par une texture généralement douce, familière, et cela agit sur l'enfant et fait disparaître la menace de l'inconnu qui génère ses émotions. En outre, comme nous l'avons vu, il représente un lien entre l'enfant et sa maman, et de ce fait permet de calmer l'angoisse de la séparation avec cette dernière car il la représente.

Ainsi l'objet transitionnel est doté de plusieurs fonctions. Il accompagne le jeune enfant dans ses étapes de développement et il constitue un allié face à l'inconnu afin de contribuer à sa réassurance. De ce fait son utilisation dans le soin à l'enfant qui est un univers inconnu à ce dernier peut devenir un outil pour le soignant.

3.3) L'utilisation de l'objet transitionnel dans le soin

L'objet transitionnel, le "doudou" de l'enfant, est investi par le monde du soin du fait de ses fonctions pour l'enfant. Servant d'outil d'information, de médiateur de soin, cet objet semble faciliter la prise en soin du tout petit et la relation soignant-soigné. En effet, Pr Daniel Marcelli, pédopsychiatre, et Dr

François Undreiner, pédiatre, mentionnent dans leur article *“Rôle de « l’objet transitionnel », le doudou, dans le développement du bébé”* (5 janvier 2021), que *“Le rôle du médiateur du doudou est important”*. Ils indiquent que son utilisation est incitée par des médecins afin d’obtenir l’adhésion d’un acte de soin (vaccin, anesthésie). En effet selon eux, si un enfant refuse un soin, *“le médecin peut l’y préparer en auscultant sa peluche au préalable ; ainsi le doudou «teste» la situation, sous le regard de votre bébé”*. De plus, quand le jeune enfant est plus âgé (vers 3 ans), c’est lui qui peut examiner son “doudou”, ainsi quand cela sera à son tour, l’enfant sera plus détendu car il prendra le soin comme un jeu. Cette dimension du jeu avec l’objet transitionnel de l’enfant dans le soin est investi par l’hôpital Raymond Poincaré à Paris, dans le service de Médecine physique et de réadaptation de l’enfant où est mis en place *“Le plâtre du doudou”*, qui *“organise l’intervention du doudou d’enfant [...] qui vont se faire opérer pour la première fois”*. Ce dispositif est présenté dans un article aux p.42-45 de la revue Objectif soins N°189 écrit par Lahouari Zergane, cadre de santé. Il se tourne vers les enfants de 2 à 6 ans et il a pour but d’illustrer l’opération aux enfants, cela *“Permet à l’enfant de “jouer son opération””, “À travers la symbolique du doudou, cette démarche a pour but de mettre en “jeu” ce que vivra l’enfant”*. Ici l’objet transitionnel sert également d’outil de communication avec l’enfant. Ce dispositif *“explique dans un langage très simple les différentes étapes afin de rassurer”*. De plus, dans l’article, il est noté que *“cette préparation pré-opératoire [...] permet une baisse de l’angoisse de l’enfant”, que “les enfants [...], comprenant mieux le déroulement de l’opération et les conséquences immédiates[...], seront moins angoissés ou auront moins de craintes”*.

Ainsi l’objet transitionnel participe aux soins de l’enfant qui le possède et a un rôle à jouer dans sa réalisation d’après les recherches théoriques effectuées.

IV) Le dispositif méthodologique du recueil de données

1) Le guide d’entretien et ses objectifs

Après avoir effectué mes recherches à travers différentes lectures, je poursuis avec la réalisation de mes entretiens afin d’aller interroger les professionnels de terrain autour de mon sujet de mémoire.

La réalisation de ces entretiens va me permettre de confronter les idées des deux professionnels interrogés avec les apports théoriques qui constituent mon cadre conceptuel. De plus, rencontrer des infirmières peut m’apporter de nouveaux concepts en lien avec mon sujet auxquels je n’aurais pas pensé. J’ai fait le choix de faire un entretien semi-directif car il permet de centrer le discours des

personnes interrogées autour de mon thème, tout en laissant à la personne interviewée la possibilité de s'exprimer. Pour faciliter cela, mes questions sont essentiellement des questions ouvertes.

J'ai réalisé mon guide d'entretien (cf. Annexe V) autour de différents objectifs. Tout d'abord mon premier objectif était de relever **les spécificités du soin à l'enfant**. Le deuxième objectif visait à identifier **les caractéristiques de la relation soignant-soigné en pédiatrie**. Le troisième objectif était d'explorer **le vécu des professionnelles interrogées face au refus de soin de l'enfant ainsi que les conséquences pour l'enfant de son refus et ses réactions**. Le quatrième objectif avait pour but de mettre en évidence **les "outils" favorisant le soin à l'enfant**. Enfin, le cinquième objectif consistait à identifier **le rôle du "doudou" dans l'acceptation de l'enfant au soin**. Ces objectifs m'ont permis de structurer mon guide d'entretien et ainsi de recueillir des données plus significatives et pertinentes pour mon analyse. Avant de réaliser mes entretiens, ma référente de MIRSI m'a conseillé de tester mon guide d'entretien auprès d'une personne de mon entourage, famille ou amis, afin de m'entraîner d'une part à mener un entretien et d'autre part pour voir si mes questions étaient compréhensibles, pertinentes et surtout cohérentes. L'objectif étant de réajuster mon guide d'entretien par la suite, si des questions étaient mal formulées et si les réponses données ne correspondaient pas à mes attentes. J'ai donc réalisé mon entretien auprès de ma maman, qui est auxiliaire de puériculture, et cela m'a permis de valider mon guide d'entretien tel qu'il était.

2) La population cible

Pour réaliser mes entretiens semi-directifs, je dois interroger des infirmières exerçant au sein d'un service de pédiatrie car mon sujet de mémoire porte sur l'enfant. Mais surtout le point essentiel était qu'elles aient de l'expérience auprès des jeunes enfants et notamment les 3-5 ans car il s'agit de la tranche d'âge délimitée dans mon mémoire. De plus, j'ai fait le choix d'interroger des infirmières puéricultrices car elles disposent de ce fait d'une spécialisation dans le domaine de la petite enfance. Par ailleurs, mon projet professionnel étant de devenir infirmière puéricultrice, je me suis dit que les échanges allaient être enrichissants d'une part pour mon mémoire mais aussi personnellement et qu'elles pourraient être des personnes ressources à l'avenir. Enfin, j'ai également voulu interroger des professionnels ayant fait plusieurs services de pédiatrie pour que l'échange soit riche de par leurs expériences professionnelles dans les divers services. J'ai réalisé un tableau récapitulatif des personnes interrogées permettant une vision globale qui se trouve en Annexe VI.

3) L'organisation des entretiens

Afin de réaliser mes entretiens, j'ai voulu dans un premier temps demander aux infirmières sur mon lieu de stage S6-1 afin de faciliter leur réalisation, cependant elles n'avaient pas d'expérience auprès d'enfant de 3-5 ans. J'ai donc fait appel à une de mes amies de la promotion qui a un frère infirmier. Elle a pu obtenir par le biais de son frère le numéro d'une infirmière puéricultrice que j'ai contactée afin de convenir d'une date pour réaliser l'entretien. Pour trouver ma deuxième personne à interroger, j'ai demandé à cette même infirmière si parmi ses collègues, une personne accepterait d'effectuer un entretien. Ainsi j'ai pu obtenir un autre numéro d'une infirmière puéricultrice et fixer mon deuxième entretien. Les deux professionnelles n'étant pas dans la même région que moi, nous avons convenu ensemble d'une date et d'un horaire pour effectuer avec leurs accords une visioconférence afin de réaliser les entretiens. J'ai privilégié la visioconférence, afin de pouvoir avoir un contact visuel malgré la distance pour rendre l'entretien plus humain, plutôt qu'un simple appel téléphonique. Concernant les conditions de réalisation des deux entretiens, j'ai veillé à avoir une bonne connexion internet, et être dans un endroit calme afin de ne pas être interrompue et d'être dans les meilleures conditions possibles. Ainsi mon premier entretien s'est réalisé dans mon appartement seule et le second à l'IFSI dans une salle où j'étais seule également. Enfin, pour faciliter les échanges avec les infirmières, la retranscription des entretiens, et simplifier leur analyse par la suite, j'ai enregistré ces derniers à l'aide d'un téléphone avec l'accord des professionnelles. La durée de mes deux entretiens est aux alentours des vingt minutes.

4) Bilan du dispositif

4.1) Points forts

L'entretien semi directif que j'ai réalisé a eu pour atout, comme mentionné plus haut, de permettre aux professionnelles de pouvoir énoncer leurs idées, leurs points de vue de façon approfondie. Toutefois, il a aussi permis d'orienter les réponses afin de pouvoir répondre à mes objectifs posés sans pour autant être trop restrictif sur la possibilité de réponse apportée de par la formulation des questions qui étaient des questions ouvertes. Ensuite, la réalisation de ces entretiens constitue pour moi un exercice très formateur. Cela m'a permis d'appréhender la méthode de la conduite d'entretien, qui est un exercice que je n'avais jamais réalisé et qui nécessite de l'entraînement et pour ma part, de travailler sur ma timidité et mon aisance à l'oral. Ce fût également un exercice très enrichissant car il m'a permis d'échanger auprès de professionnelles autour de la prise en soin d'un enfant et ainsi me permettre de me projeter en tant que future professionnelle de santé et de me

questionner sur ma pratique professionnelle. Ce travail m'a placé dans un processus de réflexion et de questionnement.

4.2) Difficultés

Lors de la réalisation de mes entretiens j'ai pu rencontrer quelques difficultés. Tout d'abord dans la recherche de professionnels à interroger. En effet, il a fallu trouver des professionnels disponibles et savoir adapter mon emploi du temps en fonction de leurs disponibilités. De plus, les professionnels qui ont accepté mes entretiens ne sont pas dans la même région que moi, j'ai donc dû réaliser mes entretiens en visio ce qui a ajouté une contrainte supplémentaire au déroulé des entretiens. Enfin, j'ai rencontré une difficulté au niveau de mon guide d'entretien avec l'IDE 2 concernant mes deux premières questions qui pour elle se rejoignent, elle a donc eu du mal à trouver ses mots pour y répondre et j'ai dû reformuler pour que cela soit plus clair pour elle.

4.3) Limites

Nous pouvons mettre en avant des limites à ce dispositif. Tout d'abord, compte tenu du faible échantillonnage de personnes interrogées, nous ne pouvons généraliser les résultats obtenus. De plus, le choix des professionnelles interrogées constitue également une limite à prendre en compte. En effet, il s'agit toutes les deux d'infirmière puéricultrice donc disposant d'un apport de connaissances sur l'enfant. Il aurait été intéressant de réaliser un entretien avec une infirmière non spécialisée en puériculture pour croiser les réponses. Par ailleurs, les deux infirmières interrogées travaillent aux urgences pédiatriques, ce qui est aussi une limite. Il aurait été aussi pertinent de choisir deux services différents.

V) L'analyse des entretiens

Après avoir effectué mes entretiens, je vais maintenant poursuivre et procéder à l'analyse de ces derniers. Pour faciliter mon analyse des entretiens, j'ai réalisé des tableaux reprenant les propos des professionnels en fonction de mes objectifs de départ. Lors de l'analyse de mes entretiens, j'ai pu remarquer que les réponses obtenues aux questions 2 et 3 pouvaient se regrouper. J'ai donc décidé de fusionner mes deux objectifs correspondant aux questions, et ai ainsi réalisé 4 tableaux qui correspondent à mes 4 objectifs. Ces derniers se trouvent en annexes (cf Annexe VIII). Cela m'a

permis d'exploiter les échanges pour développer des liens et des comparaisons. Pour maintenir l'anonymat des soignants, j'ai décidé de nommer la première professionnelle « IDE 1 » et la seconde « IDE 2 ». Le terme « IDE » signifie infirmier diplômé d'Etat.

Nous aborderons dans un premier temps les spécificités et les caractéristiques de la relation soignant-soigné en pédiatrie. Puis nous nous attarderons sur le vécu des professionnelles interrogées face au refus de soin de l'enfant ainsi que les conséquences pour l'enfant de son refus et ses réactions. Ensuite, nous verrons quels sont les "outils" favorisant le soin à l'enfant, pour finir par étudier le rôle du "doudou" dans l'acceptation de l'enfant au soin.

1) Les spécificités et les caractéristiques de la relation soignant-soigné en pédiatrie.

Lorsque les infirmières expriment quelles sont selon elles les spécificités du soin à l'enfant et les caractéristiques de la relation soignant-soigné en pédiatrie, elles mettent en avant deux éléments. Tout d'abord, le fait que la relation en pédiatrie est une relation triangulaire, cela sous-entend qu'il y a une troisième personne en plus du soigné, qui est l'enfant, et le soignant. Cette personne est le parent de l'enfant. On note de ce fait une omniprésence du parent. En effet, l'IDE 1 mentionne qu'*"il y a le parent à côté"*, l'IDE 2 indique que *"c'est impossible de faire sans le parent"*. Ensuite, l'IDE 1 nous dit qu'il s'agit d'*"un travail en collaboration avec les parents beaucoup"*, et l'IDE 2 émet aussi cette idée en mentionnant le fait qu'on *"ne plus faire les soins sans la présence des parents"*. Ainsi, cette relation triangulaire implique de collaborer avec les parents. Enfin, l'IDE 1 souligne que si les parents *"ont du mal à contenir leurs émotions, à comprendre ce qu'on fait, etc, ça va être plus difficile de faire des soins auprès de leur enfant"*. De ce fait, pour elle, cette relation triangulaire implique de s'occuper du parent pour prendre en soin l'enfant.

Dans un second temps, il est important de connaître ce qu'est un enfant. Les infirmières insistent sur le fait qu'un enfant est un être en développement et qu'il est important de se référer à son niveau de développement *"parce que le développement de l'enfant entre 0-1 an par exemple, est complètement différent de celui entre 4 et 5 ans, et que celui entre 12 et 13 ans, il n'y aura pas les mêmes besoins"*, comme le souligne l'IDE 2. Puis les infirmières mettent en évidence le fait qu'un enfant n'est pas un adulte, elles insistent sur cette différence, *"on arrive pas comme pour un adulte "donnez moi votre main, je vais vous faire une prise de sang" c'est pas possible"* (IDE 2).

2) Le vécu des professionnelles interrogées face au refus de soin de l'enfant ainsi que les conséquences pour l'enfant de son refus et ses réactions.

Quand les infirmières expriment leur vécu face au refus de soin de l'enfant, elles évoquent leurs réactions en dernier recours. En premier lieu, elles soulignent la nécessité d'arrêter le soin *"J'ai fini par tout poser"* (IDE 1), *"on ne va pas s'acharner non plus"* (IDE 2). Dans un second temps, les infirmières peuvent en arriver à maintenir l'enfant pour la réalisation du soin, *"Les attacher, les contenir dans un drap, dans une couverture, dans un linge tout dépend de l'âge"* (IDE 2). Par ailleurs, l'IDE 1 insiste sur l'importance de revenir sur le refus de soin et les actions qui ont dû être mises en place pour que l'enfant, voire le parent, comprennent les actes de l'IDE : *"Après j'ai repris ça avec elle"* (IDE 1).

Ensuite, les infirmières parlent de l'enfant dans le refus de soin et notamment de ses émotions face aux soins. Elles mettent en évidence qu'un enfant peut ressentir de la peur *"parce que souvent ça leur fait un peu peur"* (IDE 1), peut être angoissé par le soin *"ça peut être très angoissant"* (IDE 2). De plus, l'IDE 2 évoque qu'un soin peut être *"très traumatisant rapidement si on ne parvient pas à adhérer"*.

