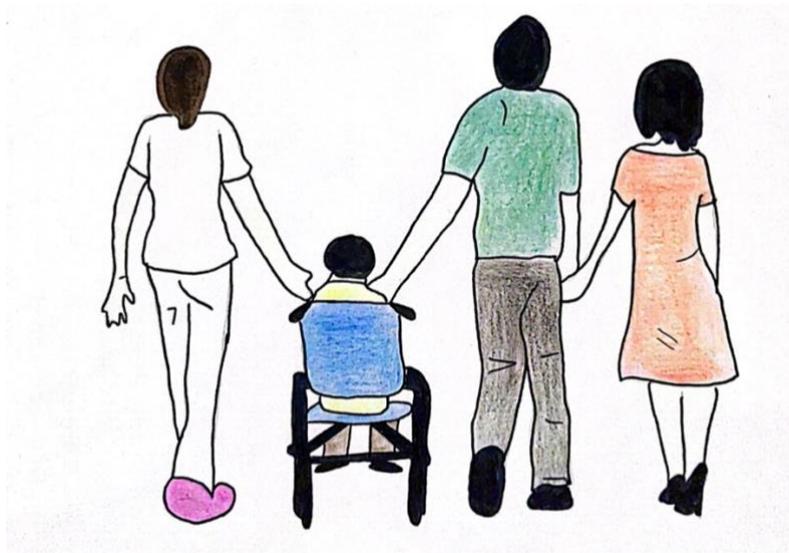




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.  
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

**Distraction : parents-enfants-soignants, un trio gagnant dans les soins, au service d'une prise en soin infirmière optimale**



Formateur référent mémoire :  
Mme MARCHAND Marianne

CONTE Camille  
Formation infirmière  
Promotion 2020-2023

Le 02/05/2023



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

## **Diplôme d'Etat Infirmier**

### **Travaux de fin d'études :**

**Distraction : parents-enfants-soignants, un trio gagnant dans les soins, au service d'une prise en soin infirmière optimale**

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

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

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

**Le 02/05/2023**

**Identité et signature de l'étudiant : CONTE Camille**

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<sup>er</sup> : 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, en guise de reconnaissance, je tiens à remercier Mme MARCHAND Marianne pour son accompagnement, son soutien et son professionnalisme qui m'ont permis de cheminer et d'aboutir à l'élaboration de mon travail de recherche.

A l'issue de ce travail, mes remerciements s'adressent également à toute l'équipe de formateurs de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Pontchaillou et notamment à M. ROBIN Gaël pour son accompagnement, sa disponibilité et sa patience tout au long de ces trois années d'étude, qui m'ont permis d'évoluer, de progresser et d'envisager mon futur professionnel.

Je souhaite aussi remercier les professionnels qui ont accepté de participer à l'élaboration de ce travail de recherche, mais également tous les professionnels bienveillants que j'ai pu rencontrer pendant cette formation et qui m'ont permis de me construire en tant que future infirmière.

Merci également à mes amis et à mes proches pour leurs conseils qui ont guidé ma réflexion tout au long de ma formation ainsi que pour leur implication dans les divers projets que j'ai entrepris durant ces trois années et notamment mon mémoire.

# Sommaire

<i>Introduction</i> .....	1
<i>Le cheminement vers la question de départ : C'est ici que tout commence</i> .....	2
<b>Situation n°1</b> :.....	2
<b>Situation n°2</b> :.....	2
<b>Questionnements</b> .....	3
<i>Le cadre théorique</i> .....	5
<b>1. Le jeune enfant au centre de la prise en soins infirmière</b> .....	5
1.1. Le développement multidimensionnel du jeune enfant.....	5
- Le développement sensoriel et moteur.....	5
- Le développement cognitif et du langage.....	5
- Le développement social et affectif.....	6
- Le jeu : dimension essentielle du développement de l'enfant.....	6
1.2. Concepts prévalents influençant la prise en soin du jeune enfant.....	7
1.2.1. L'objet transitionnel : le doudou.....	7
1.2.2. Soins, maladie et jeune enfant.....	7
1.2.3. Papa et maman.....	8
<b>2. Papa, maman, l'infirmière et moi</b> .....	9
2.1. Présence parentale dans les soins.....	9
2.2. L'angoisse de séparation.....	10
2.3. Relation parents-enfants-soignants : un trio gagnant dans les soins.....	11
<b>3. La distraction : « Jeux distraits »</b> .....	12
3.1. De quoi parle-t-on quand on parle de distraction en pédiatrie ?.....	12
3.1.1. Définition, enjeux et bénéfices :.....	12
3.1.2. Moyens et mise en place de la distraction :.....	13
3.2. Distraction et prise en charge infirmière optimale : un partenariat parents-enfants-soignants.....	14
3.2.1. Des parents acteurs de la distraction ?.....	14
3.2.2. Et les soignants alors ?.....	15
<i>Le dispositif méthodologique du recueil de données</i> .....	16
<b>1. Les objectifs du guide d'entretien</b> .....	16
<b>2. La population interviewée</b> .....	16
<b>3. L'organisation</b> .....	16
<b>4. Le bilan du dispositif</b> .....	17
4.1. Points forts du dispositif.....	17
4.2. Axes d'amélioration du dispositif.....	17
<i>Analyse descriptive des entretiens</i> .....	18
<b>1. Les spécificités du jeune enfant</b> .....	18
1.1. Définition et tranche d'âge.....	18
1.2. Caractéristiques.....	18
1.3. Prise en soins.....	18

<b>2. Place des parents dans la prise en soins infirmière.....</b>	<b>19</b>
2.1. Évolution de la présence parentale dans les services de pédiatrie.....	19
2.2. Présence des parents dans les soins.....	20
2.3. Place des parents dans les soins.....	21
<b>3. La distraction : outil du quotidien.....</b>	<b>22</b>
3.1. Les principes généraux.....	23
3.2. Différents outils et moyens support de la distraction.....	23
3.3. La plus-value de la distraction dans les soins.....	24
3.4. Les acteurs de la distraction.....	24
<b><i>Discussion</i>.....</b>	<b>25</b>
<b>1. Prendre soin du jeune enfant : entre définition complexe et prise en soin spécifique.....</b>	<b>25</b>
<b>2. Présence parentale dans les soins : un élément essentiel de la prise en soin du jeune enfant.....</b>	<b>25</b>
<b>3. Limite à la présence parentale dans les soins.....</b>	<b>27</b>
<b>4. Distraction : entre jeux et qualité des soins.....</b>	<b>27</b>
<b><i>Conclusion</i>.....</b>	<b>30</b>
<b><i>Bibliographie</i>.....</b>	<b>31</b>

*Annexe I : Récapitulatif des distractions en fonction des âges*

*Annexe II : Guide d'entretien*

*Annexe III : Entretiens retranscrits*

*Annexe IV : Tableaux d'analyse*

*Annexe V : Abstract*

## **Introduction**

Ce travail de recherche intitulé, « Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers », s'intègre dans le cadre de la troisième et dernière année de formation en soins infirmiers, menant à la diplomation. Ce mémoire répond à une thématique que j'ai choisie, inspirée par mes expériences de stages et mon expérience personnelle. La thématique que j'ai choisie s'articule autour de la prise en soin tripartite du jeune enfant et l'utilisation de moyens de distraction dans cette prise en soin si spécifique.

J'ai toujours aimé l'univers de la pédiatrie et, au cours de ma deuxième année, j'ai eu l'opportunité de faire un stage en chirurgie ambulatoire. C'est lors de ce stage, que j'ai découvert la prise en soin de l'enfant et notamment du jeune enfant. J'ai pu observer au cours de ce stage le positionnement des professionnels et notamment des infirmiers dans la prise en soin de l'enfant, et surtout je les ai vu beaucoup se questionner et réfléchir sur l'amélioration de leurs pratiques. C'est dans cet objectif, que j'ai eu la chance de pouvoir assister à une réunion avec les équipes du bloc opératoire ayant pour sujet la distraction dans les soins du jeune enfant. Cette réunion a soulevé de nombreux questionnements autour de l'utilisation de la distraction, les moyens, les objectifs et bénéfices et surtout le rôle des acteurs qui gravitent autour du jeune enfant dans cette distraction. Durant cette réunion, nous avons beaucoup réfléchi, avec les professionnels présents, sur l'intégration des parents dans la distraction de leur enfant et par conséquent dans le parcours de soin car ils sont essentiels dans la prise en soin de l'enfant.

Par conséquent, j'aimerais, au décours de ce travail de recherche, pouvoir découvrir l'intérêt de l'utilisation de moyens de distraction dans la prise en soin infirmière du jeune enfant, mais surtout déterminer en quoi cela s'intègre dans une prise en soin triangulaire (enfants-parents-soignants) de qualité. Les connaissances que j'aurai acquises durant l'écriture de ce mémoire me permettront de poursuivre la réflexion sur ce sujet et d'appréhender ma future prise de poste. Ce mémoire a pour objectif également d'enrichir mon positionnement professionnel et personnel, dans un but de réflexivité et d'amélioration de mes pratiques professionnelles à long terme.

Dans un premier temps, j'exposerai deux situations d'appels qui m'ont amenées à construire ma réflexion et élaborer ma question de départ. Les concepts clés de ma question de départ seront ensuite explorés au décours du cadre conceptuel. Puis, je réaliserai des entretiens auprès d'infirmières de terrains qui me permettront de mettre en lumière mes recherches et mon cadre conceptuel, en apportant un regard professionnel à ce travail de recherche. Par la suite, ces entretiens seront analysés pour enfin permettre une discussion croisant les éléments théoriques du cadre conceptuel ainsi que les résultats de l'analyse des entretiens. Enfin, mon travail de recherche sera clos par une conclusion.

## **Le cheminement vers la question de départ : C'est ici que tout commence...**

J'ai choisi pour initier ce travail de recherche deux situations que j'ai rencontrées lors du stage de semestre 3. J'ai effectué ce stage, auprès du public pédiatrique dans un service de chirurgie ambulatoire et les deux situations suivantes sont des situations qui m'ont marquées et questionnées.

### **Situation n°1 :**

#### *- Description*

La situation se déroule lors de mon stage en chirurgie ambulatoire. Dans ce service on accueille des enfants à partir de 6 mois et jusqu'à 16 ans pour des chirurgies bien maîtrisées avec de courtes anesthésies et dont les suites sont simples ne nécessitant pas d'hospitalisation. Les prises en charge sont diverses, en effet des chirurgies orthopédiques, odontologiques, ophtalmiques, ou encore digestives sont pratiquées dans ce service. A mon arrivée sur ce lieu de stage, j'ai très vite compris que les parents étaient une des composantes essentielles de la prise en soin des enfants.