Enfin, les infirmières soulignent qu'elles font face aux refus de soin de l'enfant fréquemment en service, elles le rencontrent au quotidien, *"ça arrive tout les jours les enfants ils ne sont pas forcément tout le temps d'accord"* (IDE 2)

3) Les "outils" favorisant le soin à l'enfant

Concernant les "outils" favorisant le soin à l'enfant, on remarque que les infirmières font ressortir deux familles distinctes.

Dans un premier temps, elles mettent en avant les outils non médicamenteux. Elles insistent sur l'importance des moyens humains et notamment sur l'utilisation de communication verbale d'une part en recherchant les centres d'intérêts de l'enfant afin de détourner son attention du soin *"on essaye aussi de faire un peu du détournement d'attention du soin par la parole, essayer d'aller discuter avec lui de ce qu'il aime"* (IDE 1). D'autre part l'IDE 1 évoque aussi l'importance de l'explication du soin en amont pour favoriser celui-ci : *"beaucoup d'explications du soin aussi"*. Ensuite, comme moyen humain favorisant le soin, on retrouve les collègues. En effet les infirmières mettent en évidence l'importance d'un binôme soignant : *"le travail en binôme en tout cas c'est ultra important"* (IDE 1), *"il nous faut absolument un binôme"*. Puis nous retrouvons aussi le parent de l'enfant qui peut être un outil selon les infirmières : *"le fait que les parents ils nous aident"* (IDE 1),

“obtenir son adhésion et à le rassurer et ça implique encore une fois d’avoir ouais une figure, d’avoir un parent quoi ou quelqu’un qui connaît ” (IDE 2) mais à l’inverse, cela peut être un frein aussi et l’infirmière se retrouve à devoir mettre le parent à l’écart pour faire le soin : “faire sortir le parent ça c’est une méthode qu’on emploie quand on a tout essayé et que l’enfant est incalable” (IDE 2). Ensuite les infirmières mettent également en avant l’utilisation de moyens matériels afin de détourner l’attention de l’enfant du soin, comme “les livres ça marche bien” (IDE 1), “la vidéo sur le portable (IDE 2), comme un doudou (IDE 2)”.

Dans un second temps, les infirmières parlent des moyens médicamenteux auxquels elles peuvent avoir recours pour favoriser le soin comme *“tout ce qui est anti-douleur palier 1,2,3” (IDE 2).*

4) Le rôle du “doudou” dans l’acceptation de l’enfant au soin

Lorsque les infirmières évoquent le rôle du doudou dans l’acceptation de l’enfant au soin, elles mettent en évidence son rôle de médiateur de soin. En effet, elles parlent du doudou comme un testeur de soin avant l’enfant : *“on met le bracelet au doudou ça aide aussi un peu à dédramatiser” (IDE 1), quand on doit faire un petit pansement, faire un plâtre et bah faire comme si on faisait sur le doudou... (IDE 2).* Par ailleurs, l’IDE 1 souligne l’importance d’obtenir le consentement de l’enfant pour utiliser ce doudou comme médiateur de soin car un enfant peut ne pas vouloir que son doudou soit “malade” et cela aura alors l’effet inverse que celui attendu : *“il y a des enfants où tu peux toucher au doudou et il n’y a pas de problème et au contraire ils préfèrent avoir vraiment le pansement au même endroit” “soit tu touches à son doudou et du coup ça ne se passe pas trop bien”.*

Dans un deuxième temps, elles mettent en lumière le rôle de soutien, de repère du doudou pour l’enfant qui le possède. En effet, les infirmières parlent du doudou comme une présence pour l’enfant *“il va rester avec toi”(IDE 1).* De plus il s’agit de quelque chose qu’il possède et qu’il contrôle *“à l’hôpital c’est un peu le seul truc qui lui appartient” (IDE 1).* Ensuite le doudou est un soutien car cela permet de rassurer l’enfant *“ça permet d’obtenir l’adhésion mais ça permet surtout de rassurer l’enfant, de l’apaiser, d’obtenir une acceptation plus facile” (IDE 2).* Enfin les infirmières évoquent le lien avec le parent par ce doudou : *“Il y a l’odeur souvent des parents” (IDE 1).*

Par ailleurs, les infirmières insistent sur le fait qu’elles utilisent le doudou de manière assez fréquente dans leur service : *“on l’utilise tout le temps, tout le temps, tu ne peux pas prendre soin d’un enfant sans un doudou dans un endroit qu’il ne connaît pas, avec des soins potentiellement douloureux c’est impossible de faire autrement.” (IDE 2)*

VI) Discussion

Maintenant, je vais poursuivre mon travail de recherche en tentant de mettre en relation les éléments théoriques mis en exergue lors de la réalisation du cadre conceptuel avec les éléments révélés par l'analyse des entretiens réalisés sur le terrain et mes expériences professionnelles et représentations autour de ma question de départ. Je vais réaliser cette discussion en reprenant les mêmes parties que lors de l'analyse de mes entretiens. Je vais donc m'intéresser dans un premier temps aux spécificités et caractéristiques de la relation soignant-soigné en pédiatrie. Puis dans un second temps je vais aborder le refus de soin de l'enfant. Ensuite, je vais m'attarder sur les "outils" favorisant le soin à l'enfant. In fine, je traiterai le rôle du "doudou" dans l'acceptation du soin par l'enfant.

1) Les spécificités et caractéristiques de la relation soignant-soigné en pédiatrie

Lors de mes entretiens, les deux infirmières ont mis en évidence le fait que la relation soignant-soigné en pédiatrie est une relation triangulaire de par la présence constante du parent de l'enfant soigné. Pour elles, il s'agit d'une des principales spécificités de la prise en soin d'un enfant. Pour ma part, j'ai pu me rendre compte de la réalité de cette spécificité lors de mon dernier stage à ce jour qui est mon stage de S6-1 que j'ai réalisé dans un service de néonatalogie où cette relation triangulaire était au cœur des soins de l'enfant : il fallait faire avec le parent, prendre en compte ses émotions, ses inquiétudes, et une bonne prise en soin de l'enfant passe par une bonne prise en soin des parents également. On retrouve cette notion chez Pascale Wanquet Thibault (cadre supérieur de santé, infirmière puéricultrice). En effet, elle indique qu'*"accueillir l'enfant à l'hôpital implique d'accueillir ses parents. Dans ce contexte, la traditionnelle relation soignant/soigné devient une relation triangulaire, une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation les uns avec les autres"* (*L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*, 2015, p.67). De plus cette spécificité de la présence du parent est mise en avant comme étant un droit pour l'enfant soigné dans la Charte de l'enfant hospitalisé qui mentionne à l'article 2 *"qu'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"* (Cf Annexe II). Il semble donc que soigner l'enfant implique forcément le parent de celui-ci, en effet l'IDE 2 souligne que *"c'est impossible de faire sans le parent"*. Ensuite, l'importance de connaître ce qu'est un enfant a également été souligné par les infirmières interrogées et elles ont notamment insisté sur l'importance de connaître les stades du développement de l'enfant afin d'adapter aux mieux la prise en soin. L'IDE 2 souligne que *"le développement de l'enfant entre 0-1 an par exemple,*

est complètement différent de celui entre 4 et 5 ans, et que celui entre 12 et 13 ans, il ne va pas y avoir les mêmes besoins”, ce qui fait référence à la pyramide de Maslow qui reprend les besoins de l’enfant de façon hiérarchisée, ainsi qu’aux différents stades de développement décrits par différents auteurs, comme Jean Piaget, qui, en fonction de l’âge de l’enfant, le place dans un stade particulier avec des acquisitions spécifiques. On retrouve le stade sensori-moteur de 0 à 2 ans, le stade préopérateur de 2 ans jusqu’à 6/7 ans, le stade des opérations concrètes 6/7 ans jusqu’à 11/12 ans, et le stade des opérations formelles de 12 ans environ à l’âge adulte. Ainsi, je retiens de cela qu’il semble important et pertinent de ne pas aborder un soin à un enfant de 3 ans comme nous pouvons le faire avec un enfant de 10 ans car leur développement, leur capacité de raisonnement ne sont pas les mêmes. Comme l’indique l’IDE 1 *“il faut se mettre au niveau de l’enfant”*. Ce qui semble nécessiter une bonne connaissance de l’enfant et de son développement pour adapter nos soins en fonction.

2) Le refus de soins de l’enfant

Ensuite concernant le refus de soins de l’enfant, Bénédicte Lombart indique que l’enfant *“peut se débattre et s’agiter, ce qui conduit parfois à le contenir de force lors des soins”* (*“éviter la contention de l’enfant lors des soins”* 2016, site SPARADRAP). Lors de mes entretiens, il a été évoqué les réactions de l’enfant dans le refus de soin et j’ai retrouvé cette notion d’agitation, de l’enfant qui se débat. En effet, l’IDE 1 lorsqu’elle m’a fait part d’une situation de refus de soin qu’elle a vécue, a mentionné que l’enfant *“donnait des coups de pieds”, qu’“ elle retirait son bras mais de manière vraiment très brusque”,* ce qui a conduit à l’utilisation de la contention par l’équipe : *“On va entre guillemets “la maintenir un peu plus fort”*. Au départ, une des premières choses qui me venait en tête lorsqu’on évoquait le refus de soin de l’enfant, c’était la notion de contention. Cette notion a en effet été évoquée par les IDE interrogées. Cependant l’IDE 1 n’a pas mis le mot contention mais l’a contourné par ses dires : *“maintenir un peu plus fort”,* alors que l’IDE 2 lors de l’entretien l’a clairement évoqué : *“ la contention physique aussi”*. Selon Bénédicte Lombart, les professionnels, face à la complication d’un soin, se tournent vers la contention qui apparaît comme inéluctable même si cette décision n’est pas facile et reste tabou (*“éviter la contention de l’enfant lors des soins”* 2016, site SPARADRAP). Comme évoqué, les IDE interrogées ont en effet déjà eu recours à la contention, l’IDE 2 a mentionné que parfois il est nécessaire de *“Les attacher, les contenir dans un drap, dans une couverture, dans un lange tout dépend de l’âge”* (IDE 2), ce qui rejoint les dires de Bénédicte Lombart. De plus, le fait que l’IDE 1 n’utilise pas clairement le mot contention peut illustrer le malaise autour de cet usage qu’évoque Bénédicte Lombart dans son article : *“la contention est[...]source de malaise”*.

Par ailleurs, lors de mes entretiens est ressorti le concept des émotions de l'enfant lors d'un soin, qui peut expliquer justement le refus de celui-ci. En effet, les IDE interrogées ont mis en évidence la peur, l'inquiétude de l'enfant face aux soins : *"parce que souvent ça leur fait un peu peur"* (IDE 1), *"ça peut être très angoissant"* (IDE 2). Je n'ai pas réellement abordé cette notion dans mon cadre théorique car je n'y avais pas pensé. Cependant Bénédicte Lombart l'évoque brièvement dans son article que j'ai étudié, en mentionnant que *"Le jeune enfant, lorsqu'il est inquiet ou effrayé, n'est naturellement pas enclin à accepter les soins"* (*"éviter la contention de l'enfant lors des soins"* 2016, site SPARADRAP). Elle ajoute dans un autre article qu'*"en pédiatrie, l'enfant effrayé peut se débattre et s'agiter au cours d'un soin et il arrive que plusieurs adultes le maintiennent pour poursuivre le geste"* (*"la contention lors des soins en pédiatrie"* 2016 site Bioéthique.com). Ainsi il semble que le refus de l'enfant, son agitation qui peut conduire à l'utilisation de la contention, soit l'expression de ses émotions face aux soins et notamment l'expression de sa peur.

3) Les "outils" favorisant le soin à l'enfant

Afin d'éviter l'utilisation de la contention, Bénédicte Lombart a décrit des alternatives à celle-ci dans son article *"éviter la contention de l'enfant lors des soins"* paru sur le site SPARADRAP (association pour les enfants malades ou hospitalisés) en 2016. Lors de mes entretiens, les infirmières ont évoqué ces mêmes alternatives. En effet Bénédicte Lombart met en avant l'utilisation de *"l'analgésie"*, dont les *"moyens les plus courants sont : L'administration d'antalgiques, la crème anesthésiante, le MEOPA"*, tout comme les IDE interrogées : *"Mettre le MEOPA"* (IDE 1), *"tout ce qui est anti-douleur palier 1,2,3"* (IDE 2), *"la crème EMLA. La crème anesthésiante"* (IDE 1). Ensuite l'IDE 1 met en avant *"l'explication du soin"*, que l'on retrouve chez Bénédicte Lombart : *"l'enfant doit savoir ce qu'on va lui faire"*. Par ailleurs, Bénédicte Lombart parle également de détourner l'attention du soin de l'enfant par l'utilisation de la distraction. On retrouve cela chez les IDE interrogées, l'IDE 1 mentionne que *"détourner l'attention du soin ça c'est ultra important"*, et j'ai retrouvé le terme de distraction qu'emploie Bénédicte Lombart lors de l'entretien avec l'IDE 2, qui indique qu'*"on a divers moyens de distraction"*. Les IDE interrogées soulignent que pour détourner l'attention *"on fait des bulles"* (IDE 2), *"les livres ça marche bien"* (IDE 1), *"les chansons"* (IDE 2), ce qui rejoint les dires de Bénédicte Lombart qui évoque la distraction comme exemple par *"l'utilisation d'objets ludiques, de chansons, de marionnettes, de bulles de savon, de caresses ou de comptines"* (2016). Par ailleurs, lors de mes entretiens, les IDE ont fait émerger l'importance du binôme soignant. C'est un point auquel je n'avais pas pensé et il est vrai que le travail d'équipe est au cœur du métier d'infirmier et une ressource à utiliser. Je n'ai pas retrouvé cette notion dans mes recherches, sans doute parce que je n'avais pas en

tête moi même cette dimension. De plus, la présence des parents est également revenue dans mes entretiens : *“le fait que les parents, ils nous aident”* (IDE 1). Cependant l’IDE 2 nuance ce propos en indiquant que parfois cette présence peut au contraire être délétère : *“il faut faire sortir ce parent là pour que l’enfant, on ait son adhésion”*. En outre, en posant la question sur les outils favorisant le soin lors de mes entretiens, je m’attendais à ce que les IDE évoquent le doudou car c’est ce que j’avais en tête. Cependant, il n’a été évoqué que brièvement par l’IDE 2 qui l’a cité et les réponses furent autres et tout aussi enrichissantes. Cela m’a permis de découvrir une multitude de techniques pouvant impacter le soin à l’enfant et favoriser sa réalisation et non seulement le doudou. Cette question a donc été gage d’un enrichissement pour ma future pratique professionnelle. Je vais garder en tête les outils mentionnés afin de pouvoir les utiliser à mon tour. Cependant, si tous ces outils ne permettent pas de calmer l’enfant, le report du soin est une bonne option si l’état de santé de l’enfant le permet. (Bénédicte Lombart, 2016). Lors de mes entretiens, les IDE ont aussi indiqué cette possibilité face au refus de soin persistant de l’enfant : *“on va arrêter le soin”* (IDE 2), *“J’ai fini par tout poser”* (IDE 1).

4) Le rôle du doudou dans l’acceptation de l’enfant au soin

Enfin, concernant le rôle du doudou et son utilisation dans le soin à l’enfant, même si à ma question les outils favorisant le soin, les IDE ne l’ont pas mis en avant, par la suite quand je leur ai demandé si elles l’utilisent, cela est apparu comme une évidence. En effet, l’IDE 1 a répondu *“Ouais bien sûr, ouais carrément, c’est vrai que je n’y ai pas pensé, mais oui complètement”*, l’IDE 2 a souligné qu’*“on l’utilise tout le temps, tout le temps, tu ne peux pas prendre soin d’un enfant sans un doudou dans un endroit qu’il ne connaît pas, avec des soins potentiellement douloureux c’est impossible de faire autrement”*. Cependant, les IDE n’ont pas utilisé le terme d’*“objet transitionnel”* retrouvé lors de ma recherche théorique pour parler du doudou de l’enfant, utilisé pour la première fois par Donald Winnicott, dans son article *« Objets transitionnels et phénomènes transitionnels »* écrit en 1951. De plus, lors de ces recherches est ressorti que le doudou tenait un rôle de lien entre l’enfant et son parent. En effet, pour Suzanne Vallières, psychologue, c’est *“le prolongement de la mère”* (Article *“le doudou: son rôle en tant qu’objet transitionnel”* de Paulina Jonquière d’Oriola 24/02/2016), et comme l’indiquent Pr Daniel Marcelli, et Dr François Undreiner aux parents : *“Son doudou c’est un peu vous”* (*“Rôle de « l’objet transitionnel », le doudou, dans le développement du bébé”* (5 janvier 2021)). J’ai retrouvé cette notion de lien avec le parent lors de mes entretiens, l’IDE 1 a indiqué en parlant du doudou, qu’*“il y a l’odeur souvent des parents”*, et l’IDE 2 mentionne le fait que quand les parents s’absentent elle leur dit : *“ah par contre vous nous laissez le doudou”*, elle ajoute qu’*“il nous faut cette figure là”*, en parlant du doudou en l’absence des parents. Ce rôle de lien avec le parent, j’ai

pu l'expérimenter lors de mon stage en Néonatalogie où les doudous étaient utilisés pour maintenir ce lien justement avec les parents. En effet, on demandait aux parents d'apporter un doudou, un linge avec leur odeur s'ils le souhaitaient, et j'ai pu constater que lors de l'absence des parents, quand un nouveau-né semblait agité, le fait d'approcher ce doudou avec l'odeur de ses parents permettait l'apaisement de certains. En outre, lors de mes entretiens, la notion du doudou comme médiateur de soin est apparue. Les IDE interrogées ont indiqué utiliser le doudou pour montrer à l'enfant le soin, il sert de testeur : *"on met le bracelet au doudou ça aide aussi un peu à dédramatiser"* (IDE 1), *"quand on doit faire un petit pansement, faire un plâtre et bah faire comme si on faisait sur le doudou..."* (IDE 2). Pour Pr Daniel Marcelli, pédopsychiatre, et Dr François Undreiner, pédiatre, le doudou a en effet un rôle de médiateur dans le soin : *"Le rôle du médiateur du doudou est important". le doudou «teste» la situation, sous le regard de votre bébé"* (article *"Rôle de « l'objet transitionnel », le doudou, dans le développement du bébé"* (5 janvier 2021)). Par ailleurs, dans mes deux situations d'appel, c'est bien ce rôle de médiateur du doudou que l'on retrouve, les IDE ont réalisé la prise de sang et le pansement sur le doudou de l'enfant avant de les réaliser à l'enfant. Ainsi au regard de ma question de départ qui était : ***"En quoi l'utilisation par l'IDE de l'objet transitionnel appartenant à l'enfant entre 3 et 5 ans peut-elle impacter l'acceptation du soin par celui-ci ?"***, le doudou semble favoriser la réalisation du soin de part son rôle de testeur, il passe avant l'enfant et ainsi l'enfant n'est plus dans l'inconnu de ce qui va se dérouler. Comme l'indique l'IDE 1, *"ça aide aussi un peu à dédramatiser"* le soin qui va être prodigué. Avant de débiter mes recherches, je pouvais émettre comme réponse à ma question de départ que le doudou rassure l'enfant ce qui permet de réaliser le soin, j'ai retrouvé cette notion de réassurance par le doudou lors de mes recherches et entretiens. En effet, Christine SCHUHL, formatrice petite enfance, mentionne que *"le doudou apaise, permet de se replier sur soi, sur sa propre odeur, comme pour reprendre des forces, se recentrer"* (Article *"Le doudou, un objet sensoriel"* 1/01/2018, p 32-33 *Métiers de la petite enfance* n°254), qu'*"Il est cet assemblage sensoriel qui instantanément rassure le bébé"*. En outre les IDE interrogées ont souligné que le doudou *"ça les aident à se rassurer"* (IDE 1), que *"ça permet d'obtenir l'adhésion mais ça permet surtout de rassurer l'enfant, de l'apaiser, d'obtenir une acceptation plus facile"* (IDE 2). Au final, il semble que c'est au niveau des émotions de l'enfant que l'on va intervenir par le biais d'alternatives comme le doudou par exemple, afin de permettre le soin, agir sur sa peur, son anxiété, son angoisse. En effet, le doudou paraît favoriser le soin auprès de l'enfant parce qu'il rassure, parce qu'il diminue la peur du soin avec son rôle de testeur qui efface l'inconnu, car il fait le lien avec les parents. Ainsi une nouvelle question de recherche apparaît :

En quoi la prise en compte des émotions de l'enfant par l'infirmière influence le vécu de soin de l'enfant ?

VII) Conclusion

1) Le chemin parcouru

Pour la réalisation de ce Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, mon point de départ a été deux situations qui m'ont interpellée lors de mon stage en service de dermatologie au semestre 3. J'ai mis en évidence les questions qui me sont parvenues à la suite de ces situations afin d'établir ma question de départ. Ensuite, j'ai orienté mes recherches vers 3 grands concepts qui sont l'enfant de 3-5 ans, l'acceptation d'un soin et l'objet transitionnel. J'ai cherché des articles et ouvrages en lien avec ces éléments. Grâce à mes diverses lectures et recherches, j'ai rédigé mon cadre conceptuel. Cependant, j'ai dû rester assez synthétique dans le développement, ce qui parfois m'a privée de développer certains aspects et de ce fait m'a un peu frustrée. Afin de confronter les apports théoriques avec le monde professionnel, j'ai rencontré deux infirmières puéricultrices ayant de l'expérience auprès d'enfant de 3-5 ans que j'ai interrogées par le biais d'un guide d'entretien construit autour d'objectifs en lien avec ma question de départ et mon cadre conceptuel. J'ai ensuite analysé ces deux entretiens avant de rédiger ce qu'on nomme la discussion dans laquelle j'ai pu mettre en lien mon cadre conceptuel et les réponses du terrain obtenues suite aux entretiens, en y ajoutant mes opinions personnelles de départ et finales et mon expérience. Ce qui m'a menée à des éléments de réponses concernant ma question de départ et à la rédaction d'une nouvelle question qui clôture mon Mémoire et de ce fait cette première expérience dans le monde de la recherche.

2) Les apports pour ma future pratique professionnelle

La rédaction de ce MIRSI constitue un véritable apport pour ma future pratique professionnelle. En effet, ayant comme projet de devenir infirmière puéricultrice et de travailler dans des services consacrés à l'enfant, ce mémoire m'a apporté des connaissances en plus et m'a permis d'approfondir celles déjà existantes, autour de l'enfant, de son développement, de ses besoins. Cela m'a fait prendre conscience de l'importance d'adapter sa prise en soins en fonction de l'âge de l'enfant, donc de son développement, pour qu'elle se déroule dans les meilleures conditions possibles, pour que l'enfant comprenne ce qu'on lui dit et ce qu'on lui fait. Cela m'a donc amenée à réfléchir autour de la prise en soin de l'enfant et notamment à la façon dont nous pouvions amener le soin à ce dernier, à obtenir son consentement. De plus, par le biais des échanges avec les professionnelles, j'ai pu découvrir les outils existant permettant de faciliter le soin à l'enfant. Cela constitue donc pour moi une ressource que je pourrais utiliser dans ma future pratique professionnelle. En outre, ayant mis

l'accent sur le doudou de l'enfant, cet objet qui accompagne nombre d'enfants aux quotidiens, j'ai pu enrichir mes connaissances sur celui-ci et découvrir que cela n'est pas seulement une peluche lambda mais qu'il est porteur de réelles fonctions pour l'enfant et qu'il tient une place particulière dans son développement. Ainsi cet objet transitionnel peut dans certaines situations de soin devenir un allier pour l'infirmière. Ce travail met également en avant la place centrale du parent dans la prise en soin de l'enfant et la nécessité pour l'infirmière de le prendre en compte. Par ailleurs, ce travail a développé mon positionnement réflexif à l'égard d'une situation qui interpelle, et mon sens critique. En outre, ce mémoire m'a permis de développer ma capacité d'analyse et de synthèse, qui me serviront au cours de mon exercice infirmier.

3) *Mon vécu sur le MIRSI*

La réalisation d'un Mémoire n'est pas un exercice aisé autant sur le plan psychologique que physique. Il s'agit d'une aventure où le stress et l'incertitude nous accompagnent tout au long de la rédaction. N'ayant pas confiance en moi, j'ai souvent eu l'impression que je n'allais pas dans la bonne direction, que ce que je faisais n'était pas bien, que j'étais en retard. Cependant, le soutien de mes amis de promotion, de ma famille et de ma guidante de MIRSI, m'a permis de me booster et de poursuivre et mener à bien la rédaction de mon travail. La réalisation des entretiens a été pour moi une véritable épreuve qui m'a poussée à travailler sur ma timidité pour contacter les IDE et pour mener les entretiens. Cela m'a permise de sortir de ma zone de confort, et a été une source de stress mais une satisfaction personnelle une fois la tâche accomplie. De plus, j'ai apprécié cette rencontre avec les professionnelles interrogées, le partage de leurs expériences qui m'a permis de me projeter en tant que future professionnelle et de me questionner sur ma future pratique. L'année n'a pas été de tout repos. En effet, concilier les apprentissages théoriques, les révisions pour les partiels, les apprentissages pratiques lors des stages et la préparation aux concours pour continuer mes études et entrer en école de puériculture n'étaient pas des plus aisés. De plus, il y avait les guidances pour le mémoire, imposant des dates entre lesquelles nous devons avancer sur le mémoire. Je me suis sentie parfois un peu dépassée et durant cette dernière année, j'ai dû faire preuve d'une bonne organisation afin de tout allier. Cependant, je sors grandie et mûrie de cette expérience qui conclut mes trois années de formation. Au-delà de m'apporter des ECTS pour la validation de mon diplôme, cette aventure m'a permise de m'enrichir personnellement et professionnellement. Au départ, on a l'impression que le MIRSI est une épreuve insurmontable, qu'on ne va jamais réussir, qu'on ne va jamais être dans les temps et arriver au bout, et pourtant on y arrive, la preuve je mets ici le point final à mon travail.

Bibliographie :

Ouvrages:

Bourrillon, A. (2000). *Pédiatrie pour le praticien*. Masson.

Deldime, R., & Vermeulen, S. (2004). *Le développement psychologique de l'enfant*. De Boeck Supérieur.

Formier, M. (1984). *L'enfant hospitalisé au coeur des soins infirmiers* (Infirmières d'aujourd'hui ed.). Paris : Le Centurion.

Formarier, M., & Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Mallet conseil

Haumont, M.-C. (2005). *Le Chemin de l'Acceptation*. Editions Les 2 Encres.

Inhelder, B., & Piaget, J. (2004). *La psychologie de l'enfant*. Presses universitaires de France.

Larousse. (2000). Dictionnaire du français d'aujourd'hui (R. Lagane, J. Dubois, & Larousse, Eds.). Larousse.

Lombart, B. (2016). *Les soins en pédiatrie - Faire face au refus de l'enfant: Repères éthiques pour une posture soignante fondée sur la prudence*. Seli Arslan.

Manoukian, A. (2008). *La relation soignant-soigné*. Lamarre.

Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*. Setes éditions.

Quevauvilliers, J., & Somogyi, A. (2004). *Dictionnaire médical* (J. Quevauvilliers, Ed.). Masson.

Simon, A. (2019). *Accompagner le développement du petit enfant: des séparations pour mieux grandir*. Dunod

Thibault, P. (2015). *L'enfant hospitalisé: travailler avec la famille et l'entourage*. Elsevier Masson.

Tourrette, C., & Guidetti, M. (1998). *Introduction à la psychologie du développement: du bébé à l'adolescent*. A. Colin.

Articles:

Gorza, M., Bolter, F., & Martin-Blachais, M.-P. (2019). Les besoins fondamentaux des enfants. *La santé en action*, 447, p. 4-51

Rouget, S. (2017). « C'est pour ton bien. ». Face au refus de soin de l'enfant. *Enfances & Psy*, 73, 146-154. <https://doi.org/10.3917/ep.073.0146>

Schuhl,, C. (2018). Le doudou un objet sensoriel. *Métiers de la petite enfance*, n° 254, p. 32-33.

Wanquet-Thibault, P. (2020). La distraction dans les soins. *L'infirmière*, n° 2, p. 28-30

Zergane, L., Perrault,, M., & Fayet, F. (2010, 10). LE PLATRE DU DOUDOU. *Objectif soins*, 189, p. 42-45.

Textes législatifs:

Article L4311-1 - Code de la santé publique. (n.d.). Légifrance. Récupéré le 26 Avril 2022 sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886488/

Chapitre 1er : De l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant (Articles 371 à 381-2). (n.d.). Légifrance. Récupéré le 16 Décembre 2021 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006136194>

Charte de l'enfant hospitalisé (version française). (n.d.). Sparadrap. Récupéré le 26 Avril 2022 sur : https://sparadrap.org/sites/default/files/inline-files/Charte%20enfant%20hospitalise2017_2018.pdf

Convention internationale des droits de l'enfant Convention des Nations-Unies du 20 novembre 1989 Préambule Les Etats parties. (n.d.). France Diplomatie. Récupéré le 16 Décembre 2021 sur https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Conv_Droit_Enfant.pdf

Pages web:

Babl, F. (2011, 9 Décembre). *Utilisation de la contention lors des soins douloureux chez l'enfant*. Pедиadol. Recupéré le 26 Décembre 2021 sur : https://pediadol.org/wp-content/uploads/2011/12/U2011_lombart.pdf

Benoît, C. (n.d.). *Le doudou... ou objet transitionnel*. Psychanalyse. Récupéré le 26 Avril 2022 sur : https://www.psychanalyse.com/pdf/Doudou_objet_transitionnel.pdf

Chauvet, E. B. (2019, 9 Avril). *L'objet transitionnel ou "doudou"*. Psychologue.net. Récupéré le 2 Janvier 2022 sur <https://www.psychologue.net/articles/lobjet-transitionnel-ou-doudou>

Complexe d'Œdipe - LAROUSSE. (n.d.). Larousse. Récupéré le 17 Décembre 2021 sur https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/complexe_d_%c5%92dipe/74467

Dictionnaire français - Dictionnaires Larousse français monolingue et bilingues en ligne. (n.d.). Larousse. Récupéré le 26 Avril 2022 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>

Échec de l'aire transitionnelle. (n.d.). Nathalie Neyrolles. Recupéré le 2 Janvier 2022 sur <https://nathalieneayrolles.fr/echec-de-laire-transitionnelle/>

Ethique biomédicale et hospitalière. (2016, 27 Octobre). Bioéthique.com Récupéré le 26 Avril 2022 sur: <http://bioethique.com/index.php/pediatrie/la-contention/143-lacotentionlorsdessoinsenpediatrie>

infirmière : définition de infirmière et synonymes de infirmière (français). (n.d.). Dictionnaire.sensagent.com. Récupéré le 21 Décembre 2021 sur <http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/infirmi%c3%a8re/fr-fr/>

L'objet transitionnel. (n.d.). La Maison Kangourou. Récupéré le 14 Décembre sur <https://www.lamaisonkangourou.com/partager-notre-expertise/nos-publications/lobjet-transitionnel/>

malade - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples. (2021, 1er Juillet). Dico en ligne Le Robert. Récupéré le 15 Décembre 2021 sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/malade>

d'Oriola, P. J. (2016, 24 Février). *Le doudou : son rôle en tant qu'objet transitionnel.* Les pros de la Petite Enfance. Récupéré le 30 Décembre sur <https://lesprosdela petiteenfance.fr/bebes-enfants/psycho-developpement/tout-sur-les-doudous/le-doudou-son-role-en-tant-quobjet-transitionnel>

Peluche, tissu... Le rôle du doudou pour l'enfant. (2021, 5 Janvier). Mpedia. Récupéré le 23 Avril 2022 sur <https://www.mpedia.fr/art-role-du-doudou/>

Tout savoir sur le rôle du doudou. (2019, 1 Avril). La Maison des Maternelles. Récupéré le 29 Décembre 2021 sur <https://www.lamaisondesmaternelles.fr/article/tout-savoir-sur-le-role-du-doudou>

Cours:

COURS PEDOPSY. (n.d.). Brigitte Algranti. Récupéré le 11 Avril 2022 sur <https://www.brigittealgranti.fr/436083036>

Costiou.G (2020). Les évolutions législatives relatives aux droits des patients

Robin.G (2020). Les différents types de relation

Robin.G (2020). TD Les dynamiques relationnelles

(n.d.). https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/relation-soignant-soigne_1459520255564-pdf

Illustration page de garde :

Raoul Lola Faire à Dinard le 21 Avril 2022

ANNEXES

ANNEXE I : Situations d'appel

Situation N°1 :

Étudiante infirmière en deuxième année, je réalise mon stage de semestre 3 dans un service de Dermatologie. Je passe ma dernière semaine de stage en consultation. Durant cette semaine j'ai pu accompagner les infirmières lors de soins auprès d'enfants.