Louis, 3 ans, a été opéré d'une hernie inguinale sous anesthésie générale et est revenu dans le service depuis 2h maintenant. Il a mangé, s'est levé et n'est pas douloureux. Ses constantes sont stables et le chirurgien a autorisé sa sortie. Avant son départ, l'infirmière doit lui retirer son cathéter au niveau de sa main gauche. Elle se met donc à sa hauteur, s'assoit à côté de lui et lui explique qu'avant son retour à la maison elle doit lui enlever la « petite paille » qui est dans sa main. Dans un premier temps, elle lui propose de retirer lui-même la bande qui entoure sa main. Elle cherche avec lui le début de la bande et une fois trouvée le petit garçon la retire lui-même. Il semble fier de lui et montre la bande à ses parents. Ses parents le félicitent également et l'encouragent à poursuivre avec l'IDE.

Puis, elle lui propose un jeu qui s'appelle « la course au scotch ». Elle lui explique que chacun prend un bout du pansement et que le premier qui a retiré le pansement en premier a gagné. Elle décolle alors deux extrémités du pansement et Louis se saisit d'une des extrémités et l'infirmière de l'autre. Puis elle lui dit « prêts, feu, partez » et l'enfant tire le pansement et le retire. L'infirmière l'accompagne dans le geste mais le laisse ôter le pansement et lui dit alors qu'il a gagné. Elle le félicite et lui dit que c'est un champion. Il reste alors « la petite paille » à ôter. Pour cela elle dit à Louis de regarder au plafond le petit papillon et profite de ces quelques secondes où son regard est détourné pour retirer le cathéter et le cacher rapidement dans le conteneur DASRI avant que le petit garçon ne se retourne. Enfin, elle implique les parents en leur demandant de comprimer le point de ponction pendant 1 à 2 minutes et, pendant ce temps-là, elle dessine un bonhomme sur le pansement qu'elle posera sur la main de Louis, ce qui lui plaît beaucoup.

### **Situation n°2 :**

#### *- Description*

La situation se déroule lors de mon stage en chirurgie ambulatoire. J'ai eu l'opportunité à la fin de mon stage, d'aller une journée en consultation pédiatrique. Dans ce service, ont lieu les consultations avec les médecins anesthésistes et les chirurgiens en pré et post opératoire. Les infirmières occupent un rôle important dans ce service. En effet, elles préparent les enfants et les parents à la future intervention en leur expliquant le déroulé de celle-ci, les suites etc... De plus, elles réalisent des examens préopératoires comme des prélèvements sanguins et sont parfois également amenées à retirer les fils des cicatrices ou encore réaliser des pansements chez des enfants brûlés entre autres.

La situation se déroule donc le matin, nous accueillons une petite fille de 2 ans appelée Jeanne qui sera bientôt opérée d'un doigt à ressaut. Dans le cadre de l'intervention et à l'issue du rendez-vous avec l'anesthésiste Jeanne doit avoir une prise de sang. Préalablement, les infirmières ont posé sur les mains de Jeanne des patch EMLA afin d'anesthésier la zone qui sera piquée. Puis l'infirmière demande au papa de s'asseoir sur la table d'auscultation et de prendre la petite fille sur ses genoux. La petite semble inquiète des mouvements qu'elle observe autour d'elle. Son papa la rassure en lui caressant les cheveux. L'auxiliaire puéricultrice donne alors un livre au papa pour qu'il le lise à la petite fille. C'est un livre avec de nombreuses fenêtres à ouvrir donc il intrigue rapidement la petite fille. Le bras de Jeanne est passé sous celui de son papa, ainsi elle ne peut visualiser ce que fait l'infirmière. Elle retire tout d'abord les patches, la petite fille essaye dans un premier temps de regarder ce que fait l'infirmière et de retirer son bras, mais l'auxiliaire puéricultrice et son papa détournent son attention en lui montrant le livre, en ouvrant les fenêtres en l'interrogeant sur ce qu'elle voit. Ainsi, l'infirmière a pu prélever le bilan sans que la petite fille n'ait bougé ou pleuré. A la fin, l'infirmière lui met un joli pansement et l'auxiliaire puéricultrice lui donne un petit cadeau. Le papa et sa fille repartent donc avec le sourire.

### **Questionnements**

Ces deux situations d'appels m'ont amenée à me questionner sur divers éléments et ont fait émerger de nombreuses interrogations autour de divers thèmes. Si l'on reprend la première situation d'appel exposée, je me suis beaucoup questionnée autour de la prise en charge de l'enfant et de ses parents. Je me suis par exemple demandée : en quoi le choix des mots de l'infirmière est-il important lorsqu'elle s'adresse à l'enfant mais aussi à ses parents ? Comment dire les choses à un enfant, lui expliquer le soin sans lui faire peur et impacter le bon déroulé du soin ? Dans quelle mesure un soin qui se déroule dans de bonnes conditions influence le déroulé des futurs soins ?

Autour de la prise en charge de l'enfant et de ses parents des questionnements ont également émergés de la deuxième situation d'appel comme par exemple : quel positionnement adopter face à l'enfant pour favoriser le bon déroulé des soins ? Comment faire face au stress des parents de l'enfant ? Quel positionnement adopter pour les rassurer ? En quoi la prise en soins de l'enfant nécessite l'implication de plusieurs professionnels de santé (auxiliaire puéricultrice, éducatrice de jeunes enfants...) ?

A l'issue, de ces situations, des interrogations au sujet de la présence parentale et la relation triangulaire dans les soins faits à l'enfant ont également émergées, comme par exemple, dans la première situation : en quoi les parents sont de réels partenaires du soin ? Quelle place leur donner dans les soins à leur enfant ? En quoi l'attitude des parents dans un soin peut faciliter ou pas le soin fait par la puéricultrice auprès de leur enfant ? En quoi la présence des parents peut-elle influencer le comportement de l'enfant dans un contexte de soins ? Dans quelle mesure la relation soignants-enfants peut être impactée par la présence des parents ? Quels bénéfices pour le jeune enfant, ses parents et les soignants ? Sur ce même thème, je me suis également questionnée dans la deuxième situation : dans quelle mesure les représentations des parents à l'égard de certains soins comme la prise de sang peuvent influencer le déroulé des soins et la relation soignants-enfant-parents ? L'intégration des parents dans les soins a-t-elle des limites ? Comment trouver sa place en tant qu'infirmière dans la dyade enfant-parents sans déposséder les parents de leur rôle ? Comment permettre à chacun de trouver son rôle et de s'impliquer dans la relation de soins soignants-enfants-parents ?

Enfin dans les deux situations, des interrogations au sujet de la distraction dans les soins se sont révélées : en quoi l'implication des parents dans la distraction et dans les soins en général est importante ? En quoi les parents font partie intégrante de la distraction dans les soins ? En quoi la distraction peut permettre à l'enfant de se décentrer de l'acte du soin en lui-même ? Dans le soin à l'enfant, comment la distraction peut permettre le bon déroulé des soins ? En quoi la distraction est-elle un réel outil de soins en pédiatrie ? Est-ce qu'il existe d'autres outils facilitant le soin ? Dans quelle mesure la distraction permet à l'enfant et ses parents d'être acteurs dans la prise en soins ?

Après l'analyse de toutes les questions issues de l'étude des deux situations d'appels que j'ai choisies d'explorer, j'ai pu formuler ma question de départ. Je souhaitais pour ce travail de recherche étudier la distraction de l'enfant dans une prise en soin tripartite de celui-ci. C'est pourquoi ma question de départ est la suivante :

**Dans une prise en soins tripartite du jeune enfant, en quoi l'utilisation de moyens de distraction contribue –t-elle à assurer une prise en soins infirmière optimale ?**

## Le cadre théorique

### 1. Le jeune enfant au centre de la prise en soins infirmière

J'ai choisi pour ce travail de recherche autour de la prise en soins de l'enfant de cibler une tranche d'âge de l'enfance à laquelle appartient le jeune enfant. Plus fréquemment, on parle de petite enfance lorsque l'on fait référence à la période de l'enfance qui suit la période du nourrisson. On peut considérer que cette période s'étend, soit de la naissance à 3 ans de la naissance à 6 ans ou encore de 2 à 4 ans.

André Turmel, sociologue, fait référence au terme de « jeune enfant » en expliquant que c'est un terme utilisé souvent en pédiatrie qui fait référence notamment aux enfants de 3 à 6 ans soit la période entre celle de nourrisson et celle de l'enfance. C'est pour cela que j'ai décidé de cibler cette tranche d'âge allant de 3 à 6 ans et faisant référence au jeune enfant.

#### 1.1. Le développement multidimensionnel du jeune enfant

« Le développement de l'enfant est un processus global qui fait appel à plusieurs dimensions. Chacune d'elles intervient toutefois à des degrés divers, selon les apprentissages de l'enfant » (Turmel, 2016).

##### - Le développement sensoriel et moteur

Le jeune enfant, entre 3 et 6 ans, achève progressivement son développement moteur. En effet, à partir de 3 ans, il sait marcher presque comme un adulte, sait faire du tricycle, s'habille seul ou presque seul et la propreté est acquise. La préhension manuelle est également en progrès. Il maîtrise de plus en plus la motricité fine et la précision, explique le « Guide de la petite enfance » paru en 2018.

Ainsi, l'acquisition d'une motricité plus fine lui permet par exemple de pouvoir lancer, attraper et faire rebondir un ballon décrit Sonya Côté. A l'approche de ses 3 ans, selon Suzanne Godot, « le développement moteur de l'enfant est quasi terminé ». Par conséquent, autour de ses 6 ans, l'enfant est de plus en plus « habile et adroit » (Vassieux, 2020).

##### - Le développement cognitif et du langage

J. Piaget, un psychologue Suisse, spécialiste de l'enfant et de l'adolescent, a proposé 4 stades de développement de l'intelligence chez l'enfant allant de 0 à 12 ans. Entre 2-7 ans, le jeune enfant entre 3 et 6 ans ciblé dans ce travail, est dans un stade préopératoire, il développe son langage, dessine et amorce un raisonnement intuitif.

Selon le « Guide de la petite enfance », le développement cognitif de l'enfant s'accélère à partir de la deuxième année, il va alors s'opérer de nombreux changements. A 3 ans, on parle d'intelligence symbolique. En effet, l'enfant construit sa réflexion pour trouver la solution avant d'agir et n'agit plus par expérimentation. Cette intelligence permet à l'enfant qui s'appuie sur des « images mentales »

(Gassier et al., 2018, p.177) de se représenter certaines situations de la vie quotidienne notamment. Autour de 5 ans, le jeune enfant qui ne raisonne pas encore de manière logique, devient progressivement capable de raisonner par intuition : c'est le stade de la pensée « pré-logique » (Gassier et al., 2018, p.234). Il est en capacité de plus en plus de distinguer le vrai du faux et de prendre plus de recul face à ce qu'il entend et acquière petit à petit les notions de temps et d'espace. En revanche, ce n'est que vers 6 ans que l'enfant distinguera réellement le matin de l'après-midi par exemple.

A partir de 3 ans, le langage est en constante progression. Le jeune enfant connaît de plus en plus de mots, son vocabulaire est alors de plus en plus riche et il est capable de construire des phrases avec notamment l'utilisation du verbe. Ces considérables changements facilitent alors la communication entre l'enfant et l'adulte et se poursuivront pour atteindre à 6 ans un langage riche, propice à l'élaboration de conversations construites. Le jeune enfant, entre 3 et 6 ans, adopte alors un langage très interrogatif et questionne beaucoup l'environnement qui l'entoure.