Nous sommes le milieu de semaine, et aujourd'hui nous accueillons un petit garçon de 4 ans qui s'appelle Gabriel, pour qui il est prescrit un bilan sanguin ainsi que des tests cutanés appelés prick test utilisés pour confirmer une allergie et en déterminer la cause. Gabriel est accompagné de ses deux parents.

Nous devons donc réaliser une prise de sang à Gabriel, les parents ont au préalable appliqué au niveau des plis des coudes des patchs anesthésiants pour faciliter le soin. Afin que le soin soit le plus confortable possible pour Gabriel, nous appliquons une crème anesthésiante EMLA aux plis des coudes puis nous attendons 1h avant de réaliser le soin.

Dans le post infirmier, je prépare le plateau pour la réalisation du bilan sanguin, puis une fois le temps de pose de l'EMLA passé, nous allons dans la chambre de Gabriel pour l'effectuer. L'infirmière me dit de prendre avec nous des bulles qui serviront à détourner l'attention de Gabriel lors de la prise de sang.

Au début, l'infirmière explique à Gabriel qu'elle va réaliser une prise de sang, au niveau du pli du coude, qu'il ne doit pas bouger le bras. Pendant que l'infirmière prépare l'organisation de son soin, ses parents lui parlent, moi de mon côté je lui pose également des questions, j'utilise les bulles on essaie de le distraire, de le faire regarder ailleurs. Gabriel ne porte aucune attention à ce que prépare l'infirmière, il me raconte son école et essaie d'attraper les bulles. Puis vient le moment de poser le garrot, Gabriel ne répond plus à mes questions, ni à celles de ses parents, il a le regard fixé sur son bras, je peux lire dans ses yeux l'appréhension de ce qui va se passer, il semble inquiet. Avec l'aide de ses parents nous essayons de lui détourner de nouveau l'attention. L'infirmière essaie aussi en lui disant "regarde les bulles Gabriel", "regarde papa et maman". Mais cela ne fonctionne pas, Gabriel reste figé sur ce qui va se passer au niveau de son bras et au moment de piquer, il refuse, bouge son bras, se met à pleurer.

L'infirmière essaie alors une autre stratégie pour faire accepter le soin à Gabriel et que cela se passe dans les meilleures conditions possibles. Gabriel a avec lui son doudou, elle lui demande si elle peut le prendre pour lui montrer comment va se dérouler la prise de sang, Gabriel accepte et elle utilise

donc son doudou comme exemple. L'infirmière met le garrot au doudou, mime la désinfection, mime la prise de sang avec les tubes puis pose un pansement au doudou à la fin. Gabriel observe, touche les tubes, manipule le garrot. Cela devient un jeu. L'infirmière demande alors à Gabriel si il est prêt pour sa prise de sang "maintenant que doudou est passé en premier et n'a même pas eu peur", Gabriel se rassoit et accepte la prise de sang, il semble moins inquiet après cette démonstration, plus apaisé.

Ses parents toujours près de lui continuent à lui parler, je fais de même. L'infirmière réalise le bilan sanguin en respectant exactement les mêmes étapes qu'elle a mimé précédemment au doudou en le citant pour exemple "je désinfecte comme j'ai fais à ton doudou..." et l'enfant regarde même la prise de sang se faire.

Situation 2 :

Je suis toujours en stage de semestre 3 dans le service de Dermatologie en consultation.

Aujourd'hui, en fin de journée une interne nous appelle pour venir refaire un pansement à une petite fille de 3 ans suite à sa consultation au niveau de son tibia gauche.

Nous prenons avec nous tout le matériel nécessaire à la réfection du pansement selon les descriptions et indications données par l'interne. Nous prenons également un livre et une figurine pour les utiliser afin d'occuper la petite fille lors du soin et faciliter son adhésion au soin.

La petite fille se nomme Fatou , elle est âgée de 3 ans , elle est accompagnée de sa maman qui reste très en retrait durant tout le soin et n'intervient pas.

L'IDE s'approche de Fatou qui se trouve sur la table d'auscultation, elle commence par se présenter, lui demander son prénom, son âge puis lui explique l'objet de note venu qu'il faut refaire son pansement.

Ensuite, elle prend le livre que j'ai apporté et commence par lui raconter l'histoire, pour la mettre en confiance, elle lui montre la figurine que l'on a apportée, elle commence par le jeu.

Fatou est calme, elle écoute l'histoire, elle joue avec la figurine. Quand l'IDE sent que Fatou est en confiance elle me demande de continuer de lire l'histoire et de jouer avec elle à la figurine pendant qu'elle prépare son soin de réfection de pansement.

Puis vient le moment de refaire le pansement de Fatou, l'IDE lui explique qu'elle va refaire son pansement et moi de mon côté je continue à lui parler, à lire le livre et jouer avec la figurine.

Cependant Fatou avait changé de comportement, elle n'était plus intéressée par le livre et la figurine, sur son visage on pouvait voir comme de l'inquiétude, du questionnement sur ce qui allait se passer, sur son que l'IDE allait lui faire. J'essaie de regagner son attention mais je n'y arrive pas vraiment, elle

garde son regard sur l'IDE et au moment où l'IDE approche pour commencer le pansement Fatou a un mouvement de recule sur la table d'auscultation, elle refuse que l'on touche son tibia, bouge et cache sa jambe.

La mère de Fatou reste toujours en retrait, elle ne veut pas participer au soin.

L'IDE cherche une solution pour rassurer Fatou et faire en sorte que le soin soit réalisé et dans les meilleures conditions.

Elle a avec elle un ours en peluche, l'IDE demande à Fatou si elle peut faire le pansement à son ours et elle lui demande si elle veut l'aider. Fatou accepte, elle tend son ours en peluche à l'IDE. L'IDE fait alors manipuler le matériel à l'enfant, le tulle gras, la bande pour lui montrer que cela ne fait pas mal, elle réalise le pansement sur son ours en peluche en disant "regarde ton ours n'a pas mal". Le soin se transforme en jeu pour l'enfant.

Par la suite, quand le pansement à l'ours en peluche est fini, l'IDE demande à Fatou si maintenant c'est à son tour, la petite accepte cette fois-ci elle tend son tibia. Elle semble rassurée par le jeu effectué avec son ours, elle a pu toucher le matériel et voir le déroulé du soin, elle n'est plus dans l'inconnue. Nous réalisons alors le pansement à Fatou en respectant les mêmes étapes que pendant le jeu avec son ours.

ANNEXE II : Charte de l'enfant hospitalisé

Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé (version française)

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

1. L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.
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 n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire.
On informera les parents sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.
4. Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.
On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.
5. Les enfants et les parents ont le droit d'être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les soins.
On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable.
6. Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.
7. L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.
8. L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.
9. L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.
10. L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

Cette Charte a été adoptée par la 1ère conférence européenne des associations "Enfants à l'hôpital", à Leiden en 1988. Elle résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.

ANNEXE III : Audit 2009 Hôpital Trousseau sur l'utilisation de la contention

**Audit 2009 réalisé à l'hôpital Trousseau
sur l'utilisation de la contention [1]**

Cette étude prospective a été menée durant 5 jours consécutifs, les soignants ont réalisé une cotation de la contention selon une échelle de 5 niveaux sur l'ensemble des soins.

Niveau 0 = pas de contention, l'enfant est calme et détendu.

Niveau 1 = « contention douce » : une partie du corps de l'enfant est juste maintenue (par une personne) sans réaction de retrait de l'enfant.

Niveau 2 = « contention moyenne » : une ou plusieurs parties du corps de l'enfant sont maintenues (par une personne) avec réaction de retrait de l'enfant.

Niveau 3 = « contention forte » : une ou plusieurs parties du corps de l'enfant sont maintenues fermement (par plusieurs personnes), l'enfant proteste, crie, pleure.

Niveau 4 = « contention très forte » : une ou plusieurs parties du corps de l'enfant sont maintenues (par plusieurs personnes) avec réaction de retrait, agitation importante de l'enfant, se débat fortement malgré la contention.

ANNEXE IV : Brochure L'objet transitionnel de La Maison Kangourou

MOT DE LA PSYCHOLOGUE SUR L'OBJET MAMAISE

Le mot Mamaisé est un néologisme inventé par Françoise DOLTO, selon elle pour qu'un objet soit intéressant pour l'enfant, il faut qu'il soit « mamaisé » c'est-à-dire présenté, touché par la mère ou d'une façon plus générale les parents. Lorsque nous parlons d'objet il ne s'agit pas spécifiquement d'un objet concret que l'on peut toucher, il s'agit aussi des relations au monde.

Pour investir un nouveau lieu, tel que la crèche, l'enfant doit être actif, il doit s'investir, aller vers, mais cette envie de découverte, il la construit avec son parent.

C'est donc dans les échanges qui vont se faire au sein de la crèche, que l'enfant va pouvoir investir ce nouveau lieu, rassuré par les liens créés avec son parent et les professionnels. C'est parce que le parent aura symboliquement investi ce lieu que l'enfant pourra l'investir. Cette investissement symbolique peut passer par différentes choses : la période de familiarisation mais aussi un tissu, un vêtement appartenant aux parents.

Un tissu avec l'odeur d'un parent peut être rassurant pour l'enfant et peut être une première étape. Il peut aider à faire le lien entre la maison et la crèche. L'enfant choisira de lui-même s'il veut l'investir ou non. L'odeur familière qu'est l'odeur de son parent aura une fonction rassurante pour le tout petit.

LE DOUDOU À LA CRÈCHE LA MAISON KANGOUROU

L'objet transitionnel prend souvent son sens lorsqu'il y a séparation ou distanciation avec le(s) parent(s) pour l'enfant. A l'arrivée à la crèche, cet objet a donc toute sa place, afin de permettre à l'enfant de passer de bons moments à la crèche.

A la crèche, le doudou est en libre accès et à sa portée pour que l'enfant puisse le trouver au moment où il en a besoin, et le temps qu'il en a besoin : grâce aux boîtes à doudous, ou pochettes à doudous...

De cette façon l'enfant a le choix de l'investir ou de s'en séparer de lui-même en fonction de ce qu'il vit, et de son besoin du moment. Il est important que l'enfant garde la maîtrise sur cet objet qui lui appartient, qui est sa première possession, ne l'oublions pas. C'est le seul objet à la crèche qui est propre à l'enfant. A la crèche, l'enfant peut investir son objet transitionnel d'une manière plus intense et/ou pas aux mêmes moments qu'à la maison.

Il peut avoir besoin de cet objet durant ses explorations : La présence de cet objet lui permet de pouvoir s'ouvrir au monde extérieur. Il se sépare, s'il le souhaite, de lui-même, de cet objet quand il se sentira prêt. L'enfant sait là où il peut le ranger, et là où il peut donc le retrouver s'il en a besoin. C'est très important pour l'enfant, et cela le rassure.

Si l'enfant entre en collectivité, qu'il n'a pas choisi spontanément d'objet transitionnel ou qu'il est encore trop petit pour le faire, il peut être proposé aux parents de rapporter un « objet mamaisé ».



Un peu de psychologie



L'objet Transitionnel

EN CONCLUSION

L'objet transitionnel est la première possession « du monde extérieur » de l'enfant. Elle (l'objet transitionnel) est un objet très important pour sa (la) construction psychique de l'enfant. Chaque enfant construit sa propre « sécurité », en fonction de son besoin du moment et de ce qu'il vit : tous n'auront pas besoin d'un objet transitionnel.

Si l'enfant possède un objet transitionnel, une habitude, un objet fétiche qui l'aide pour se rassurer, et à se séparer, c'est à l'enfant de définir combien de temps il en a besoin et à quel moment.

Son accès, ou son « habitude » ne doit pas lui être interdit car c'est réellement toutenant sur le plan psychique. C'est l'enfant le mieux placé pour connaître son besoin en terme d'utilisation.

Au fond ce n'est pas l'objet en lui-même qui permet la transition mais l'utilisation que l'enfant en fait.



Pour recevoir les nouvelles brochures,
DEVENEZ MEMBRE DE LA TRIBU KANGOUROU en vous inscrivant à notre newsletter sur notre site internet



www.lamaisonkangourou.com

INFORMATION LES STADES DE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

L'OBJET TRANSITIONNEL

Donald Winnicott, pédiatre, psychiatre et psychanalyste britannique définit l'objet transitionnel comme un objet essentiel au développement psychique de l'enfant.

Tout petit, le bébé pense ne faire qu'un avec sa mère. Il est persuadé de perdre de manière définitive sa mère lorsqu'il y a séparation ou distanciation (n'est plus visible par l'enfant : changement de pièce). Cet objet lui permet de gérer au mieux la frustration du manque : il est objet de substitution maternel.

Dans l'investissement de cet objet, l'enfant acquiert une certaine maîtrise de la situation, contrairement au sentiment d'impuissance qu'il ressent lors de la séparation avec sa mère.

L'objet transitionnel a pour fonction principale une défense contre l'angoisse.

C'est la première possession objectale de l'enfant (Winnicott dit « non-moi »); c'est-à-dire différent de lui, au contraire du sentiment d'unicité qu'il éprouve vis-à-vis de sa mère. Il prend conscience à travers son rapport à cet objet qu'ils sont distincts l'un de l'autre... il apprend également petit à petit qu'il n'est pas tout puissant mais dépendant des personnes qui prennent soin de lui, que lui seul ne peut répondre à ses besoins. L'objet transitionnel accompagne cette transition.

Cet objet lui permet également de créer un « espace de transition », totalement symbolique, entre lui et sa mère, il représente alors « la présence rassurante ». Il permet de s'en « détacher » progressivement pour s'ouvrir à de nouvelles expériences, relations avec le monde extérieur : il représente le signe du désir d'individualisation de l'enfant.

A travers cet objet transitionnel, un jeu de miroir se met en place : il va investir cet objet, s'occuper de lui de la même façon dont il souhaiterait qu'on prenne soin de lui pour le rassurer.

OBJET ET HABITUDE : FORCÉMENT TRANSITIONNEL ?

Bien souvent, l'enfant peut faire le choix d'investir une peluche, un tissu... Cet objet est d'ailleurs souvent imprégné d'une odeur, d'une texture, d'une « histoire » qui rassure l'enfant. Mais l'enfant peut également se sentir rassuré autrement. Parfois les objets transitionnels tels que décrits par Winnicott ne se voient pas (un mouvement par exemple, une caresse de l'oreille etc. Winnicott parle de Phénomènes transitionnels dans ces cas là)

Conseils et astuces :

Lire toujours la même histoire au moment de la séparation d'avec son/ses parent(s), peut avoir une fonction rassurante pour certains enfants.

Tout objet investi par l'enfant, n'a pas forcément la fonction d'objet transitionnel. Il peut en revanche avoir un objet « fétiche », qui le rassure également et qu'il aime avoir auprès de lui dans certaines situations.

Certains enfants n'ont pas d'objet transitionnel. Ils peuvent avoir trouvé une sécurité dans une habitude : se toucher les cheveux, manipuler l'étiquette de son vêtement... Chaque enfant construit sa propre sécurité de la manière dont il le souhaite, et en fonction de ce qu'il vit.

L'objet transitionnel n'est absolument pas obligatoire, c'est à l'enfant de choisir s'il en éprouve le besoin ou non. Il en aura manifestement pas besoin, s'il a trouvé une sécurité d'une autre manière (parfois on ne le voit pas/cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas).



SON UTILISATION AU QUOTIDIEN...

L'objet transitionnel est familièrement appelé « doudou », ou « nin-nin ».

Cet objet permet à l'enfant « d'être », pendant le temps de distance avec sa figure d'attachement (« personne qui prend soin de l'enfant de façon cohérente et continue »). Il investit quelque chose qui lui appartient, pour aller vers le monde extérieur. Cet objet intervient comme une ressource, pour se rassurer, apaiser son sentiment d'anxiété.

Souvent détourné de son sens premier, cet objet, rempli d'affectivité, peut être investi par l'enfant de différentes façons. L'enfant aime souvent le retrouver dans des situations qui peuvent être « angoissantes » ou « nouvelles » pour lui : le tout petit, est confronté à beaucoup de nouvelles choses dans sa vie et cela peut être anxiogène.

Il peut avoir besoin de cet objet transitionnel dans ses nouvelles découvertes, même les plus « banales » pour nous : moment d'exploration, découverte d'un nouvel environnement, première installation sur le pot, moment du repas, ballades... Et bien évidemment lors de moments en lien avec la séparation/distanciation.

Cheque enfant définit à quel moment il peut avoir besoin de se rassurer. Tous les enfants ne vivent pas les mêmes « moments anxiogènes ». Certains en auront besoin pour s'endormir, d'autres en auront besoin dans leur jeu.



ANNEXE V : Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Lola Raoul et je suis étudiante infirmière en 3ème année à l'ifsi de Pontchaillou à Rennes. Je me permets de venir vers vous afin de réaliser un entretien pour mon mémoire de fin d'étude. J'ai formulé une question de départ sur un sujet autour de l'acceptation du soin par l'enfant . Il sera anonyme, et réalisé dans la bienveillance et le non-jugement. Êtes-vous d'accord pour que cet entretien soit enregistré ? Êtes-vous d'accord pour y répondre ? Je vous remercie. Nous allons pouvoir commencer.

Questions	Objectifs
Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ?	Débuter l'entretien Présentation de la personne interrogée et repérage de ses expériences.
Quelles sont selon-vous les particularités de la prise en soin de l'enfant ?	Relever les spécificités du soins à l'enfant
Pouvez- vous me parler de la relation en pédiatrie ? → Question de relance : - et avec les parents ? Quand ils sont présents ou absent ?	Explorer les représentations de la relation soignant-soigné en pédiatrie pour le soignant; Relever les caractéristiques de la relation soignant-soigné en pédiatrie
Avez-vous déjà vécu une situation où l'enfant n'a pas adhéré à un soin ? Pouvez-vous me raconter cette situation ? → Questions de relance : - Qu'avez vous mis en place face à ce refus ? - Avez-vous des exemples de pratique mises en place dans ce genre de situation ?	Explorer le vécu de la personne interrogée face au refus de soin. Identifier les conséquences sur l'enfant de son refus de soin et ses réactions.
Qu'est ce qui peut aider la réalisation du soin à l'enfant selon vous ? → Questions de relance : - Quels outils l'infirmière peut-elle utiliser pour que le soin se réalise ?	Repérer les outils favorisant le soin à l'enfant
-Avez-vous déjà utilisé le "doudou" de l'enfant dans un soin ? Est-ce que vous pouvez me donner des exemples de situations où cela est arrivé ? -Qu'est ce que cela a apporté au soin selon-vous	Identifier le rôle du "doudou" dans l'acceptation de l'enfant au soin.

<p>?</p> <p>-En quoi, selon vous, l'utilisation du "doudou" de l'enfant peut impacter son acceptation du soin ?</p>	
<p>Avez-vous autre chose à ajouter ?</p>	<p>Clôturer l'entretien Permettre à la personne interrogée d'ajouter des éléments si besoin selon elle.</p>

ANNEXE VI : Tableau récapitulatif des personnes interrogées lors des entretiens

	IDE 1	IDE 2
Années en IFSI	2012-2015	2009-2012
Formation Puéricultrice	2015-2016	2013-2014
Services effectués	Rééducation pour enfant, neuropédiatrie, la néonatal, onco pédiatrie, urgences, médecine et chirurgie de l'enfant et médecine et chirurgie de l'adolescent	Salle d'accouchement la nuit en tant qu'infirmière, en clinique, tous les services pédiatrique du CHU dans lequel elle exerce à ce jour.
Service actuel + ancienneté dans le service actuel	Urgence pédiatrique de nuit Depuis 3 ans	Urgence pédiatrique de nuit Depuis 7 ans
Années d'expérience en tant que Puéricultrice	6 ans	8 ans

ANNEXE VII : Retranscriptions des entretiens

Entretien 1 : 18 min 47

Moi: Ducoup, est-ce que tu peux me présenter ton parcours professionnel ?

IDE: Ouais euh...moi je suis infirmière puéricultrice, euh, en gros j'ai fait mon école d'infirmière sur Angers de 2012 à 2015 et après j'ai fait un an d'école de puer à Rennes ducoup, j'ai vu que toi tu étais de l'ifsi de Rennes c'est ça ?

Moi : Ouais, ouais c'est ça

IDE : Ouais

Moi : Et puis je fais les concours aussi pour faire puer

IDE: Pour puer ? ok...Donc voilà euh mmh j'ai enchaîné en fait un peu tout, avant j'avais fait un bac S et j'avais fait un an et demi de première année de médecine, enfin deux ans mais euh et voilà après j'ai fait...j'ai pas été prise donc euh ducoup euh, ducoup j'ai fait des concours d'infirmière.

Moi : Ok

IDE : Voilà, et là actuellement j'ai repris les cours, je fais un diplôme universitaire d'accompagnement à la parentalité.

Moi: D'accord, et tu as fait que urgence comme service ?

IDE : Non j'ai vraiment fait pleins de truc différent euh..j'ai travaillé en tant qu'infirmière les deux mois de remplacement d'été au urgence pédiatrique, et après quand je suis revenu de l'école de puer euh mmm j'ai bossé un peu dans un mmh.. enfin en centre de rééducation pour des enfants euh, sur Angers mais pas sur le CHU et puis après quand je suis revenu vraiment sur le CHU j'ai fait euh tout les services de pédiatrie en gros je faisais des petits remplacements d'un mois, par ci par là et après j'ai fait le pool de pédiatrie donc j'ai vraiment tourné sur tous les services donc euh..la neuropédiatrie, la néonatalogie, euh oncopédiatrie, euh.. urgences, médecine et chirurgie de l'enfant et médecine et chirurgie de l'adolescent en gros c'est un peu tout les services que euh mmh...que j'ai fait donc c'est très vaste mais mon but c'était de retourner aux urgences pédiatriques

Moi: Ok, ouais c'est ce qui t'a le plus plu quoi

IDE : Ouais et la ça fait depuis bientôt 3 ans que je suis sur les urgences de nuit à 80 *

Moi: Ok, alors ensuite ducoup, la prochaine question c'est quelles sont selon toi les particularités de la prise en soin de l'enfant ?

IDE : euh mmm... la particularité c'est déjà qu'il y a les parents à côté, qu'on a pas forcément ..fin la famille en tout cas, l'entourage qu'on a pas forcément euh.. dans les services adultes enfin pas tout le temps en tout cas et ça c'est quand même une grosse particularité qui faut prendre en compte et savoir comment prendre en compte parce que si on...on arrive pas trop à se mettre entre guillemets "les parents dans la poche" ou en tout cas à les rassurer euh.. ca va être plus difficile d'accéder à l'enfant euh.. ensuite euh...l'autre particularité c'est que l'enfant il n'a pas forcément la même euh.. capacité de raisonnement en tout cas que l'adulte fin il comprend ce qu'on fait mais il peut plus difficilement euh mmm..il peut plus difficilement comment dire euh mm .. se raisonner quoi euh dans, dans ses actes, dans ses paroles, dans ce qu'il peut faire et comment il peut réagir.

Moi: Ok

IDE : Je dirais ça

Moi : Ok d'accord, et mmh, ducoup est ce que tu peux me parler de la relation en pédiatrie ?

IDE : Ouais, euh avec euh en général tu veux dire ?

Moi : Ouais

IDE : Ou juste avec les enfants ?

Moi: Les deux

IDE : Les deux ok, euh mmh et ben mmh la relation en pédiatrie c'est quand même ultra particulier parce que il faut se mettre au niveau de l'enfant, faut le..faire en sorte qu'il puisse comprendre ce

qu'on lui dit donc c'est... fin après je pense que c'est un peu aussi pour les adultes mais j'ai l'impression en tout cas que en pédiatrie on y fait un peu plus attention quand même, aux mots qu'on peut utiliser, euh mmm, à comment est ce qu'on peut expliquer les soins, ce qu'on va faire, essayer un peu aussi de dédramatiser l'hôpital en général ...euh .. et puis bah ce que je te disais aussi voilà c'est un travail de collaboration avec les parents beaucoup quand même et euh .. enfin collaboration avec les parents et les enfants mais surtout avec les parents parce que si eux ils ont du mal à contenir leurs émotions, à comprendre ce qu'on fait, etc ça va être plus difficile de faire des soins auprès de leur enfant

Moi: Ok, mmmh est ce que tu as déjà vécu une situation où l'enfant n'a pas adhéré à un soin ?

IDE : Ooh pleins enfin, pas pleins mais pas mal quand même

Moi : Ouais et bien, est- ce que tu peux me raconter une situation ducoup ?

IDE: Ouais, euh.. une situation dont je me souviens très très bien qui m'a beaucoup marqué et ça a été un peu compliqué pour moi parce que je ne savais pas du tout comment me positionner alors que... bah dans l'ensemble d'habitude j'arrive à peu près à gérer le truc mais la c'était vraiment ultra compliqué, c'était une enfant qui venait pour, euh.. elle venait pour quoi, pour des douleurs abdominales, elle devait avoir euh... 8 ou 10 ans je ne sais plus, fin un âge ou potentiellement normalement les soins cela ne se passe pas trop trop mal, où tu arrives à les raisonner, à rentrer un peu dans..dans...dans ...comment dire euh mmh mince, euh..on ne fait pas fin euh ...pas de l'hypnose conversationnelle mais en tout cas voilà, on essaie d'un peu détourner l'attention du soin etc..en générale à cet âge là ça ne marche pas trop mal et là en faite elle était complètement terrorisée par les soins et fallait qu'on lui fasse une prise de sang pour voir si il n'y avait pas une infection quelque part etc et en faite c'était ultra compliqué, elle refusait vraiment complètement qu'on s'approche d'elle, fin en faite, c'était très ambivalent parce que d'un côté elle tendait le bras et en fait dès que je m'approchais d'elle, elle retirait son bras mais de manière vraiment très brusque et partait complètement en crise d'angoisse et c'était vraiment pas possible pour elle de penser à autre chose, de faire autre chose, on a tout essayé, on a essayé euh..déjà elle avait de la crème anesthésiante dès son arrivée, on avait essayé de lui mettre du MEOPA tu sais le protoxyde d'azote et genre ça, ça n'a pas marché du tout elle n'y a pas du tout adhérer, elle ne supportait pas du tout d'avoir le masque sur le nez, donc bah ça après voilà ça arrive c'est comme ça, on a essayé de discuter avec elle, de mettre de la musique, de négocier aussi des choses, de lui proposer un

livre...nous on marche beaucoup aux urgences pédiatrique avec le cherche et trouve ça marche quand même plutôt bien d'habitude et la impossible vraiment de faire quoi que ce soit. Sa maman qui elle était à côté elle était plutôt elle aidante a essayé de la raisonner pareil et tout ça mais vraiment impossible, et je pense que vraiment j'ai passé plus d'une heure dans la chambre. Mes collègues sont venues avec moi on était trois ... d'abord on était à deux ,puis ensuite il y a une autre collègue qui est venu en se disant bah tant pis on va entre guillemet "la maintenir un peu plus fort" pour faire le soin et comme ça au moins ça sera fait et on en parlera plus quoi sauf que c'était pas possible non plus, on n'arrivait pas elle donnait des coup et tout ça et puis bah à 8-10 ans ils ont quand même de la force et là vraiment elle en avait pas mal et on se prenait des coups de pieds et tout ça, on a dit non mais là c'est pas possible et en faite j'ai fini par tout poser et de lui dire " et bah écoute je pense que tu n'as pas envie qu'on te soigne, parce que là nous on peut rien faire et si tu veux qu'on trouve quelque chose pour te soigner et t'aider il faut que tu nous aide" et je suis partie de la chambre et en faite au moment où je voulais fermer la porte elle me dit "non, non, non, c'est bon vas y tu peux faire la prise de sang je me laisse faire euh...il n'y a pas de problème "euh.. tout ça et au final j'ai réussie à lui faire euh ...je lui dis "bah par contre mes collègues elles ne sont plus disponible disponible en faite, donc euh c'est moi toute seule et c'est tout et on en parle plus et il ne faut pas que tu bouge" et je lui dis "je sais que c'est très compliqué pour toi et que tu as très peur mais sauf que là il faut vraiment qu'on fasse quelque chose pour t'aider en faite, nous on est pas la pour te faire mal mais pour essayer de t'aider et trouver ce que tu as et euh.. j'ai fini par réussir à faire la prise de sang toute seule, la maman elle était juste là pour mettre le livre en gros devant pour ne pas qu'elle voit et pour la rassurer mais c'est tout. Donc après j'ai repris ça avec elle, je lui ai dit "mais je suis désolé d'avoir dit ça, mais en faite je ne savais plus quoi faire", même moi j'étais trop mal de lui dire...de limite hausser un peu le ton en disant "bon bah ok moi je ne peux rien faire pour t'aider tchao je m'en vais" et en faite au final ça l'a un peu fait tilter quand même, ça n'était pas du tout satisfaisant clairement, je ne l'ai jamais refait depuis et j'espère ne jamais avoir à le refaire parce que je n'ai pas du tout aimé la façon dont ça c'est passé mais voilà au final la maman et elle, elles ont compris pourquoi est ce que j'avais dit ça et j'avais faire ça mais bon... malgré tout on aime pas du tout en arriver à tout ça quoi ..