#### - Le développement social et affectif

H. Wallon, un psychologue et médecin français, a présenté le développement de l'enfant selon 6 stades. Entre 3 et 6 ans, il parle de « stade du personnalisme » (Gassier et al., 2018, p.228). Au cours de celui-ci, l'enfant prend conscience de soi. Il est capable de se situer par rapport aux autres, et construit sa propre identité. Durant cette période, l'enfant peut se montrer en opposition et faire preuve de négativisme qu'on peut aussi appeler « crise de personnalité » ou « crise des 3 ans » (Gassier et al., 2018, p.228) et ainsi s'opposer sans cesse à l'autre notamment en disant « non » de manière fréquente. C'est également durant cette période, comme le souligne le « Guide de la petite enfance », que l'enfant souhaite faire tout seul, ne veut pas d'aide et affirme alors indirectement sa personnalité en construction, « le clivage entre moi et l'autre » et l'accès au « je » (Gassier et al., 2018, p.228). Il devient alors plus sociable avec ses pairs, apprécie la compagnie d'enfants de son âge mais présente des difficultés face à la coopération de groupe, il n'est pas aisé pour lui de quitter les jeux solitaires.

En ce qui concerne les rapports avec l'adulte, le « Guide de la petite enfance », déclare qu'ils restent complexes avant 4-5 ans car l'enfant se montre plutôt en opposition avec les adultes notamment ceux qui ne font pas partie de son entourage proche. Dès 4 ans, l'enfant est davantage dans un processus de sociabilisation et tente alors d'imiter les comportements et expressions qu'il observe pour pénétrer dans « la vie d'adulte » et tenter de la décrypter et l'accepter. Autour de 4-5 ans, des progrès sur le plan relationnel s'opèrent notamment avec l'adulte et la communication devient alors plus simple. Il comprend de plus en plus les contraintes, ce qui est permis et ne l'est pas, et accepte plus facilement les limites posées.

#### - Le jeu : dimension essentielle du développement de l'enfant

Il y a cependant une notion transversale à toutes les dimensions du développement de l'enfant c'est le jeu. En effet, selon le « Guide de la petite enfance », le jeu occupe une grande place dans la vie des

enfants et notamment du jeune enfant. De ce fait, le jouet favorise le développement de l'enfant dans toutes ses dimensions : moteur, sensoriel, intellectuel et social. Il constitue alors « un objet d'expérience » (Gassier et al., 2018,252). Dans le domaine de la psychanalyse, le jeu est un outil permettant à l'enfant de surmonter ses angoisses et communiquer avec l'adulte par exemple.

Le jeune enfant aime les jeux dits « éducatifs » (Gassier et al., 2018, p.252) ; ces jeux qui font appel à la réflexion, comme les puzzles, les jeux de construction, d'encastresments ... Il aime également regarder des dessins animés, s'éveille à la musique et aime écouter des histoires ou regarder les images dans les livres, qui participent à son éveil ainsi qu'à enrichir son imagination.

Progressivement, il tend également vers un stade du jeu-travail qui consiste à faire preuve de persévérance dans le jeu. Celui-ci n'est plus simplement source de plaisir mais il répond à un réel objectif posé au départ, que l'enfant souhaite atteindre. A travers ce jeu, l'enfant continue de développer sa créativité, son imagination et sa dextérité et celui-ci n'enlève en rien le plaisir que procure le jeu mais ajoute à celui-ci de nouvelles dimensions comme la patience, la volonté et l'affirmation de soi.

A partir de 4 ans, il s'essaie aux jeux de rôle qui lui permettent de reproduire sa vie sociale et familiale.

## 1.2. Concepts prévalents influençant la prise en soin du jeune enfant

### 1.2.1. L'objet transitionnel : le doudou

L'objet transitionnel est souvent matérialisé par le doudou, explique le « Guide de la petite enfance ». C'est un objet qui sert d'intermédiaire à l'enfant entre son corps et le monde extérieur. Il existe un lien affectif intense entre l'enfant et cet objet, qui le sécurise. Cet objet est choisi par l'enfant et investi seulement pas le jeune enfant lui-même. Ainsi, l'objet transitionnel tel que le doudou notamment, est pour les professionnels une ressource notamment lors de la distraction dans les soins ou encore pour aborder les séparations entre l'enfant et ses parents de façon plus sereine dans le contexte de soins.

### 1.2.2. Soins, maladie et jeune enfant

« La plupart des enfants sont inquiets lorsqu'ils sont en contact avec le monde médical et hospitalier que ce soit pour une visite, un soin, un examen médical, une intervention chirurgicale » (Minguet, 2022).

En effet, de nombreuses inquiétudes peuvent envahir l'enfant face à un examen, une intervention chirurgicale ou un soin. On retrouve alors chez l'enfant une « peur de l'inconnu » comme le décrit un des articles rédigés par l'association Sparadrapp qui s'intitule : « Les inquiétudes de l'enfant avant un soin, un examen... ». L'environnement hospitalier avec les professionnels de soins, les appareils utilisés, le vocabulaire employé, peuvent susciter chez les enfants et surtout le jeune enfant de nombreuses inquiétudes et peurs. On retrouve également la peur d'avoir mal. Une peur qui, même si elle n'est pas exprimée verbalement par l'enfant, est bel et bien présente et constitue une source

importante d'angoisse surtout chez le jeune enfant qui n'est pas toujours en capacité de verbaliser ce qu'il ressent. Ainsi pour appréhender les soins plus sereinement, l'enfant a besoin d'être informé et prévenu du soin de manière adaptée à son âge et il est essentiel de mettre en œuvre des moyens permettant la réassurance de l'enfant et la mise en confiance et sécurité de ce dernier. Il apparaît également essentiel pour les auteurs de cet article de prévenir la douleur de l'enfant avec des moyens antalgiques pour permettre une prise en soin adaptée de ce dernier.

Face à la maladie, les réactions des jeunes enfants sont différentes et dépendent des réactions de leur entourage. Le jeune enfant « est plus sensible à la dramatisation qui entoure la maladie qu'aux sensations ressenties » (Gassier et al., 2018, p.446). Cependant il manifeste toujours des réactions face à la maladie et plus généralement l'hospitalisation, explique le « Guide de la petite enfance ». Ces réactions varient selon son âge, sa sensibilité, la présence ou non de ses parents et s'il a pu être préparé à cette hospitalisation ou non. Chaque soin est vécu avec appréhension par l'enfant surtout s'il ne lui est pas expliqué. Or, l'enfant comprend même lorsque l'on explicite un soin technique si cela est fait simplement c'est-à-dire en répondant à ses questions, en le préparant aux soins avec la plus grande douceur.

Par conséquent, face aux conséquences que peuvent avoir la maladie et le contexte de l'hospitalisation, le ministère de la Santé, a rédigé une circulaire visant à prévenir « les effets négatifs de l'hospitalisation » (Gassier et al., 2018, p.450), présentée dans le « Guide de la petite enfance ». Cette circulaire recommande de favoriser l'hospitalisation à domicile quand cela est possible et de prévoir des activités diverses adaptées au public pédiatrique. Elle insiste également sur l'importance de préparer l'enfant à l'hospitalisation avec des gestes et des mots adaptés et dans ce sens il recommande de mettre en place des chambres mère-enfant afin d'assurer un sentiment de sécurité à l'enfant.

### 1.2.3. Papa et maman

Les fondements de la relation entre l'enfant et ses parents ont été étudiés par John Bowlby dans une théorie nommée « théorie de l'attachement » parue en 1959. Il explique dans cette théorie que, dès son plus jeune âge, l'enfant développe un lien d'attachement pour une figure d'attachement notamment sa mère mais plus largement ses parents. Ainsi, cette figure de référence pour l'enfant répond à ses besoins notamment sociaux. Selon J. Bowlby, il s'agit d'un besoin primaire qui a pour fonction d'assurer la sécurité de l'enfant dans son développement, ses relations, sa communication... On retrouve chez l'enfant plusieurs comportements dont le but est de lui permettre de se sentir en sécurité dont le comportement d'approche qui consiste au maintien d'un contact physique entre l'enfant et ses parents permettant à l'enfant de se sentir en sécurité. A partir de 3 ans, l'enfant est capable d'explorer le monde sans ses parents et l'angoisse de séparation disparaît progressivement. Cependant elle réapparaît dans des contextes bien spécifiques comme la maladie, les soins et l'hospitalisation et l'enfant réactive alors ses besoins de sécurité.

« La relation parents-enfants n'est pas une relation symétrique : les parents assurent la protection, le réconfort, et la consolation de leur enfant, ce qui favorise son développement et son épanouissement » (Genet & Wallon, 2015).

Un reportage diffusé dans l'émission « Télé matin », présente le livre de Christine Genet, psychiatre et Estelle Wallon, pédopsychiatre. Ce reportage a pour thème la parentalité et le rôle des parents dans le développement de leur enfant. Durant la petite enfance, un lien de sécurité se tisse entre l'enfant et ses parents. Ce lien va permettre à l'enfant de s'autonomiser et se développer et notamment développer ses capacités à demander de l'aide et à exprimer ses besoins. C'est ce qu'on appelle l'attachement. Dès les premiers mois, l'enfant identifie les réactions de ses parents lorsqu'il est en détresse. Ainsi, lorsqu'il a mal, qu'il a faim ou qu'il est inquiet, il va pleurer, crier et manifester sa détresse. Des interactions vont alors se mettre en place, comme des câlins ou l'adoption d'une posture rassurante visant à apaiser l'enfant et le rassurer.

Dans ce sens, l'attachement est décrit par les auteures de ce livre dans ce reportage comme : « ...un système motivationnel, qui est organisé avec une base biologique et qui vise à obtenir la protection et la proximité avec la figure d'attachement en cas d'alarme. C'est vraiment quelque chose de très ancien, très primitif, vital » (Télé Matin, 2016).

Ainsi, spontanément face à la peur, l'enfant a besoin de se sentir sécurisé par la présence de ses parents. Peur qui peut être présente dans le contexte de soin et d'hospitalisation.

## **2. Papa, maman, l'infirmière et moi**

### **2.1. Présence parentale dans les soins**

Myriam Blidi (2019) affirme que :

Les services de pédiatrie ont aujourd'hui ouvert leurs portes aux parents, les considèrent comme des partenaires de soins et des soutiens indispensables à leur enfant. Une meilleure prise en charge de la douleur des enfants, ainsi que la mobilisation d'associations de familles et de professionnels, ont constitué des leviers importants pour permettre aux parents d'être présents auprès de leur enfant hospitalisé » (p.30).

En effet, depuis plusieurs années la présence parentale dans les soins de l'enfant est légiférée au travers de textes, ayant pour objectif de permettre à l'enfant et ses parents un accès aux soins au plus proche des besoins de l'enfant. Dès 1998, la circulaire DH/EO 3 n°98-688 du 23 novembre 1998, précise alors dans ce sens que :

L'hospitalisation d'un enfant, quel qu'en soit le motif médical, est une source d'angoisse pour lui-même et pour sa famille. Il est particulièrement important de limiter cette angoisse et de lui éviter en outre une séparation injustifiée de son entourage immédiat.