Moi: Ouais, et ducoup face aux différents refus que tu as pu rencontrer qu'est ce que tu mettais en place dans ce genre de situations ?

IDE : Bah on essaie de trouver un peu tout ce qu'on peut, donc euh..en général on essaie pas mal de chose, la plupart du temps quand tout se passe bien juste la crème EMLA, la crème anesthésiante ça

suffit largement avec euh... nous je t'ai dit on utilise beaucoup tout ce qui est livre pour détourner l'attention du soin de l'enfant mais ça nous arrive aussi quand c'est des enfants qui sont un peu angoissé par le soin de mettre le MEOPA justement, le masque et après euh.. on essaie quand même un peu de savoir ce que l'enfant aime bien, donc euh si je ne sais pas moi si il aime bien le foot, si il aime bien la musique, si il aime bien tout ça, on essaie aussi de faire un peu du détournement d'attention du soin par la parole en fait et d'essayer d'aller discuter avec lui de ce qu'il aime bien et voilà ça marche pas mal pour tout ce qui est jeux vidéos, football, pour la musique aussi, en vrai je sais que je mets beaucoup de musique quand tu fais des prise de sang et en général ça marche plutôt bien, ça les fait bien partir... après c'est de la négociation, c'est beaucoup de parole, beaucoup d'explications du soin aussi, c'est sur qu'il faut être dispo quand tu fais un soin si tu as dix mille choses en tête en même temps c'est compliqué parce que t'es pas complètement disponible pour l'enfant ni pour les parents et en général c'est là où ça ne se passe pas bien.

Moi: Ok et ducoup qu'est ce qui peut aider la réalisation du soin à l'enfant selon toi ?

IDE : Et ben euh..la compliance des parents est déjà, beaucoup, franchement, vraiment le fait que les parents, ils soient ... ils nous aident, ils aillent dans notre sens, ça ça aide énormément, un parent qui est là "oulala ça va te faire mal attention, c'est une grosse piqûre et tout ça" bah alors là laisse tombé c'est sur qu'on va galérer de ouf...après euh voilà ça le parent quand même c'est vraiment ultra important. L'explication du soin c'est super important aussi, de se poser de prendre 5 min avant le soin pour répondre aux questions si il y a besoin, d'expliquer comment ça va se passer, ce qu'on va faire etc ...sans trop rentrer dans les détails il n'y a pas besoin mais juste dire voilà ne t'inquiète pas, euh fin .. Voilà il y a ce qui a été mis en place pour ne pas que tu sentes etc...et voilà en général ça ça marche bien et puis bah tout ce qu'on peut trouver pour détourner l'attention du soin ça c'est ultra important.

Moi: Ok, et ducoup quels outils l'infirmière peut-elle utiliser pour que le soin se réalise ?

IDE : L'auxiliaire de puériculture, ça c'est... enfin c'est pas un outil mais en vrai nous on travaille beaucoup, beaucoup en binôme et clairement euh... quand elles ne sont pas là on galère plus quand même, pas chez les ado mais chez les petits en tout cas chez les moins de 6 ans même moins de 10 ans c'est ultra, ultra important qu'elles soient là parce que au final nous.. .. enfin en tout cas nous c'est comme ça qu'on travaille aux urgences pédiatrique beaucoup c'est surtout elles qui font le détournement d'attention du soin, qui sont un peu dans l'échange etc..fin je ne dis pas qu'on ne le

fait jamais mais en tout cas elles le font plus et comme ça nous on se concentre juste sur bien tenir l'enfant, faire notre soin le plus vite possible et le mieux possible pour que bah voilà ça prenne le moins de temps possible et que l'enfant il soit confortable aussi et que ..euh.. voilà... que le soin se passe le mieux possible..ouais franchement si elles n'étaient pas là on galérerait de fou. Ca beaucoup ouais, l'auxiliaire de puériculture c'est ultra important, le travail en binôme en tout cas c'est ultra important. Et puis bah ce que je te disais les livres ça marche bien, les jeux, euh... il y a de plus en plus de parents qui mettent les écrans aussi j'avoue que ça nous aide quand même un peu, fin je ne suis pas trop pour mais franchement des fois un petit dessin juste pendant la prise de sang c'est pas négligeable parfois.

Moi: Ok et euh est ce que ça t'est déjà arrivé d'utiliser le doudou de l'enfant dans un soin ?

IDE: Ouais bien sûr ouais carrément, c'est vrai que je n'y ai pas pensé, mais oui complètement, chez les tout petits ça les rassure parce qu'il y a l'odeur souvent des parents, leur odeur aussi à eux et ducoup oui ça les aide carrément à se rassurer ...je trouve que c'est encore plus marquant chez les tout petits les moins de 2 ans, enfin même moins de 5 ans je dirais, moins de 5 ans les doudous c'est ultra important et ça les aide vachement

Moi : Ok, et ducoup est ce que tu as un exemple de situation où tu as utilisé le doudou de l'enfant en tête où ??

IDE : Euhh, Moi ça m'arrive beaucoup de l'utiliser à l'entrée aux urgences pédiatrique, parce que ducoup on fait aussi l'accueil la nuit et euh tu vois pour mettre le bracelet par exemple de l'enfant parce que souvent ça leur fait un peu peur, on les approche, nos bracelet ils ne sont pas toujours très beaux, fin tu vois et ducoup quand on met le bracelet au doudou ça aide aussi un peu à..à...à voilà..à dédramatiser un peu le truc et dire que bah tu vois doudou aussi il a son bracelet il va rester avec toi et tout ça..je le fais aussi parfois, je n'ai pas d'exemple en tête mais je sais que ça m'arrive de le faire sur des pansements par exemple tu vois qu'on fait genre les pansements de brûlures notamment où c'est des gros pansements qui prennent du temps souvent on fait un pansement au doudou avant pour que...pour que bah voilà doudou il ai aussi son pansement après... ça n'est pas quelque chose que je fais systématiquement non plus et je demande toujours l'accord à l'enfant avant parce que le doudou ça peut être ultra sacré et si toi tu touche à son doudou dans ce cas là ça ne passe pas du tout donc euh..voilà mais il y a des enfants qui demandent même d'eux mêmes "est ce que tu peux faire un pansement à doudou aussi pour qu'il ai le même pansement que moi" et tout ça, ça dépend

il y a des enfants où tu peux toucher au doudou et il n'y a pas de problème et au contraire ils préfèrent avoir vraiment le pansement au même endroit et tout ça et d'autres où par contre tu ne peux pas toucher au doudou et non c'est son doudou et il ne faut surtout pas que doudou il ai un pansement.

Moi: Ok , oui, bah oui, et ducoup, selon toi l'utilisation du doudou de l'enfant est ce que ça peut impacter sur l'acceptation du soin de l'enfant ?

IDE: Ouais, bah ce que je te disais c'est un peu quitte ou double, en fait, soit tu touches à son doudou et ducoup ça ne se passe pas trop bien et c'est un peu galère, enfin je pense qu'il faut vraiment demander l'accord de l'enfant, c'est vraiment quelque chose qui lui appartient et j'ai envie de te dire à l'hôpital c'est un peu le seul truc qui lui appartient et qu'il peut encore gérer quoi entre guillemet et si tu lui enlève ça, ça peut être compliqué euh ... mais euh... attends ta question c'était est ce que ça peut impacter c'est ça sur les soins ?

Moi : Ouais c'est ça

IDE: Mais oui je pense que vraiment il y en a que ça aide je te disais d'avoir le bracelet au doudou et tout ça après ils te tendent le bras il n'y a pas de soucis, le fait de faire un pansement au doudou c'est pareil souvent après ils acceptent ...enfin il y en a qui acceptent voilà de ...qu'on fasse le pansement aussi enfin c'est ..ouais, ouais carrément ça aide, ça aide, ça peut aider pas toujours mais ça peut aider, ouais.

Moi: Ok, et ducoup est ce que tu aurais d'autres choses à ajouter toi ?

IDE: mmmmh non je pense que ... je pense que je t'ai dis pas mal de chose déjà, j'espère que ça va t'aider euh mmm ... non, non, non, je pense que je t'ai dis pas mal de trucs.

Moi: Ok bah ducoup moi je n'ai pas d'autres questions à te poser, donc bah merci beaucoup du temps que tu m'as accordé.

IDE : De rien, avec plaisir.

Entretien 2 : 22min22

Moi: Pour commencer est ce que tu peux me présenter ton parcours professionnel ?

IDE: Ouais, pas de problème, alors moi j'étais à l'école d'infirmière de 2009 à 2012, à Thouars dans les Deux Sèvres, et je voulais être puéricultrice donc j'ai passé pendant ma troisième année d'école, j'ai passé le concours de puéricultrice que j'ai eu tout de suite à ma grande surprise parce que j'avais galéré à avoir les concours infirmiers, et du coup je suis rentrée très rapidement, tu vois j'étais diplômée en juillet, en décembre je suis rentrée à l'école de puéricultrices et entre temps je suis retournée sur Angers, où j'habite et j'ai travaillé 4 mois en salle d'accouchement la nuit en tant qu'infirmière et voilà ... après donc Janvier 2013 je suis rentrée à l'école de puéricultrices à Angers et là j'ai fait toute mon année avec différents stages euh... et j'ai découvert pas mal de service sur le CHU d'Angers qui m'ont beaucoup plu et sauf que en fait on me proposé un poste à la clinique euh ... Tu es d'où toi ??

Moi: De Rennes

IDE: D'accord, bon bref, on m'a proposé un poste dans une clinique j'y suis allé ça ne m'a pas du tout plu, ça a duré du coup 2014 euh... Janvier à Avril et ça ne m'a pas du tout plu. Dès que ça devenait intéressant, les enfants étaient transférés au CHU d'Angers euh... dès que c'était hyper int... euh..ouais..fin ouais...c'était vraiment de la bobologie sinon donc j'ai suivi du coup ces enfants là qui étaient transférés sur le CHU d'Angers, et je suis arrivée du coup aux urgences pédiatriques en 2014, en mai 2014, et de là, pendant la première année, j'étais un petit peu baladée de service en service et finalement juillet 2015, je me suis posée de nuit, aux urgences pédiatriques et du coup bah j'y suis resté et tu vois on est en..ça va faire 7 ans et voilà, et génial, c'était vraiment... professionnellement c'est vraiment ce que je voulais, moi je n'aime pas du tout les soins routiniers, savoir ce qui m'attend quand j'arrive au boulot, et du coup c'est un service qui me convient totalement, les enfants de 0 à 16 ans, c'est jamais pareil, on ne voit jamais les mêmes pathologies...fin c'est géniale, voilà pour mon parcours.

Moi: Ok, super, merci, et du coup quelles sont selon toi les particularités de la prise en soin de l'enfant ?

IDE :C'est vague ta question, fin c'est...c'est...c'est large

Moi: Ouais c'est large

IDE: Les particularités....alors tu veux m'emmener vers quoi ? La douleur ? Vers euh... qu'est ce que c'est un enfant ? Plutôt c'est ça ?

Moi: euh..oui bah qu'est ce qu'implique la prise en soin d'un enfant en fait

IDE:Ok alors euh... c'est tellement large que j'ai plein de choses qui me viennent en tête.

Moi: Et bien vas y comme tu penses

IDE : Ok, alors qu'est ce qu'implique la prise en soin d'un enfant...alors euh...plusieurs paramètres euh..... je vais te parler au minimum le triangle en fait où tu as un soignant et un parent, c'est ... pour moi c'est impossible de faire sans le parent ou alors ... non très peu possible, impossible c'est pas...moins possible ...moins correcte,...moins rassurant pour l'enfant donc plutôt je te parlerai ouais de ce triangle qu'on apprend beaucoup et que finalement on retrouve beaucoup dans nos soins... de bases...euh..ça implique voilà d'avoir 3 personnes de vraiment euh.. enfin 2 personnes dans la prise en charge de l'enfant, deux adultes référents, son parent, sa figure paternel, maternel ou son tuteur, enfin quelqu'un qui le connaît plus que personne et un soignant qui vraiment est ok avec ça, euh...de ne plus faire les soins sans la présence des parents pour moi c'est hyper important euh mmm... qu'est ce que ça implique d'autre c'est aussi, pourquoi pas et je le conseil beaucoup, un binôme soignant parce que il est difficile d'accéder à ...à... avoir l'approbation d'un enfant lors des soins sur euh... euh... on arrive pas comme pour un adulte "donnez moi votre main, je vais vous faire une prise de sang" c'est pas possible, donc il nous faut absolument un binôme pour qu'on puisse faire de la distraction,parfois maintenir bien sûr cet enfant là dans bien sur les meilleures conditions hein mais voilà...même si il nous donne sa petite main et qu'on le distrait et qu'on fait des bulles et qu'on lit un livre, il ne va pas la laisser donc euh voilà ...ça implique de..de.. pouvoir être aider par une auxiliaire, une aide soignante, une autre collègue infirmière, puer, enfin voilà... euh... Qu'est ce que ça implique d'autre ...bah ouais de...de faire de la distraction, d'avoir plusieurs moyens, de connaître l'enfant déjà, qu'est ce que c'est un enfant, qu'est ce que c'est un enfant de cet âge là parce que le développement de l'enfant entre 0-1 an par exemple, est complètement différent de celui entre 4 et 5 ans, et que celui entre 12 et 13 ans, il n'y va pas y avoir les mêmes besoins... euh mmm...rooh je vais t'emmener dans pleins de...

Moi : Oui, oui mais pas de soucis

IDE : Recentre moi si parce que..euh... il y a pleins de choses qui me viennent, un enfant c'est euh... qu'est ce qu'implique la prise en soin... bah ouais ça implique d'avoir du monde en gros, et d'avoir des moyens de distractions et de connaître ce que c'est un enfant parce que si tu ne connaît pas, effectivement tu vas être très déçue d'arriver et dire " il veut pas ahah", oui l'enfant ne va pas vouloir comme ça, euh.. même si un adulte ne veut pas non plus comme ça c'est pas euh..chez l'enfant c'est spécifique à lui, c'est pas possible dans son développement en tout cas de pouvoir obtenir son accord si rapidement

Moi : Ok, ensuite, qu'est ce que tu dirais de la relation en pédiatrie en faite

IDE : Qu'est ce que je dirais tu dis ?

Moi : Ouais

IDE: De cette relation en pédiatrie, c'est ..c'est...elles sont larges euh...

Moi : C'est un peu plus spécifique après mais ducoup ouais c'est large au début ouais

IDE : Ah oui je m'en rappelle que c'était ... que ça partait dans tous les sens à l'époque je m'en rappelle de ça...euh... Redis-moi, redis moi

Moi: Est ce que tu peux me parler de la relation en pédiatrie..euh...avec l'enfant ...

IDE: Je t'en ai déjà un petit peu parlé effectivement, euh mmm.....je vais redire la même chose alors attend j'essaie de euh...

Moi: Mais si tu te répètes c'est pas grave après

IDE: Je vais te redire les mêmes choses..euh.. fin je trouve qu'elles se ressemblent beaucoup les deux questions parce que je suis partie un peu dans tous les sens...euh... Redis moi la question, je suis encore sur la première qu'est ce que cela implique

Moi: Pas de soucis, est ce que tu peux me parler de la relation en pédiatrie et si tu te répètes c'est pas grave, justement

IDE : La relation en pédiatrie, la relation ducoup soignant-soigné ?

Moi : Ouais voilà c'est ça.

IDE:.....Ok...euh mmm, bah ouais je vais te dire la même chose et bien je vais te dire euh la relation en pédiatrie c'est,... c'est connaître avant tout, avant toute chose c'est l'enfant sain, qu'est ce que c'est qu'un enfant sain, qu'est ce que c'est son développement à cet âge là de sa vie, de quoi il a besoin à cet âge là, qu'est ce que c'est ses figures qui vont le rassurer que ce soit quelque chose de matériel ou humain donc comme un doudou, comme une tétine des choses comme ça...euh il faut connaître son univers un minimum tu vois, si justement tu dois lui faire des soins quelconques hein que l'on parle d'un pansement, d'une toilette ou d'une prise de sang, savoir un minimum ses centres d'intérêts, ses...comment il est aussi lui..comment il se caractérise..je veux dire si c'est un enfant qui est très introvertie ou plutôt qui va être très bavard ..ouais connaître ce que c'est l'enfant sain, recentrer au maximum sur ce qu'il est lui à ce moment là en sachant que tu ne le connais pas en fait que bon bah c'est un soin lamb..c'est un soin à ce moment là, à un moment T mais euh....donc essayer de recentrer au maximum à ce moment là et puis partir.... faire en sorte que ça soit sympa pour lui parce que, que ça soit l'hôpital comme tout autre endroit inconnu chez un enfant ça peut être très angoissant chez un enfant, très traumatisant, rapidement si on ne parvient pas à adhérer....ouais ...à obtenir son adhésion et à le rassurer quoi fin ..;et ça implique encore une fois d'avoir ouais une figure..euh... d'avoir un parent quoi ou quelqu'un qui connaît ses...pour moi tu peux pas faire euh...c'est hyper compliqué de mettre un enfant dans un endroit qu'il ne connaît pas avec des soins qui potentiellement peuvent être douloureux où en tout cas complètement inconnus, dans un endroit inconnu, sans figure d'attachement je trouve ça très compliqué, euh... ouais je dirais ça dans la relation, je pense que ça implique en pédiatrie d'avoir plusieurs cordes à son arc, la distraction, les...ouais savoir ce que c'est un enfant c'est vraiment, ..alors qu'un adulte...a oui je pense, je ne sais plus, je ne m'en rappelle plus de trop, ...il est certains qu'à l'école d'infirmière on a du voir ce que c'est qu'un adulte, un vieillard,et un.. mais tu

vois j'ai beaucoup moins de souvenir forcément..mais euh...tu ne peux pas en pédiatrie tu dois connaître ce que c'est qu'un enfant avant tout sinon tu n'y arrive pas en faite

Moi : Ok

IDE : Si tu n'as pas cette notion là....

Moi: C'est compliqué

IDE: Ouais, d'après moi après je ne sais pas, encore une fois on est toute différente

Moi : Ok, est-ce que tu as déjà vécu une situation où l'enfant n'a pas adhéré à un soin ? et si oui est ce que il y en a une que tu peux m'exposer ?

IDE: Alors la toute première qui me vi...alors je suis souvent interrogé sur ce sujet là et euh..parce que c'était mon mémoire à l'école d'infirmière justement en troisième année mais euh je ne vais pas te parler de celle-ci parce que ducoup j'étais toute jeune et que ... uh mmm, j'en vois tous les jours en faite aux urgences pédiatrique désormais, à l'époque je trouvais que c'était euh... je trouvais ça normal de...d'avoir des soins potentiellement douloureux avec un enfant qui n'est pas d'accord et ducoup d'arriver dans le traumatisme rapidement et mais on se rend compte que même si ..on a toute les méthodes du monde parfois on n'y arrive quand même pas, ça c'est malheureux parce que....je suis tombée de haut quand ça m'est arrivé mais c'est vrai...euh ...un soin...tu veux que je recentre sur un soin qui m'est arrivé à moi ou que j'ai vu ?

Moi : Ouais

IDE : Alors le maximum de soins qui peuvent se passer moins bien où on va arrêter, on va continuer, on va essayer de faire autrement c'est les sutures et tu vois finalement à l'école d'inf c'était ça que j'avais choisi c'était une suture de langue à l'époque, et là bah je me rends compte, tu vois on en fait beaucoup aux urgences, les sutures c'est potentiellement compliqués, on a divers moyens de distraction encore une fois, on a le MEOPA aussi qui nous aide beaucoup, on a divers moyen aussi pour pallier à la douleur, on prémédique pas mal les enfants avec tout ce qui est euh..... hypnovel donc euh..., bah tout ce qui permet de détendre au maximum mais...et aussi des antidouleurs comme la morphine tu vois... on va quand même... un peu plus fort quoi et pour autant ça avec le MEOPA et ça.. ils sont censés être dans les vap et bah ils arrivent à se recentrer, ils arrivent à ...à .. à bloquer sur le fait qu'on est entrain de les suturer, alors que ça soit un doigt, une arcade, un crâne, un pied fin je veux dire et ça peut être très compliqué et douloureux malgré le fait qu'on est gardé le parent, qu'on ..., on fait beaucoup nous, on utilise beaucoup c'est ce qui fonctionne le mieux je trouve, d'ailleurs, les cherches et trouve alors ça dépend de l'âge encore une fois mais à partir de deux ans il y a des cherches et trouves qui sont vraiment super et ça les emmène dans un autre monde et c'est pas mal. Mais euh... souvent c'est les sutures où c'est vraiment le plus compliqué, on va arrêter le soin, on va essayer de reprémédiquer, redonner un antidouleur, repschiter avec de la lidocaïne pour anesthésier localement et pour autant parfois on a besoin d'emballer enfin d'enrouler l'enfant, de le contenir dans un drap pour qu'il puisse pas se blesser parce que au bout d'un moment en fait on ne peut plus faire autrement, quand c'est vraiment trop compliqué et trop traumatisant

pour le parent et l'enfant...et même pour nous, on arrête et ça passe au bloc et c'est hyper dommage parce que d'habitude ça veut dire que c'est quand même une anesthésie, qu'il y a d'autres risques et que il y a plus longtemps en hospitalisation aussi mais voilà, on ne va pas s'acharner non plus mais très souvent on essaie de faire au maximum ce qu'on peut faire en soins donnés aux urgences en soins aigus ...mais oui ça arrive tout les jours les enfants ils ne sont pas forcément tout le temps d'accord,et il suffit... déjà un enfant fatigué tu obtiens très peu de choses de sa part alors en plus un enfant fatigué, qui a mal, qui arrive à minuit, fin..je ne te raconte pas ...voilà..mais tous les jours il y en a et on a pleins de méthodes et je ne pensais pas qu'il y en avait autant et même en utilisant tout parfois il n'y a rien à faire... rien à faire, enfin il y a mais voilà

Moi : Et d'habitude, qu'est ce qui peut aider la réalisation du soin selon toi à un enfant ?

IDE : Distractions, ..les bulles, les bâtons de pluie,... les parents nous coupent beaucoup sur ...pour dire euh.." oh la vidéo sur le portable", nous on est pas fan du tout, parce qu'on est zéro écran jusqu'à 3 ans donc forcément ...bon on laisse de toute façon quand c'est l'univers de l'enfant, vaut mieux qu'il retrouve des choses qu'il connaît euh mmm .. ça peut être ça, ça peut être des histoires, beaucoup beaucoup des histoires, les livres ça vraiment c'est...les recherches et trouves comme je te disais..les chansons, alors là on utilise avec tous les bébés tout le temps et après ça va être euh..donc tous les moyens non médicamenteux et médicamenteux et bah le sucre pour les bébés, l'EMLA quand on peut attendre l'EMLA ça c'est génial et c'est la plupart du temps le cas d'ailleurs pour faire une effraction cutané euh... tout ce qui est aussi ouais local comme la xylocaïne on l'utilise pas mal et après bah les moyens médicamenteux vraiment per os et même IV enfin tout ce qui est anti-douleur palier 1,2,3 on l'utilise tout le temps... quand ça ne suffit pas on prémédique comme je te disais avec l'hypnovel on l'utilise vraiment beaucoup euh...tu vois on prémédique même les enfants qui partent au scanner parce que ... et qui ne seront pas capable de rester immobile pendant 10 min, c'est pas un soin douloureux mais c'est un soin qui nécessite d'être calme, d'être détendu et les enfants ne peuvent pas rester immobile, en fait c'est impossible, donc on les shoots en fait, c'est ça le mot c'est ce que je dis aux parents je ne devrais pas dire ce mot là mais clairement c'est ça, c'est on donne quelque chose pour les casser et qu'on puisse faire les soins en fait et ça fonctionne bien voilà ce qu'on peut mettre en place...mmm, le calin, la contention physique aussi, comme je te...enfin physique euh mmm, les attacher, les contenir dans un draps, dans une couverture, dans un lange tout dépend de l'âge ça fonctionne vraiment très bien et puis parfois faire sortir le parent ça c'est une méthode qu'on emploie quand on a tout essayé et que l'enfant est incalable et surtout ne nous écoute pas, il va hurler, il va... il est dans ...dans... il est dans la phase où c'est trop traumatisant et d'habitude il faut faire sortir ce parent là pour que l'enfant, on ait son adhésion et très souvent c'est ce qui fonctionne en plus d'ailleurs, on le fait rarement mais quand on doit le faire bah voilà ça fonctionne en tout cas. On y arrive toujours quoi, sauf quand je te dis c'est une suture c'est des choses comme ça bah ça se termine au bloc quoi mais sinon on y arrive et le MEOPA, j'ai oublié de dire... on l'utilise tout le temps, tous les jours tellement c'est le quotidien tu vois j'oublie même de t'en parler.

Moi: Et est ce que ça t'est déjà arrivé d'utiliser le doudou de l'enfant dans le soin ?

IDE : Tout le temps,... tout le temps,.. tout le temps, tout les jours, c'est une des premières questions qu'on pose aux parents, est ce qu'il a un doudou et puis accompagné toujours de l'autre question est

ce qu'il a une tétine, euh mmm....est ce qu...le besoin de succion est intense chez beaucoup d'enfant, euh mmm.... est ce qu'il y a quelque chose qu'il aime beaucoup faire à la maison, est ce qu'il y a quelque chose qui fonctionne le mieux ..Ouais tout le temps.

Moi: Est ce que tu peux m'exposer un exemple de situation où tu as utilisé le doudou de l'enfant pour faire un soin ?

IDE : Alors euh,... tout le temps, ça peut être dès l'accueil quand euh... quand ils arrivent aux urgences avec euh...Ton sujet c'est sur les urgences ou pas forcément spécifiquement ?

Moi : Pas forcément spécifiquement sur les urgences

IDE : D'accord, bon bah dès l'entrée tu vois, pour faire allonger un enfant dans un lit, ou le faire patienter en salle d'attente et que c'est compliqué pour lui, il ne veut pas nous écouter, il n'est pas d'accord d'être là, il veut être chez lui, bah euh...rien que pour mettre le bracelet d'identification bah parfois on a recours aux bras du parent, aux poignets de maman ou du papa, de la soeur...et le doudou en fait, ça on l'utilise pas mal, ça fonctionne, très souvent ils ont confiance ducoup et après ils se laissent un peu mieux faire... Euh mmm ça peut être ça, ça peut être quand on doit faire un petit pansement, faire un plâtre et bah faire comme si on faisait sur le doudou...Et tout bêtement aussi le rassurer quand il a un besoin, quand il pleure, quand il est apeuré, bah demander le doudou qui est dans le sac, ou dans la poche du papa, est ce que vous pouvez l'amener à disposition, les parents qui partent parce qu'ils doivent aller reranger la voiture et nous laisser leur enfant pareil "ah par contre vous nous laissez le doudou", fin voilà, il nous faut cette figure là c'est hyper important pour l'enfant...Mais on l'utilise tout le temps, tout le temps tu ne peux pas prendre soins d'un enfant sans un doudou dans un endroit qu'il ne connaît pas, avec des soins potentiellement douloureux c'est impossible de faire autrement. Et les parents d'ailleurs font très souvent l'aller-retour quand ils l'ont oublié et que les enfants sont amenés à rester, très très souvent, les trois quarts du temps.

Moi : Et ducoup selon toi l'utilisation du doudou est ce que ça peut impacter l'acceptation du soin de l'enfant ?

IDE : Oui, oui, oui, oui, je vais me répéter, oui oui bien sûr, c'est...c'est un objet qui fait que l'enfant va avoir un repère donc euh ..ce doudou là... ça permet d'obtenir l'adhésion mais ça permet surtout de rassurer l'enfant, de l'apaiser, d'obtenir une acceptation plus facile et euh..... et oui il faut en avoir recours clairement...j'essaie de repenser à des choses que j'ai fait.... et des fois il y a pas et ils en ont quand même besoin, et on a quand même en plus nous des peluches ou des doudous, pas des doudous doudous mais des peluches euh... dans les fêtes foraine je crois qu'on a eu ça d'ailleurs..euh.. des choses euh...ou même des espèces de récompenses, on a des diplômes de courage,on a des petits cadeaux, et parfois on a des peluches aussi qu'on donne et parfois on les utilise juste pour bah remplacer ça marche bien. Tous les enfants aussi placés qui arrivent seule ducoup où l'éducateur n'est pas encore présent ou ne viendra pas ça arrive, pareil des fois ils me disent "j'ai pas mon doudou" donc on va se débrouiller pour en trouver un en fait, un remplaçant.

Moi : Ok, ok est ce que tu aurais d'autres choses à rajouter

IDE: Non ...ça me paraît bien, non je suis en train de ...non c'est un bon sujet qui va t'emmener loin. Tu as bien compris le truc quand même hein, non c'est bien, tu as bien centré je trouve, quand tu comprends que l'enfant sans son doudou tu ne peux rien faire, fin tu peux mais franchement il te le faut quoi... Non je n'ai rien à rajouter Lola

Moi: Alors pour moi pour le mémoire c'est tout bon ducoup.