Puis, c'est en octobre 2004, qu'une nouvelle circulaire (DHOS/O1/DGS/DGAS n°2004-517) reconnaît l'importance de la présence parentale et le rôle des parents dans les soins. Elle souligne que : « la place des parents, leur infirmité, leur présence auprès de leur enfant, leur participation active aux soins sont reconnues et assurées au sein d'un établissement de santé, quel que soit le moment et le lieu ».

De cette façon, professionnels et parents entourent l'enfant lors des soins et on peut observer alors une réelle collaboration entre eux, d'après Sarra Mougel dans l'article « Le partenariat parent-soignant en pédiatrie. »

Dans ce sens, on retrouve dans la charte de l'enfant hospitalisé du 13 mai 1986 l'affirmation suivante : « 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. »

Ainsi, la charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé renforce l'idée de l'importance de la présence des parents auprès de leur enfant dans le but d'éviter une séparation dans un contexte de soin déjà anxiogène pour l'enfant.

## 2.2. L'angoisse de séparation

Selon le « Guide de la petite enfance », les séparations entre le jeune enfant et ses parents sont souvent très difficiles, notamment lorsqu'il s'agit de séparation entre l'enfant et sa mère dans un contexte de soin. Même si cette séparation est de courte durée et temporaire, elle représente toujours une épreuve pour le jeune enfant. Face à la séparation, les réactions du jeune enfant peuvent être variées et dépendent de multiples facteurs comme par exemple : son âge, son adaptabilité, sa sensibilité, la personnalité de sa mère et la qualité de leur relation et enfin la nature et le temps pendant lequel l'enfant sera séparé de ses parents. Des pleurs, des manifestations d'agressivité ou de colère ou encore à plus long terme des manifestations psychosomatiques peuvent traduire de la souffrance de l'enfant face à la séparation avec ses parents.

Dans ce contexte, il est essentiel de préparer l'enfant à la séparation, explique le « Guide de la petite enfance », si celle-ci ne peut être évitée comme lors d'une intervention chirurgicale par exemple. Pour cela, il faut expliquer avec des mots adaptés, simples à l'enfant cette séparation qu'il va vivre et prendre le temps avec les parents et l'enfant d'aborder cette séparation. On peut également dans l'idéal présenter la ou les personnes qui vont s'occuper de lui pour instaurer un lien avec le jeune enfant. L'objet transitionnel tel que le doudou peut être une ressource pour l'enfant matérialisant le lien entre l'enfant et ses parents. Il peut parfois être complexe pour l'adulte (parents ou professionnels) de supporter les manifestations de la souffrance de l'enfant comme les pleurs et les cris. Cependant, pour soulager l'enfant, il est recommandé d'admettre ce temps de pleurs nécessaire à l'enfant pour « exprimer sa souffrance » (Gassier et al., 2018, p.451) et de reconnaître sa peine en mettant des mots sur cette situation.

Il apparaît donc dans cet ouvrage, qu'il est essentiel de réduire les effets négatifs de la séparation et d'éviter tant que possible les séparations entre le jeune enfant et ses parents et notamment au cours des soins et plus généralement du parcours de soins.

### 2.3. Relation parents-enfants-soignants : un trio gagnant dans les soins

La différence entre les soins prodigués aux enfants et ceux apportés aux adultes, est fondée sur « l'existence d'une relation triangulaire entre l'enfant, le parent et le soignant » (Roche, 2022). Par conséquent le soin ne peut être prodigué sans cette collaboration parents/soignants.

« En pédiatrie le parent fait office de guide » (Roche, 2022). Dans l'article « Quel rôle, quelle place pour les parents lors des soins » publié par l'association Sparadrap, il est souligné que la plupart des parents souhaitent être présents auprès de leur enfant pendant les soins, même s'ils s'avèrent douloureux. L'essentiel est de leur donner le choix d'être présent ou non, sans qu'ils se sentent jugés ou coupables s'ils décident de ne pas l'être. Souvent, si les parents hésitent à être présents lors des soins c'est par méconnaissance voire peur du geste qui va être effectué sur leur enfant.

Pour leur permettre de faire leur choix, il faut pouvoir les rassurer, explique l'association Sparadrap en leur disant qu'ils ne verront pas le soin par exemple. Il est essentiel également de leur expliquer leur rôle et en quoi ils sont importants dans les soins en leur rappelant qu'ils sont essentiels à la prise en soin de leur enfant car ils sont les plus à même de les rassurer et également de les distraire.

De cette façon, pendant les soins, les parents ont de nombreuses missions complémentaires avec celles de l'infirmière. Chez le jeune enfant, par exemple, ils ont un rôle de réassurance face à cet univers inconnu qui peut perturber. Ils permettent aux soignants, qui prennent en soins leur enfant, de comprendre ses besoins spécifiques, d'interpréter ses réactions et notamment chez le jeune enfant qui n'est pas toujours en capacité de s'exprimer notamment lors de situations de soins qui sont émotionnellement complexes pour lui. La mission la plus importante lors des soins peut être de distraire l'enfant pour permettre à l'enfant un meilleur vécu des soins, mais également un meilleur vécu de son ou ses parents mais aussi de l'infirmière et plus globalement l'équipe soignante, affirme Myriam Blidi dans l'article « La place des parents à l'hôpital, un partenariat à construire ».

C'est pourquoi dans l'article, « quel rôle, quelle place pour les parents lors des soins », les différents auteurs expliquent que les soignants connaissent bien les soins et l'installation nécessaire pour les effectuer, mais les parents et leur enfant n'ont pas ces connaissances. Il paraît alors indispensable de les guider en leur donnant des informations précises sur le déroulé du soin. En effet, peu importe le soin et la configuration des lieux, il est toujours possible pour le parent de garder contact avec son enfant soit par le contact physique, soit par le contact visuel ou encore en lui parlant. Pour les jeunes enfants par exemple, il est préférable de conserver le contact physique avec le parent en faisant le soin assis sur les genoux, ou allongé sur le parent, ou en permettant au parent de lui tenir la main, d'être très proche de

lui. Dans cette relation de soin, il est important d'expliquer aux parents en quoi leur vécu peut influencer celui de leur enfant, ainsi que les mots employés et de les guider en leur expliquant l'intérêt de ne pas nier la douleur ou inquiétude de leur enfant face à un soin mais plutôt de détourner son attention vers quelque chose d'agréable instauré au sein de cette relation triangulaire en étant acteur de la distraction de leur enfant.

### **3. La distraction : « Jeux distraits »**

#### **3.1. De quoi parle-t-on quand on parle de distraction en pédiatrie ?**

##### **3.1.1. Définition, enjeux et bénéfices :**

Nous apprenons dans la Science que la douleur et sa perception sont influencées par des composantes émotionnelles et cognitives, relate Cécile Combes dans une publication parue sur le site Pédiadol. Or, contrairement aux adultes, l'enfant n'a pas la capacité de prendre de la distance ou encore de relativiser face aux situations de soin et notamment la douleur ou l'angoisse. Cependant, ces facteurs peuvent amplifier la détresse du jeune enfant et donc la perception douloureuse.

Dans ce sens, selon le site « Soins complexes à domicile pour enfants », on peut définir la distraction comme : « ... une méthode (modification du comportement) qui aide un enfant ... à recentrer son attention sur une activité préférée afin de moins se concentrer sur la douleur et l'inconfort provenant d'une procédure médicale ou d'une activité moins désirée (...mais nécessaire) ». Et certains vont plus loin, comme le Dr Catherine Devoldère qui définit la distraction dans le reportage « A vous de jouer ! » réalisé par l'association Sparadrap comme : «... un moyen non médicamenteux ... un co-analgésique, un médicament qui va potentialiser les effets antalgiques des autres médicaments » (Galland, 2019).

Par conséquent, les objectifs et enjeux de la distraction sont multiples. En effet, comme le précise l'article « Distraire les enfants lors des soins » rédigé par l'association Sparadrap, la distraction permet dans un premier temps d'assurer le bon déroulé des soins et éviter des phobies ultérieures mais elle permet également de rassurer les enfants qui sont anxieux ou refusent le soin afin d'approfondir le lien de confiance ou bien le créer où le recréer. En effet, on peut également noter qu'un des enjeux de la distraction est d'instaurer un climat le plus serein possible bénéfique pour le jeune enfant, ses parents mais aussi les soignants, ainsi la contention de l'enfant est limitée ainsi que la mémorisation négative du soin qui compromettrait le bon déroulé des soins futurs.

Donc, l'adoption d'une stratégie de distraction, permet à l'enfant d'être inattentif à ce qui le gêne ou lui fait peur, décrit l'article « Distraire les enfants lors des soins ». En effet, en l'amenant à se concentrer sur quelque chose qui lui plaît, qui est agréable et qui va attirer son attention, l'enfant est dissocié de la réalité du soin pour être captivé par son univers d'enfant, grâce à des sollicitations variées, sensorielles et interactives.

En décembre 2019, un article intitulé « La distraction lors des soins douloureux en pédiatrie » paraît dans le périodique « Cahiers de la puéricultrice », il présente une étude menée au CHU de Rouen sur l'utilisation de moyens de distraction lors des soins fait à l'enfant. A l'issue de l'étude, plusieurs bénéfices ont pu être soulignés à l'usage de la distraction dans les soins. On peut, par exemple, citer le fait de pouvoir réaliser le geste sans forcément prévenir l'enfant puisqu'il est plongé dans le jeu et ainsi éviter la recrudescence d'angoisse et de peur notamment. Il est ainsi estimé que « 92% des soins pratiqués avec distraction se sont déroulés sans douleur et angoisse » (Doumal et al., 2019).

### 3.1.2. Moyens et mise en place de la distraction :

Laurence Neron, puéricultrice en hôpital de jour au CHU de Rennes, explique dans le reportage « A vous de jouer ! », que la distraction ne commence pas au moment du soin mais bien en amont de celui-ci car, avant tout, elle permet déjà de se décentrer de ce qu'il va se passer, du soin et d'instaurer la relation de soin.

En effet, chez certains enfants, explique Cécile Combes, le seul fait de poser le garrot peut s'avérer anxiogène pour un enfant c'est pourquoi la distraction doit débiter avant le soin et sert de transition pour permettre à l'enfant d'évacuer son inquiétude. C'est pour cela que la distraction nécessite d'être anticipée en disposant, par exemple, de plusieurs outils « variés, colorés, lumineux, attractifs » (Cécile Combes, 2021) qui vont permettre de capter et soutenir son attention.

De plus, au-delà de commencer la distraction en amont du soin, il est essentiel que la personne qui entame ce processus soit totalement disponible pour évaluer l'efficacité de la distraction et les besoins de l'enfant au cours du soin, décrit l'article « La distraction lors des soins douloureux en pédiatrie ».

De nombreuses études menées sur la distraction, ont démontré qu'il était préférable de détourner l'attention de l'enfant pendant les soins, comme le décrit l'article « distraire les enfants lors des soins ». Cependant, si certains enfants ne souhaitent pas être tenus au courant de ce qui est fait d'autres souhaitent être tenus au courant. Pour cela, on peut décrire à l'enfant le soin avec des mots simples qu'il peut facilement comprendre et qui seront le moins « anxiogènes » possible, comme par exemple : « je vais désinfecter », « je vais mettre le garrot », « je vais commencer » ...

Dans l'idéal, on peut associer lors du soin, les sensations que l'enfant va ressentir avec la distraction qui est mise en place, par exemple, à l'histoire que l'on raconte ou au livre que l'on lit. On peut également utiliser des métaphores « le petit hérisson qui pique » lors de la prise de sang ou de la pose de perfusion et ainsi rendre celle-ci d'autant plus immersive pour l'enfant (Galland et al., 2018).

Il existe de nombreux moyens de distraction comme l'utilisation de bulles de savon, l'usage d'un kaléidoscope, de livres, de peluches, ou encore de jouets mais tous ces moyens ont un objectif commun. En effet, ils permettent de focaliser les sens de l'enfant et ainsi « faire concurrence à la perception

nociceptive désagréable tout en transformant l'expérience émotionnelle et cognitive de la personne » (Cécile Combes, 2021). Le jeune enfant ne peut focaliser seul son attention c'est pour cela qu'il a besoin qu'on l'aide à concentrer son attention sur des outils de distraction qui permettent d'enrichir la communication et l'interaction avec lui. On peut également utiliser de nombreux autres outils. On retrouve par exemple : les bâtons de pluie, les marionnettes, des supports « cherche et trouve » (Galland et al., 2018).

Le CHU de Rennes a, par exemple, proposé un récapitulatif des moyens de distractions à destination des équipes. On retrouve, parmi cette liste, des outils à disposition, en fonction de l'âge de l'enfant à partir de 1 an jusqu'à 6 ans et plus. Pour le jeune enfant de 3 à 6 ans, comme ciblé dans ce travail, on retrouve par exemple des livres comme « Grand-mère sucre », des marionnettes avec un loup, une grenouille ou encore une souris et on retrouve également des objets stimulant les sens de l'enfant comme le moulin à vent, la toupie lumineuse ou bien le tambourin de la mer (Voir annexe I).

Pour que les moyens de distraction soient efficaces, il convient de repérer les sujets que le jeune enfant affectionne et les sens qui sont alors mobilisés. C'est pour cela que « c'est aux adultes d'être force de propositions » (Galland et al., 2018). Ainsi, selon le type de distraction choisi, on peut alors faire participer les parents par exemple, qui peuvent alors dessiner, chanter, attraper des bulles ou encore lire un livre avec leur enfant comme le précise l'article « distraire les enfants lors des soins »

### 3.2. Distraction et prise en charge infirmière optimale : un partenariat parents-enfants-soignants

#### 3.2.1. Des parents acteurs de la distraction ?

Dans une prise en soin tripartite du jeune enfant, le rôle du parent n'est pas forcément de le tenir mais surtout de le distraire et de le rassurer. A ce titre, l'article « Quel rôle, quelle place pour les parents lors des soins » déclare que surtout lorsque l'enfant est un jeune enfant les parents ont un rôle primordial à jouer. Ils connaissent leur enfant et ses centres d'intérêt c'est-à-dire ce qu'il aime écouter, lire, ses personnages préférés, ses livres, sports, animaux préférés ... Ainsi, ses informations peuvent être transmises à l'équipe médicale et permettre aux parents de se sentir partenaires et acteur de la situation et de faire le lien entre l'hôpital et l'univers de l'enfant. Enfin, pour les professionnels et notamment les infirmiers, il est bien plus aisé d'établir une relation de confiance avec l'enfant et d'assurer une prise en soin optimale de ce dernier.

Comme le précise l'article « La distraction lors des soins douloureux en pédiatrie », les parents sont souvent surpris, participent activement à la distraction et y prennent du plaisir. Le fait d'être acteur diminue leur appréhension et par conséquent celle de leur enfant. De plus, le bénéfice de la distraction est double puisque les craintes des parents par rapport à la douleur de leur enfant par exemple se voient fortement diminuées grâce à la distraction.

Par conséquent, l'implication des parents dans la stratégie de distraction permet de faire le lien entre l'univers de l'enfant et les soins et donc pour les professionnels l'instauration d'une relation de confiance plus aisée, explique le « Guide de la petite enfance ».

### 3.2.2. Et les soignants alors ?

Pour les soignants, la distraction et l'implication des parents dans la distraction est « une posture psychique individuelle mais également une volonté d'équipe de vouloir inscrire les soins dans une dynamique positive et active » (Bénédicte Lombart, 2019).

L'association Sparadrapp présente, dans un reportage consacré à la distraction, plusieurs constats quant à celle-ci. Tout d'abord, le Dr Catherine Devoldère, explique qu'une distraction réussie pour les soignants ce n'est pas d'observer l'enfant sourire mais de le voir attentif à ce qu'on lui propose et lui permettre de se souvenir de la distraction et non du geste. De plus, pour les soignants, la distraction s'apparente à un vrai soin selon Catherine Devoldère. En effet, ce n'est pas simplement détendre l'enfant mais compléter l'action des antalgiques pour une prise en charge complète de la douleur et de l'anxiété. Ainsi, Bernadette Degand, auxiliaire puéricultrice, complète en précisant qu'un soin qui s'est bien déroulé est un gain de temps pour les soignants pour la réalisation des prochains soins car l'enfant va se souvenir de la distraction et rapidement se replonger dedans et ainsi la période d'angoisse avant le soin est évitée et facilite le soin et le vécu du soin de l'enfant et de ses parents.

De ce fait, la mise en place d'une stratégie de distraction dans les soins et l'inclusion de ses parents permet d'inscrire l'enfant dans une démarche positive. Et les soignants « ont moins le sentiment d'être un vecteur de souffrance » (Doumal et al., 2019).

« L'intérêt de la distraction est de comprendre en tant que soignant qu'on va éviter de créer des phobies » explique Bernadette Degand dans le reportage « A vous de jouer ! ». De plus, pour Bénédicte Lombart, cadre infirmière dans l'unité douleur Hôpital d'enfants à Trousseau, la distraction est un gain de temps car « on a toujours le temps d'être en relation » puisque le temps du soin implique de fait l'instauration d'un lien et d'une relation qui peut se faire grâce à l'utilisation de la distraction et donc « ce temps du soin c'est aussi le temps de la relation et de la créativité et aussi le temps où on va s'inscrire dans une bulle avec l'enfant et rendre ce moment particulier pour l'enfant » (Bénédicte Lombart, 2019).

Enfin, pour conclure ce cadre théorique, Gilles Rossi, cadre infirmier en chirurgie ambulatoire au Centre Hospitalier de Cholet, déclare que :

**« La distraction est un bénéfice pour nous en tant que soignant et offre une qualité de soins à l'enfant et ses parents, en dehors des schémas de prise en charge classique »**

## **Le dispositif méthodologique du recueil de données**

### **1. Les objectifs du guide d'entretien**

J'ai choisi, pour réaliser ces entretiens, de construire un outil pour un entretien semi-directif dans le but de pouvoir réaliser une étude qualitative en apportant des explications et des informations pour illustrer mon travail de recherche. Mon guide d'entretien est structuré autour des 3 thématiques explorées durant mon cadre théorique qui sont : le jeune enfant au centre de la prise en soins, la relation triangulaire enfant/parents/soignants et la distraction dans les soins au jeune enfant.

Au total, mon guide est composé de 14 questions et 12 relances.

### **2. La population interviewée**

Pour réaliser ces entretiens, j'ai fait appel à deux infirmières puéricultrices exerçant aux urgences pédiatriques avec qui j'ai pu prendre contact lors de mon stage de semestre 6 par le biais d'une connaissance. J'ai choisi deux infirmières exerçant au sein d'un même lieu pour que leurs réponses ne soient pas impactées par des questions de diversités d'exercice liés au fait qu'elles ne travaillent pas dans le même service.

La première professionnelle que j'ai interviewée est une infirmière puéricultrice, diplômée infirmière en 2012 et puéricultrice en 2013. Au sujet de son parcours, elle a peu travaillé en tant qu'infirmière puisqu'elle a rapidement pu commencer sa formation de puéricultrice après laquelle elle a principalement travaillé en réanimation néonatale avant d'arriver aux urgences pédiatriques en septembre 2021. La deuxième professionnelle que j'ai interviewée, est diplômée infirmière depuis 1991 puis puéricultrice en 1994. Concernant son parcours, elle a travaillé en maison de retraite et en clinique avant sa formation de puéricultrice après laquelle elle a travaillé dans de nombreux services de Pédiatrie allant de l'hématologie aux urgences où elle travaille actuellement. Elle occupe également un poste à la cellule d'accueil spécialisée de l'enfance en danger (CASED).

### **3. L'organisation**

J'ai pu, au cours de mon stage de semestre 6, prendre contact avec une infirmière puéricultrice des urgences par le biais d'une connaissance. Cette infirmière m'a transmis le contact d'une de ses collègues qui était d'accord pour répondre également à mes questions lors d'un entretien. C'est donc dans ce contexte, que j'ai pu réaliser mes entretiens d'une durée d'environ 25 minutes chacun, dans un bureau du service. L'enregistrement a été réalisé par le biais de mon téléphone portable. Une fois retranscrit la bande a été détruite dans le but de préserver l'anonymat des professionnelles interrogées.

## **4. Le bilan du dispositif**

### **4.1. Points forts du dispositif**

Les points positifs du dispositif il sont nombreux. Tout d'abord, j'ai pris plaisir à échanger avec des professionnels de terrain afin d'avoir leur regard sur mon sujet de recherche et d'éveiller ma réflexion, car elles m'ont vraiment apporté un regard personnel et professionnel qui m'a permis d'élargir mon propre regard et d'enrichir mon travail. J'ai senti, pendant ces entretiens, une réelle volonté des deux professionnels de vouloir répondre au mieux à mes questions. Ainsi, ces deux entretiens se sont avérés très riches et complets.

Le lieu où j'ai pu réaliser les entretiens était propice à des échanges de qualité, puisque pour les deux entretiens, j'ai pu avoir accès à un bureau fermé à l'écart du service et ainsi pouvoir échanger dans de bonnes conditions et permettre également aux professionnelles d'être pleinement disponibles sur ce temps d'échanges.

Enfin, l'entretien semi-directif permet d'avoir un cadre pour orienter les professionnels sur des questions bien précises mais leur laisser la liberté d'exprimer leur point de vue personnel avec leur regard de professionnel sur le sujet de la recherche.

### **4.2. Axes d'amélioration du dispositif**

J'ai relevé quelques difficultés à la mise en place de ce dispositif. La première difficulté, selon moi, est la complexité de planification des entretiens. En effet, il est difficile de pouvoir trouver une date et un lieu pour réaliser les entretiens du fait de nos emplois du temps respectifs chargés.