ANNEXE VIII : Tableaux d'analyse des entretiens

IDE 1

IDE 2

“Paroles” à utiliser dans l’analyse écrite

Objectifs: Relever les **spécificités du soin à l’enfant** et les **caractéristiques de la relation soignant-soigné en pédiatrie.**

Une relation triangulaire			Savoir qu’est ce qu’un enfant	
Omniprésence du “parents”	S’occuper du parent pour soigner l’enfant	Collaborer avec les parents	Un enfant n’est pas un adulte	Un être en développement
<p>il y a le parent à côté</p> <p>la famille en tout cas, l’entourage qu’on a pas forcément dans les services adultes</p> <p>Le triangle</p> <p>ce triangle</p> <p>c’est impossible de faire sans le parent</p> <p>son parent, sa figure paternel, maternel ou son tuteur, enfin quelqu’un qui le connaît plus que personne</p>	<p>si on arrive pas trop à se mettre entre guillemets “les parents dans la poche”, les rassurer, ca va être plus difficile d’accéder à l’enfant</p> <p>si eux ils ont du mal à contenir leurs émotions, à comprendre ce qu’on fait, etc ça va être plus difficile de faire des soins auprès de leur enfant</p> <p>prendre en compte et savoir comment prendre en compte</p>	<p>un travail en collaboration avec les parents beaucoup</p> <p>collaboration avec les parents et les enfants surtout avec les parents</p> <p>tu as un soignant et un parent</p> <p>ne plus faire les soins sans la présence des parents</p>	<p>l’enfant n’a pas forcément la même capacité de raisonnement en tout cas que l’adulte</p> <p>il peut plus difficilement se raisonner dans ses actes, dans ses paroles, dans ce qu’il peut faire et comment il peut réagir.</p> <p>on arrive pas comme pour un adulte “donnez moi votre main, je vais vous faire une prise de sang” c’est pas possible</p>	<p>il faut se mettre au niveau de l’enfant</p> <p>faire en sorte qu’il puisse comprendre ce qu’on lui dit</p> <p>attention quand même aux mots qu’on peut utiliser</p> <p>comment est ce qu’on peut expliquer les soins, ce qu’on va faire</p> <p>Qu’est ce que c’est un enfant de cet âge là parce que le développement de l’enfant entre 0-1 an par exemple, est complètement différent</p>

				<p>de celui entre 4 et 5 ans, et que celui entre 12 et 13 ans, il n'y va pas y avoir les mêmes besoins</p> <p>chez l'enfant c'est spécifique à lui, c'est pas possible dans son développement en tout cas de pouvoir obtenir son accord si rapidement</p> <p>qu'est ce que c'est son développement à cet âge là de sa vie, de quoi il a besoin à cet âge là,</p> <p>ça dépend de l'âge encore une fois</p>
6 (IDE 1 :2, IDE 2: 4)	3 (IDE 1)	4 (IDE 1 : 2, IDE 2: 2)	3 (IDE 1 : 2, IDE 2: 1)	8 (IDE 1 : 4, IDE 2 : 4)
13 (IDE 1 : 7, IDE 2: 6)			11 (IDE 1: 6, IDE 2: 5)	

Objectifs : Explorer le vécu de la personne interrogée (vécu de soignant) face au refus de soin et Identifier les conséquences sur l'enfant de son refus de soin et ses réactions

Fréquence du refus de soin en service	L'enfant dans le refus de soin		Réactions du soignant face au refus de soin persistant		
<p>oh pleins</p> <p>pas mal quand même</p> <p>j'en vois tous les jours en faite aux urgences</p> <p>oui ça arrive tout les jours les enfants ils ne sont pas forcément tout le temps d'accord</p> <p>mais tous les jours il y en a</p>	<p>Les réactions de l'enfant dans le refus de soin</p>	<p>Les émotions de l'enfant face aux soins engendrant son refus</p>	<p>L'arrêt du soin</p>	<p>La contention</p>	<p>Retour sur le refus de soin</p>
	<p>elle donnait des coups de pieds</p> <p>on se prenait des coups de pieds</p> <p>elle retirait son bras mais de manière vraiment très brusque</p> <p>ne nous écoute pas, il va hurler,</p>	<p>complètement terrorisé par le soin</p> <p>partait complètement en crise d'angoisse</p> <p>"tu as très peur"</p> <p>parce que souvent ça leur fait un peu peur</p> <p>des enfants qui sont un peu angoissé par le soin</p> <p>ça peut être très angoissant</p> <p>très traumatisant, rapidement si on ne parvient pas à adhérer</p>	<p>J'ai fini par tout poser</p> <p>Je suis partie de la chambre</p> <p>on va arrêter le soin</p> <p>parfois on n'y arrive quand même pas,</p> <p>on arrête et ça passe au bloc</p> <p>Ca se termine au bloc quoi mais sinon on y arrive</p> <p>on ne va pas s'acharner non plus</p>	<p>On va entre guillemet "la maintenir un peu plus fort"</p> <p>maintenir bien sûr cet enfant</p> <p>on a besoin d'emballer enfin d'enrouler l'enfant</p> <p>le contenir dans un drap</p> <p>la contention physique aussi</p> <p>Les attacher, les contenir dans un draps,dans une couverture, dans un linge tout dépend de l'âge</p>	<p>Après j'ai repris ça avec elle</p> <p>elles ont compris pourquoi est ce que j'avais dis ça et j'avais fait ça</p>

		arriver dans le traumatisme rapidement il est dans la phase où c'est trop traumatisant			
5 (IDE 1 : 2, IDE 2 : 3)	4 (IDE 1 : 3, IDE 2 : 1)	8 (IDE 1 : 5, IDE 2 : 3)	7 (IDE 1 : 2, IDE 2 : 5)	6 (IDE 1 : 1, IDE 2 : 5)	2 (IDE 1)
5	12 (IDE 1 : 8, IDE 2 : 4)		15 (IDE 1 : 5, IDE 2 : 10)		

Objectif : Repérer les “outils” favorisant le soin à l'enfant

Le but était d'avoir ce doudou de citer mais citer seulement 1 fois

Les outils médicamenteux	Les outils non médicamenteux				
La crème EMLA La crème anesthésiante l'EMLA quand on peut attendre l'EMLA ça c'est génial la xylocaïne Mettre le MEOPA	Moyens humain			Moyens matériels	
	Les parents de l'enfant	Les collègues	La communication verbale		tout ce qui est livre les livres ça marche bien On lit un livre ça peut être des histoires, beaucoup beaucoup des histoires,
			L'explication du soin	Discussion, Recherche des centres d'intérêt de l'enfant	
la compliance des parents	L'auxiliaire de puériculture	l'explication du soin	on essaie de savoir ce que l'enfant aime bien		
le fait que les parents	On travail beaucoup	beaucoup d'explications du soin	on essaie aussi de faire		

<p>On a le MEOPA le MEOPA x2</p> <p>On prémédique pas mal les enfants</p> <p>Hypnovel</p> <p>des antidouleurs comme la morphine</p> <p>tout ce qui est anti-douleur palier 1,2,3</p> <p>les moyens médicamenteux vraiment per os et même IV</p> <p>de la lidocaïne</p> <p>le sucre pour les bébés</p> <p>on les shoots on donne quelque chose pour les casser et qu'on puisse faire les soins en fait</p>	<p>ils nous aident</p> <p>voilà ça le parent quand même c'est vraiment ultra important</p> <p>la maman elle était juste là pour [...] pour la rassurer</p> <p><i>“Sa maman qui elle était à côté elle était plutôt elle aidante, à essayé de la raisonner “</i></p> <p>à obtenir son adhésion et à le rassurer et ça implique encore une fois d'avoir ouais une figure, d'avoir un parent quoi ou quelqu'un qui connaît</p> <p>sans figure d'attachement je trouve ça très compliqué</p> <p>le fait qu'on est gardé le parent,</p> <p>faire sortir le parent ça</p>	<p>beaucoup en binôme</p> <p>l'auxiliaire de puériculture c'est ultra important</p> <p>le travail en binôme en tout cas c'est ultra important</p> <p>un binôme soignant</p> <p>il nous faut absolument un binôme</p> <p>pouvoir être aider par une auxiliaire, une aide soignante, une autre collègue infirmière, puer,</p> <p>ça implique d'avoir du monde</p>	<p>aussi</p>	<p>un peu du détournement d'attention du soin par la parole</p> <p>essayer d'aller discuter avec lui de ce qu'il aime</p> <p>c'est beaucoup de parole</p> <p>c'est surtout elles qui font le détournement d'attention du soin, qui sont un peu dans l'échange</p> <p>il faut connaître son univers un minimum</p> <p>savoir un minimum ses centres d'intérêts</p> <p>vaut mieux qu'il retrouve des choses qu'il connaît</p> <p>est ce qu'il y a quelque chose qu'il aime beaucoup faire à la maison</p>	<p>les livres ça vraiment c'est...les recherches et trouves</p> <p>les jeux</p> <p>les écrans la vidéo sur le portable</p> <p>des fois un petit dessin juste pendant la prise de sang c'est pas négligeable parfois</p> <p>on fait des bulles</p> <p>comme un doudou</p> <p>comme une tétine</p> <p>les chansons</p>
---	---	---	--------------	---	--

	<p>c'est une méthode qu'on emploie quand on a tout essayé et que l'enfant est incalme</p> <p>du coup il faut faire sortir ce parent là pour que l'enfant, on ait son adhésion</p>				
17 (IDE 1: 3, IDE 2: 14)	10 (IDE 1: 5, IDE 2: 5)	7 (IDE 1: 3, IDE 2: 4)	2 (IDE 1)	8 (IDE 1: 4, IDE 2: 4)	12 (IDE 1: 5, IDE 2: 7)
			10 (IDE 1: 6, IDE 2: 4)		
	27 (IDE 1: 14, IDE 2: 13)				
	39 (IDE 1: 19, IDE 2: 20)				

Objectif: Identifier le rôle du "doudou" dans l'acceptation de l'enfant au soin.

Fréquence d'utilisation du doudou	Un Soutien/un repère pour l'enfant			Un Médiateur de soin pour le soignant	
	Ouais bien sûr ouais carrément, c'est vrai que je n'y ai pas pensé, mais oui complètement	Lien avec le parent	Une présence, sa propriété	Rassure	Testeur du soin
Accepte que l'on y touche					

<p>je trouve que c'est encore plus marquant chez les tout petits les moins de 2 ans, enfin même moins de 5 ans, je dirais, moins de 5 ans les doudous c'est ultra important et ça les aide vachement</p> <p>Tout le temps,... tout le temps,.. tout le temps, tout les jours, c'est une des premières questions qu'on pose aux parents, est ce qu'il a un doudou tout le temps, ça peut être dès l'accueil</p> <p>on l'utilise tout le temps, tout le temps tu ne peux pas prendre soins d'un enfant sans un doudou dans un</p>	<p>Il y a l'odeur souvent des parents</p> <p>les parents qui partent parce qu'ils doivent aller reranger la voiture et nous laisser leur enfant pareil "ah par contre vous nous laissez le doudou", fin voilà, il nous faut cette figure là</p>	<p>il va rester avec toi c'est un objet qui fait que l'enfant va avoir un repère</p> <p>Tous les enfants aussi placés qui arrivent seule ducoup où l'éducateur n'est pas encore présent ou ne viendra pas ça arrive, pareil des fois ils me disent "j'ai pas mon doudou" donc on va se débrouiller pour en trouver un en fait, un remplaçant.</p> <p>c'est vraiment quelque chose qui lui appartient</p> <p>à l'hôpital c'est un peu le seul truc qui lui appartient</p> <p>c'est son doudou</p>	<p>chez les tout petits ça les rassure</p> <p>ça les aident à se rassurer</p> <p>tout bêtement aussi le rassurer quand il a un besoin, quand il pleure, quand il est apeuré,</p> <p>ça permet d'obtenir l'adhésion mais ça permet surtout de rassurer l'enfant, de l'apaiser, d'obtenir une acceptation plus facile</p>	<p>on met le bracelet au doudou ça aide aussi un peu à dédramatiser</p> <p>tu vois doudou aussi il a son bracelet</p> <p>d'avoir le bracelet au doudou et tout ça après ils te tendent le bras souvent on fait un pansement au doudou avant</p> <p>rien que pour mettre le bracelet d'identification bah parfois on a recours [...]et le doudou en fait, ça on l'utilise pas mal, ça fonctionne, très souvent ils ont confiance ducoup et après ils se laissent un peu mieux faire</p> <p>doudou il ai aussi</p>	<p>Je demande toujours l'accord à l'enfant</p> <p>je pense qu'il faut vraiment demander l'accord de l'enfant</p> <p>le doudou ça peut être ultra sacré</p> <p>il y a des enfants où tu peux toucher au doudou</p> <p>il y a des enfants où tu peux toucher au doudou et il n'y a pas de problème et au contraire ils préfèrent avoir vraiment le pansement au même endroit</p>	<p>d'autres où par contre tu ne peux pas toucher au doudou</p> <p>il ne faut surtout pas que doudou il ai un pansement</p> <p>soit tu touches à son doudou et ducoup ça ne se passe pas trop bien</p>
---	---	--	---	--	--	---

<p>endroit qu'il ne connaît pas, avec des soins potentiellement douloureux c'est impossible de faire autrement.</p> <p>l'enfant sans son doudou tu ne peux rien faire</p>				<p>son pansement</p> <p>faire un pansement au doudou c'est pareil souvent après ils acceptent</p> <p>il y en a qui acceptent voilà de ...qu'on fasse le pansement aussi</p> <p>quand on doit faire un petit pansement, faire un plâtre et bah faire comme si on faisait sur le doudou...</p>		
<p>5 (IDE 1: 2, IDE 2: 3)</p>	<p>2 (IDE 1: 1, IDE 2: 1)</p>	<p>6 (IDE 1: 4, IDE 2: 2)</p>	<p>4 (IDE 1: 2, IDE 2: 2)</p>	<p>8 (IDE 1: 6, IDE 2: 2)</p>	<p>5 (IDE 1)</p>	<p>3 (IDE 1)</p>
	<p>12 (IDE 1: 7, IDE 2: 5)</p>				<p>8 (IDE 1)</p>	
					<p>16 (IDE 1: 6, IDE 2: 10)</p>	

Abstract :

NOM : Raoul PRÉNOM : Lola
TITRE DU MÉMOIRE : "Mon doudou d'abord"
<p>The aim of this research thesis is to study how to approach the child's care in order to obtain their adherence. During my internships I observed two situations where the child refused care and the nurse used his comforter to gain compliance. I carried out an initial investigation which highlighted the concept of transitional object to mention the comforter. This is why I came to ask myself: "How can the use by the nurse of the transitional object belonging to the child between 3 and 5 years old can have an impact on the child's acceptance of care?" First of all I approached the 3-5 years old child and his development, then I focused on the notion of care acceptance and finally I studied the concept of transitional object. In order to continue this research, I met two nursery nurses. Through the information collected during these interviews the use of the child's comforter is common, however, it's important to ensure that the child has given his consent. This final thesis highlights the fact that the comforter is a link with the parent, it can be used as an intermediary in care, it tests the care before the child, thus the child is reassured, seems to be less afraid, and accepts care more easily. Other alternatives to the comforter were highlighted in order to facilitate the child's compliance, such as distractions, the importance of the explanation of the care, the need to work in pairs. This research thesis has given me tools for my professional practice in the way I provide care to the child to be more inclined to adhere to it, as well as to understand that the child's comforter has specific functions.</p>
<p>Le but de ce travail de recherche est de comprendre comment aborder le soin à l'enfant afin d'obtenir son adhésion. Durant mes stages j'ai assisté à deux situations où l'enfant refusait le soin et où l'infirmière a utilisé son doudou pour obtenir l'adhésion. J'ai réalisé une première recherche qui a mis en avant le concept d'objet transitionnel pour évoquer le doudou. C'est pour cela que j'en suis arrivée à me demander: "En quoi l'utilisation par l'IDE de l'objet transitionnel appartenant à l'enfant entre 3 et 5 ans peut-elle impacter l'acceptation du soin par celui-ci ?" Tout d'abord j'ai abordé l'enfant de 3-5 ans et son développement, puis je me suis attardé sur la notion d'acceptation de soin et enfin j'ai étudié le concept d'objet transitionnel. Afin de poursuivre cette recherche, j'ai rencontré deux infirmières puéricultrices. A travers les informations recueillies durant ces entretiens, l'utilisation du doudou de l'enfant est fréquente, cependant il faut veiller à avoir l'accord de l'enfant. Ce travail de fin d'étude met en avant le fait que le doudou permet de faire le lien avec le parent, il peut servir de médiateur dans le soin, il teste le soin avant l'enfant, ainsi l'enfant est rassuré, semble avoir moins peur et il accepte plus facilement au soin. D'autres alternatives que le doudou ont été mises en évidence afin de faciliter l'adhésion de l'enfant comme les distractions, l'importance de l'explication du soin, la nécessité de travailler en binôme. Ce travail de recherche m'a donné des outils pour ma pratique professionnelle dans la façon d'amener un soin à l'enfant pour qu'il soit plus enclin à y adhérer, ainsi que de comprendre que le doudou de l'enfant est porteur de fonctions spécifiques.</p>
MOTS CLES : Child development, refusal of care, restraint, distraction, transitional object
MOTS CLÉS : Développement de l'enfant, refus de soin, contention, distractions, objet transitionnel
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