Le deuxième point faible du dispositif selon moi est une caractéristique propre du dispositif. En effet, l'entretien semi-directif nous permet à la fois de cibler nos questions en fonction d'objectifs et de mener l'entretien. En revanche, je me suis sentie frustrée de ne pas pouvoir rebondir et intervenir à l'issue des réponses des professionnelles à mes questions.

Après utilisation de mon guide d'entretien, je me suis aperçue que certaines questions, et notamment une, n'avait peut-être pas été bien comprise par les infirmières. En effet, j'ai demandé aux professionnelles « Quelles sont les spécificités de la prise en charge du jeune enfant ? ». Une des deux infirmières m'a beaucoup parlé de la présence des parents auprès de l'enfant mais finalement je n'ai pas eu de réponses au sujet des spécificités propres à la prise en charge d'un jeune enfant. Pour l'amener sur cet angle de réflexion de ma question, j'aurais peut-être pu utiliser une question de relance.

## Analyse descriptive des entretiens

Dans un souci de respect de l'anonymat des professionnelles, je les ai renommées « IDE 1 » et « IDE 2 » dans l'analyse descriptive qui suit.

### 1. Les spécificités du jeune enfant

J'ai introduit mes entretiens avec des questions au sujet du jeune enfant dans le but de définir ce qu'est un jeune enfant et comprendre sa prise en soins.

#### 1.1. Définition et tranche d'âge

Pour les deux professionnelles auprès desquelles j'ai mené mes entretiens, définir une tranche d'âge correspondant au terme de jeune enfant s'est avéré complexe. La première professionnelle (IDE 1) a estimé que le terme de jeune enfant faisait référence aux enfants de 0 à 6 ans « voire fin de 6<sup>e</sup> année » alors que pour la deuxième professionnelle (IDE 2), ce terme fait référence plutôt aux enfants de 0 à 4 ans.

#### 1.2. Caractéristiques

Si le jeune enfant correspond, pour les professionnelles aux enfants de 0 à 6 ans pour l'IDE 1 et 0 à 4 ans pour l'IDE 2, il y a d'autres caractéristiques notables du jeune enfant. En effet, on peut par exemple citer le stade de développement psychomoteur ou encore le niveau de développement cognitif comme caractéristiques car en effet selon l'IDE 1, le stade de développement de l'enfant conditionne la manière dont on va s'adresser à lui et la manière dont il va comprendre les choses et adhérer à nos propos. Elle poursuit sa réflexion en donnant pour exemple que prendre en charge un nouveau-né est complètement différent de la prise en charge d'un enfant au stade de la marche par exemple, de par leur stade de développement. L'IDE 2, cite, elle, comme caractéristique du jeune enfant le lien avec « *le jeu* » et le fait que les apprentissages de l'enfant passent par le jeu. Enfin, l'IDE 1 va plus loin dans sa réflexion en expliquant que la langue, la culture, le handicap, la maladie ou même la maladie chronique sont des caractéristiques non pas propres au jeune enfant mais des caractéristiques essentielles à prendre en compte dans la prise en soins de ce dernier.

#### 1.3. Prise en soins

##### - Les grands principes dans la prise en soin du jeune enfant

Une des notions clés de la prise en soin du jeune enfant selon l'IDE 2 c'est de « *s'adapter à ce qu'est l'enfant* ». On observe dans les réponses des deux IDE, deux termes qui reviennent chacun 5 fois qui sont : « *expliquer* » et « *adhérer* ». En effet, les deux infirmières soulignent l'importance d'expliquer les choses et ce qu'il va se passer, peu importe l'âge de l'enfant, dans l'objectif d'obtenir son adhésion aux soins mais aussi celle de ses parents. L'IDE 1 complète cette idée en expliquant que l'on explique le soin même à un nouveau-né mais la différence avec un enfant plus grand c'est que l'adhésion aux soins passe par l'adhésion des parents. De même chez un enfant de 2-3 ans, elle explique qu'il est en

mesure de comprendre et donc d'adhérer aux soins et faciliter ainsi l'adhésion de ses parents. En revanche, elle déclare, qu'en « *dessous d'un certain âge on va lui parler bien sûr mais on va aussi essentiellement parler aux parents pour qu'ils comprennent l'intérêt ce qui est hyper important pour qu'eux puissent adhérer aux soins parce qu'ils ne voient pas leur enfant adhérer aux soins.* » (IDE 1). Ainsi, pour permettre l'adhésion aux soins du jeune enfant, une posture adaptée de l'infirmière est essentielle.

- Posture soignante

La prise en soins du jeune enfant nécessite une posture soignante adaptée. Selon l'IDE 2, la première approche du soin est de se présenter à l'enfant et ses parents et l'IDE 1 approfondie en expliquant qu'elle « *arrive toujours avec le sourire, la voix enjouée, l'entrain...* » (IDE 1). Elle souligne alors l'importance d'adopter une attitude positive au regard de la prise en soin du jeune enfant. Pour l'IDE 2, la posture soignante c'est aussi d'anticiper les soins qui peuvent être « *traumatisants* ». Elle donne l'exemple du sondage urinaire qui est souvent un soin appréhendé et par conséquent elle explique que dès l'entrée de l'enfant, ce dernier et ses parents sont prévenus de l'éventualité d'un sondage urinaire pour leur permettre de se préparer et d'appréhender le soin. Enfin l'IDE 2, déclare également que pour elle l'entente avec sa collègue est importante, car en effet le fait de s'inscrire en tant que professionnel dans une dynamique positive d'équipe facilite la réalisation des soins et le contact avec l'enfant et ses parents.

## **2. Place des parents dans la prise en soins infirmière**

Dans un second temps, j'ai poursuivi mes entretiens avec des questions autour de la place des parents dans la prise en soin infirmière de leur enfant avec comme objectif d'identifier la place des parents dans la prise en soin de leur enfant et d'évaluer l'importance de leur présence.

### **2.1.Évolution de la présence parentale dans les services de pédiatrie**

Lors de l'entretien, l'IDE 2 m'évoque l'évolution de la présence des parents auprès de leur enfant pendant les soins. En effet, étant une infirmière diplômée puéricultrice depuis 1994 avec une grande expérience dans le domaine de la pédiatrie, elle a pu constater cette évolution.

- Avant

L'IDE 2 explique alors qu'auparavant « *les parents étaient mis un peu de côté* ». Propos qu'elle illustre en citant l'exemple de la ponction lombaire qui systématiquement amenait les équipes et les infirmières à faire sortir les parents de la chambre de leur enfant. Depuis, les façons de faire ont changé et elle décrit une réelle réflexion des équipes à la fois paramédicales et médicales autour de la présence des parents dans les soins qui ont permis une évolution des pratiques.

- Maintenant

À l'heure actuelle, l'IDE 2 souligne cette importante évolution en utilisant notamment des superlatifs « *vachement* », « *vraiment* » qui insiste sur l'important progrès effectué en matière de présence parentale dans les soins. Elle décrit maintenant une inclusion presque systématique des parents dans la prise en soin de leur enfant ainsi qu'une réflexion des équipes soignantes qui a mené notamment, à ne plus systématiquement faire sortir les parents lors de certains soins, qui auparavant nécessitaient leur mise à l'écart comme la ponction lombaire par exemple.

## 2.2. Présence des parents dans les soins

### - Généralités sur la prise en charge

Au sujet de la présence parentale dans les soins, les IDE que j'ai interrogée m'ont, dans un premier temps, évoquées des généralités. Tout d'abord, l'IDE 2 m'évoque un principe fondamental de la prise en soin du public pédiatrique. En effet, elle déclare que « *quel que soit l'âge de l'enfant on prend l'enfant en charge avec ses parents* ». Ainsi, elle insiste sur l'importance de la relation triangulaire qui s'opère notamment avec la présence des parents auprès de leur enfant. De plus, elle complète son propos en expliquant les modalités de la présence des parents auprès de leur enfant. Elle explique qu'en tant qu'infirmière elle propose toujours aux parents de rester auprès de leur enfant, mais elle n'impose jamais rien. Par conséquent elle précise « *les parents c'est en fonction de ce qu'ils veulent et ce qu'ils peuvent supporter* ».

Concernant la présence parentale dans les soins, l'IDE 1 et l'IDE 2 partagent une vision commune et soulignent l'importance de la présence des parents dans la relation et les soins. A ce sujet, dans les propos de l'IDE 1, on retrouve la redondance de termes soulignant une idée d'égalité entre les trois parties composant le soin c'est-à-dire l'enfant-les parents-les soignants. On retrouve par exemple 3 fois des propos ramenant à l'idée d'égalité dans la relation. Elle déclare alors qu'il existe dans le soin à l'enfant « *une place à parts égales entre le soignant et les parents auprès de leur enfant* ».

### - Cas particuliers expliquant l'absence des parents dans les soins faits à leur enfant

De manière générale, les 2 professionnelles auprès desquelles j'ai mené mes entretiens, ont soulignées à quel point il était rare, à l'heure actuelle que les parents ne soient pas auprès de leur enfant. Elles ont souvent qualifié ces situations de « rares » ou bien « exceptionnelles » et on retrouve alors dans leur propos 4 fois ces termes. Elles m'ont alors cité des exemples bien précis pouvant expliquer l'absence des parents dans les soins faits à leur enfant.

### - Causes diverses à l'absence des parents

Les parents peuvent être amenés à ne pas être présents lors des soins de leur enfant par choix. En effet, selon l'IDE 2, elle peut être amenée à proposer aux parents de sortir si elle perçoit chez eux une trop grande anxiété qui peut alors se transmettre à l'enfant et ainsi ne pas faciliter le soin. Elle explique alors que « *s'ils ne le sentent pas, ils peuvent sortir* ». Dans ce sens, l'IDE 1 donne des exemples et

éclairer les propos de l'IDE 2, elle décrit par exemple la douleur des parents face à la douleur et la peur de leur enfant qui peut alors les amener à ne pas adhérer aux soins de leur enfant et par conséquent les parents ne sont pas facilitants pour la prise en soins infirmière. Elle évoque également à deux reprises, des problématiques de langue qui peuvent être un frein à l'inclusion des parents dans les soins car elle explique que dans ces situations il est difficile de mettre en place les grands principes de la prise en soin de l'enfant et de ses parents qui permettent une prise en soin optimale à savoir l'explication du soin, quelle place peuvent occuper les parents et ce qu'ils peuvent faire. L'IDE 2, évoque également une situation particulière de cas où les parents seraient « *virulents* » aux urgences et par conséquent elle souligne l'importance de prioriser la prise en charge de l'enfant à la présence des parents. En effet, dans ce cas, elle explique que les parents sont un frein dans la prise en soin et que « *l'urgence prime sur leur état à eux* ». Au-delà de ces causes propres surtout à la tolérance et au vécu des parents il y a des soins qui peuvent expliquer l'absence des parents.

- Soins expliquant l'absence des parents

Les deux IDE m'expliquent, lors des entretiens, qu'il y a certains soins qui ne permettent pas toujours la présence des parents. Premièrement, elles m'évoquent toutes les deux, la ponction lombaire. En effet, ce soin nécessitant une asepsie rigoureuse les infirmières et plus généralement l'équipe soignante peuvent être amenées à demander aux parents de sortir. En dehors des problématiques d'asepsie, l'IDE 2 complète que le geste de la ponction lombaire peut être traumatisant pour les parents. Selon l'IDE 1, il y a d'autres soins qui peuvent amener les parents à sortir de la chambre de leur enfant pendant leur déroulé. Elle me cite, par exemple les soins avec usages d'aiguilles, pour des parents qui eux-mêmes ont une appréhension de celles-ci. Cela peut être difficile d'assister au soin de leur enfant et par conséquent les soignants et surtout les infirmières doivent prendre en compte ces peurs. L'IDE 2, complète ses propos en citant un autre soin qui est le sondage urinaire. Elle explique que « *surtout pour les papas de petits garçons, ils se mettent à la place de leur enfant et donc ce n'est pas toujours facile...* ».

## 2.3. Place des parents dans les soins

- Rôle des parents dans les soins

Au sujet du rôle des parents dans les soins les deux infirmières s'accordent à dire que permettre aux parents d'être acteur facilite les soins faits à l'enfant. Selon l'IDE 1, faire participer les parents et les rendre acteurs permet « *plus d'adhésion...plutôt qu'ils soient derrière la porte à s'imaginer tout et n'importe quoi* ». L'IDE 2 complète cette idée en expliquant notamment, que pendant que les parents expliquent les choses à l'enfant, le rassurent ou encore le distraient, ils permettent à l'infirmière de réaliser son soin dans les meilleures conditions possibles pour l'enfant et ses parents. Elle explique également que les rendre acteur c'est par exemple leur faire tenir le masque de protoxyde d'azote.

- Plus-value à leur intégration dans les soins

Comme expliqué précédemment, les infirmières ont le sentiment que rendre acteurs les parents facilite la prise en soin de l'enfant. Globalement, il y a trois grandes idées qui reviennent dans leurs réponses au sujet de la plus-value de l'intégration des parents dans les soins. Premièrement, la connaissance de leur enfant. En effet selon l'IDE 1, les parents ce sont « *eux qui connaissent le mieux leur enfant* ». Ainsi, elle explique que leur intégration permet à l'enfant de se sentir plus en sécurité puisqu'il est en confiance et rassuré par ses parents. La deuxième notion essentielle rapportée par les IDE est l'adhésion. En effet, c'est une notion qui ressort à de nombreuses reprises au sujet de la plus-value à l'intégration des parents dans les soins. On retrouve la notion d'adhésion des parents, qui facilite la prise en charge IDE, comme soulignée par l'IDE 2 « *plus le parent adhère avec nous entre guillemets, plus c'est facile* ». L'IDE 1 et l'IDE 2 complètent cette idée en expliquant que l'adhésion des parents dans les soins permet par conséquent l'adhésion de l'enfant et facilite la prise en soin infirmière. Enfin, une dernière idée est évoquée par les infirmières, l'idée que la présence des parents dans les soins facilite la prise en soin de l'enfant. Selon l'IDE 2, la présence des parents, même s'ils ne participent pas directement aux soins, facilite forcément la prise en soin de l'enfant. Elle renforce cette idée en citant comme exemple la prise en soin d'enfants porteurs de maladies chroniques qui ont fréquemment des soins. Dans ces conditions les parents « *savent ce qui marche et ce qui ne marche pas* » notamment en termes de thérapeutiques antalgiques et nous aident en tant que soignant à prendre en soin leur enfant de manière optimale.

- Posture soignante favorisant leur intégration

L'intégration des parents dans les soins passe par l'adoption d'une posture infirmière permettant cette intégration. Les deux professionnelles expliquent tout au long du soin la posture qu'elles adoptent pour permettre aux parents d'être présents auprès de leur enfant. Elles soulignent l'importance, dans un premier temps, d'expliquer le déroulé du soin, la durée de ce dernier, pour que les parents puissent pleinement être disponibles grâce à ce « *quadrillage du soin* » et rassurer leur enfant. On retrouve ainsi 5 fois le terme « *explique* » dans leurs propos. Il découle de cette explication un principe fondamental de l'intégration des parents dans les soins qui est de respecter leur choix et de ne pas les culpabiliser mais faire en fonction de ce qu'ils sont capables de faire, expliquent les deux professionnelles. Ensuite, les deux infirmières déclarent qu'il est important d'écouter les parents, de leur permettre d'être bien installé pendant le soin, pour que « *chacun ait sa place* » comme explique l'IDE 1. L'objectif comme le dit l'IDE 2 est de les intégrer « *pour qu'ils aient leur place de parents* ». Ainsi, l'infirmière est là pour accompagner les parents comme le précise l'IDE 2 et la présence des parents est une réelle aide pour les infirmières.

### **3. La distraction : outil du quotidien**

Enfin, j'ai terminé ces entretiens avec des questions autour de la distraction du jeune enfant dans les soins infirmiers avec comme objectif de préciser l'intérêt et l'importance de la distraction dans le soin au jeune enfant et le rôle des parents dans l'utilisation de cette dernière.

### 3.1. Les principes généraux

« *En pédiatrie, que ce soit pour les petits ou les plus grands, on ne peut pas faire le soin sans distraction.* » explique l'IDE 1. Elle renforce cette idée en expliquant qu'en pédiatrie le dialogue ne suffit pas et que la distraction est un réel support de soin et de la relation avec l'enfant et ses parents. Par conséquent, c'est un outil qui fait partie intégrante du soin et qui est utilisé dès l'entrée de l'enfant aux urgences notamment, selon l'IDE 2. En effet, la distraction est un moyen qui permet à l'enfant d'adhérer aux soins et que cette adhésion persiste dans le temps, précise l'IDE 1. Plus largement la distraction permettra à long terme et pour les soins futurs de les aborder plus sereinement. Si globalement la distraction en pédiatrie c'est tout le temps, l'IDE 2 cite tout de même les situations d'urgences vitales qui ne sont pas toujours propices à la distraction. L'IDE 1 explique que la distraction c'est « *globalement des jeux qui leur demandent de réfléchir et qui les détournent de ce que l'on est en train de faire.* » Enfin, il est essentiel de comprendre comme le cite l'IDE 2 que la distraction est possible qu'en complément de moyens antalgiques car elle complète l'action des antalgiques en agissant sur d'autres composantes de la douleur.

### 3.2. Différents outils et moyens support de la distraction

Si les professionnelles s'accordent à dire que la distraction est un élément essentiel de la prise en soin de l'enfant, les deux professionnelles expliquent, que les moyens antalgiques comme l'EMLA ou le protoxyde d'azote par exemple, sont essentiels dans la prise en charge de la douleur et permettent à l'enfant d'être pleinement disponible pour la distraction. L'IDE 1 renforce ce propos en déclarant que : « *Ce n'est pas de la distraction en soit c'est un médicament mais ça aide à la distraction et ça la favorise* ».

Il existe de nombreux outils qui permettent la distraction du jeune enfant. On retrouve parmi ces outils l'objet transitionnel, souvent le doudou de l'enfant qui est un outil souvent utilisé par l'IDE 1 car il permet d'entrer en relation avec l'enfant. De manière générale, comme l'explique l'IDE 1, l'outil de distraction doit être adapté à l'enfant, son âge et son développement. Ainsi, elle cite par exemple, le sucre pour le nouveau-né, les chansons ou encore les jeux sensoriels avec de la lumière et du bruit pour les plus petits. L'IDE 2 complète, en déclarant qu'aux urgences il existe des « *sensi-box* » qui permettent notamment de stimuler les sens avec « *des objets qui font de la musique, des objets sensoriels qui éveillent l'ouïe et la vue* ». Par conséquent, les deux professionnelles s'accordent à dire que chez le tout petit ce sont souvent des jeux ou des moyens qui éveillent les sens de l'enfant qui sont employés comme outils de distraction. Chez le jeune enfant un peu plus âgé, on retrouve aussi les bulles ou encore des cartes qui permettent à l'enfant de chercher et trouver des éléments cachés comme des animaux par exemple, comme le cite les deux infirmières. L'IDE 2 souligne également que vers 3-4 ans on peut se servir de souvenirs de vacances de l'enfant par exemple ou de ses dires pour créer une histoire car, à cet âge, le langage est de mieux en mieux maîtrisé et les échanges plus aisés.

### 3.3. La plus-value de la distraction dans les soins

Au sujet de la plus-value de la distraction dans les soins, les deux infirmières s'accordent à dire que dans un premier temps elle permet d'entrer en contact et d'instaurer le dialogue et la relation de confiance. Dans cette même idée, l'IDE 1 cite comme exemple, l'utilisation du doudou comme support de la distraction qui peut permettre à l'enfant de le faire adhérer aux soins. Ainsi, comme l'explique l'IDE 2, la distraction est un réel outil qui permet de décentrer l'attention de l'enfant du soin et de leur permettre de mieux vivre les soins. Elle complète en disant que la distraction permet de « *rendre le geste moins désagréable et que l'enfant ne pleure pas trop ou ne soit pas trop stressé peu importe le geste que l'on est en train d'effectuer* ». Dans cette même idée, elle cite, comme exemple la pose d'une agrafe chez les jeunes enfants qui peut être faite en profitant d'un moment où l'enfant tamponne très fort une feuille et ainsi synchroniser le geste avec l'activité et donc la distraction et lui permettre de rester focalisé sur son activité et non sur le soin qui peut être vecteur de peurs et d'angoisses. L'IDE dans ce sens, va plus loin dans ses propos en expliquant que la distraction indirectement en association aux antalgiques limite la douleur de l'enfant. Enfin, en tant que soignant les moyens de distraction nous aident dans la réalisation des soins à l'enfant, décrit l'IDE 2.

### 3.4. Les acteurs de la distraction

#### - Les parents

Le rôle des parents dans les soins et plus précisément dans la distraction est primordial selon les infirmières. On retrouve notamment dans les propos de l'IDE 1, plusieurs fois le terme « acteur » qui souligne l'importance du rôle des parents dans la distraction de leur enfant. Elle va plus loin en citant des exemples. Elle explique notamment que les parents peuvent, selon les soins, se trouver à la tête de l'enfant pour le rassurer ou chez les plus petits, être acteur en leur proposant du sucre. Ils peuvent également lire, chanter des comptines, faire des bulles ou encore jouer avec leurs enfants et par conséquent être « *acteurs de ce côté distraction* ». Pour l'IDE 1, c'est d'autant plus important, car ce sont eux qui connaissent le mieux ce qu'aiment écouter leurs enfants ou encore ce à quoi ils préfèrent jouer. L'IDE 2 renforce les propos de l'IDE 1 en citant « *on leur donne leur place...en leur donnant les jeux et les outils pour qu'ils puissent accompagner leur enfant* ». Ainsi elle souligne alors que les parents sont les principaux acteurs de la distraction et comme l'exprime l'IDE 2 cela permet aux soignants de participer à la distraction mais pas d'en être les acteurs principaux.

## Discussion

### **1. Prendre soin du jeune enfant : entre définition complexe et prise en soin spécifique**

Lorsque j'ai initié mon travail de recherche au sujet du jeune enfant j'ai lu de nombreux articles et ouvrages et dans chacun d'eux la tranche d'âge du jeune enfant était différente. En effet, il n'existe pas réellement de définition du jeune enfant. C'est pour cela que j'ai fait le choix de cibler une tranche d'âge : 3-6 ans, à partir de mes recherches et de travaux d'André Turmel.

Plus tard, lors de mes entretiens, je me suis rendue compte que pour les professionnels cette notion de jeune enfant était une notion très floue et vaste, et par conséquent la définition du jeune enfant et notamment la tranche d'âge était différente selon les professionnels. En effet, à l'analyse des entretiens, les deux infirmières puéricultrices travaillant au sein d'un même établissement et du même service, ont, elles deux, leur propre définition du jeune enfant. L'une cible cette tranche d'âge comme étant les enfants de 0-6 ans, l'autre ceux de 0-4 ans.

J'ai moi-même pu me questionner sur la question de définir une tranche d'âge correspondant au jeune enfant. Si les professionnelles considèrent que dès la naissance on peut parler de jeune enfant, je trouve qu'il est important de différencier jeune enfant de nouveau-né ou nourrisson. En effet, dans mes représentations, le jeune enfant fait référence à l'enfant dont le développement du langage arrive à terme et qui achève progressivement son développement moteur soit un enfant de l'âge de 3 ans. En revanche, je trouve en effet qu'un enfant de 6 ans peut être assimilé également à un jeune enfant au même titre qu'un enfant de 4 ans.

Ainsi, il apparaît évident qu'il n'existe pas de tranche d'âge précise correspondant au jeune enfant et que c'est une notion qui ne se définit pas précisément et qui renvoie à la propre expérience de chacun.

### **2. Présence parentale dans les soins : un élément essentiel de la prise en soin du jeune enfant**

Si j'avais déjà pu comprendre, lors de l'élaboration de mon cadre théorique, que la présence parentale lors des soins de l'enfant était une notion centrale de la prise en soin de l'enfant c'est lorsque j'ai rencontré les deux infirmières de terrain que j'ai réellement compris l'importance du terme prise en soin tripartite du jeune enfant.

Les deux infirmières avec lesquelles je me suis entretenue ont été unanimes quant à la présence des parents dans les soins. En effet, selon elles, on prend en charge l'enfant et ses parents et il apparaît alors évident de tout mettre en œuvre pour leur permettre d'être auprès de leur enfant. En effet, j'ai pu explorer cette idée dans mon cadre théorique et je peux citer par exemple l'association Sparadrap qui travaille beaucoup sur cette collaboration parents-soignants. L'objectif étant de permettre aux enfants d'avoir leurs parents à leur côté et aux infirmiers notamment de pouvoir réaliser les soins dans les meilleures

conditions possibles. Dans le cadre théorique de mon travail de recherche, j'ai exploré la relation parent-enfant, une relation qui est décrite par les auteurs comme une relation assurant protection, réconfort et consolation de l'enfant, comme l'explique l'ouvrage « Ça sert à quoi des parents ? ». Or, lorsque l'on effectue des soins sur les jeunes enfants en tant qu'infirmier, on recherche précisément à ce que l'enfant puisse être en sécurité et se sente accompagné et par conséquent ce sont les parents qui sont les plus à même de répondre à ces besoins primaires de leur enfant.

De ce fait, les infirmières m'ont éclairé sur le rôle des parents dans les soins et la manière dont ils peuvent être acteurs. J'ai pu approfondir les dimensions du soin dans lesquelles les parents peuvent être directement impliqués. En effet, au-delà d'être présents pour rassurer leur enfant, ils peuvent être acteurs de la distraction de leur enfant notamment et il est ressorti des entretiens que les soins se déroulent plus simplement lorsque les parents sont acteurs de ce côté distraction, propos qui renforce ce que j'avais découvert au décours de mes recherches théoriques et notamment dans l'article « Le partenariat parent-soignant en pédiatrie ».

A la lumière de cette réflexion, j'ai pu comprendre réellement la place des parents dans cette relation triangulaire du soin si spécifique en pédiatrie et comprendre comment intégrer cette dyade enfant-parent et réaliser des soins infirmiers en permettant à tous les membres d'être acteurs du soin. Il est vrai également que pour les professionnelles comme pour moi les parents sont ceux qui connaissent le mieux leurs enfants. Ils occupent réellement une place de guide, selon moi en tant que future professionnelle, pour permettre une prise en soin de leur enfant au plus proche de ses besoins.

A l'issue des analyses de mes entretiens, j'ai remarqué que les infirmières ont beaucoup insisté sur la posture soignante auprès des parents, notion que j'avais peu développée dans mon cadre théorique. Dans mon cadre théorique, j'avais découvert surtout l'importance de pouvoir permettre aux parents d'être auprès de leur enfant pendant ces soins mais également l'importance de leur expliquer le déroulé du soin et la manière dont ils peuvent être acteurs. De ce fait, j'ai remarqué que les professionnelles insistaient certes, sur la plus-value des parents dans les soins pour la prise en soin de l'enfant, mais surtout sur l'importance de permettre aux parents d'être présents dans les soins de leur enfant ou non, et qu'elles partageaient donc la même vision que les auteurs et ouvrages explorés dans mon cadre théorique. En revanche, ma rencontre avec les infirmières m'a permis d'axer mon regard sur une autre notion qui est « l'adhésion ». En effet, il est vrai que l'adhésion dans les soins est une notion centrale du soin en général mais dans le soin au jeune enfant l'adhésion de ce dernier, passe par l'adhésion de ses parents aux soins. Ainsi, il en découle que toute la posture soignante (sourire, enthousiasme, explications du soin, distraction) décrite par les infirmières a pour objectif l'adhésion des parents et de l'enfant aux soins. Il est vrai que dans ma pratique en tant qu'étudiante infirmière, j'ai souvent observé dans le soin à l'enfant qu'après explications du soin aux parents et leur adhésion, les parents réexpliquaient les choses de manière adaptée à leur enfant et s'inscrivaient de ce fait dans une

dynamique collaborative avec nous soignants, avec l'envie de s'impliquer dans le soin en commençant par la réassurance de leur enfant pour instaurer une dynamique sécuritaire.

Enfin, si de manière générale, leur présence permet une adhésion aux soins plus aisée de l'enfant et un meilleur vécu du soin, il y a des situations où leur présence pourrait ne pas être facilitante pour la prise en soin.

### **3. Limite à la présence parentale dans les soins**

Lors de l'élaboration de mon cadre théorique, je n'ai pas exploré directement cette dimension qui est la limite à la présence parentale dans les soins. En revanche, j'ai choisi d'explorer les conséquences sur l'enfant et la qualité des soins en cas de séparation avec ses parents. En effet, j'ai notamment étudié la théorie de l'attachement de J.Bowlby par le biais d'une vidéo qui explique, qu'à partir de 3 ans, les manifestations d'angoisse de séparation sont de plus en plus rares mais réapparaissent dans des situations vectrices d'angoisse et de peurs comme l'hospitalisation et les soins. Mais c'est à la lumière de mes entretiens, que j'ai pu comprendre que certaines dimensions des soins ne permettaient pas la présence des parents dans les soins faits à leur enfant. Même si cela est très rare, m'ont expliqué les professionnelles que j'ai rencontrées, il peut arriver, lors de certains soins, comme les ponctions lombaires que les parents ne puissent être auprès de leur enfant. Dans le cas de la ponction lombaire, c'est pour des questions d'asepsie et d'hygiène qu'on peut être amené à faire sortir les parents. Il y a aussi des raisons personnelles et propres à chaque parent, comme par exemple la peur des aiguilles qui peuvent amener les parents à sortir ou d'autres soins invasifs qui peuvent être difficiles émotionnellement à vivre pour les parents.

Ainsi, je pense à la lumière de ce travail de recherche que l'importance est certes de leur permettre d'être présents si le soin le permet mais surtout de prendre en compte leurs peurs et angoisses sans qu'ils ne se sentent jugés ou coupables et en les rassurant s'ils ne souhaitent pas être présents. De même pour des soins où ils ne pourraient être présents, il est souhaitable de prendre un temps pour leur expliquer le soin et répondre à leurs questions pour les accompagner dans la prise en soin de leur enfant.

### **4. Distraction : entre jeux et qualité des soins**

Lorsque j'ai fait des recherches au sujet de la distraction dans les soins en pédiatrie, j'ai rapidement compris que c'était une dimension primordiale du soin à l'enfant. En effet, dans le reportage « A vous de jouer ! », par exemple, les professionnels expliquent que la distraction est un moyen d'entrer en communication avec l'enfant, et de maintenir son attention sur une activité pour faciliter le soin. De plus dans la psychanalyse, explique le « Guide de la petite enfance », le jeu permet à l'enfant de surmonter ses angoisses et communiquer avec l'adulte. De ce fait, à l'issue de ma rencontre avec les professionnelles de terrain, elles n'ont fait que confirmer que la distraction dans les soins était quelque

chose de systématique et une réelle dynamique d'équipe avec in-fine la volonté d'un prendre soin de qualité de l'enfant.

Au cours de mes entretiens, les infirmières m'ont évoqué le fait que la distraction était forcément associée avec des moyens antalgiques. Dans mon cadre théorique, je n'ai pas abordé directement la notion de douleur de l'enfant qui aurait pu être intéressante à explorer mais cependant j'ai tout de même évoqué cette notion notamment au travers de l'étude de la distraction. En effet, j'ai tenu à rappeler par le biais d'un article rédigé par Cécile Combes, que la douleur est une expérience sensorielle, émotionnelle et physique complexe avec notamment l'implication de mécanismes psychiques complexes. On sait notamment que les dimensions cognitives, émotionnelles, sensibles et comportementales rentrent en compte dans la perception douloureuse. Ainsi, il apparaît essentiel qu'une prise en soin infirmière optimale passe notamment par la prise en charge de toutes les dimensions de la douleur qu'elle soit réelle ou potentielle. Dans ce sens, dans mon cadre théorique, le Dr Catherine Devoldère pour le reportage « A vous de jouer ! » explique que la distraction permet de prendre en charge les dimensions émotionnelles et cognitives de la douleur alors que les antalgiques permettent une prise en charge notamment de la dimension sensitive de la douleur, m'ont expliqué les infirmières que j'ai rencontré.

Il m'apparaît donc essentiel qu'une prise en charge optimale de l'enfant passe par la prise en charge de sa douleur qu'elle soit réelle ou potentielle mais que si les antalgiques sont essentiels pour soulager ou anticiper les douleurs, la distraction l'est également pour apaiser les peurs et angoisses qui sont vecteurs de douleur.

Au sujet de la mise en place de la distraction, les ouvrages exploités m'ont permis de comprendre qu'il était essentiel de démarrer la distraction en amont du soin pour permettre l'instauration d'une relation de confiance avec l'enfant mais aussi ses parents. De plus, ce temps d'échange permet à tous les acteurs du soin d'apprendre à se connaître. Ensuite, lorsqu'on parle de distraction, on fait référence à des moyens de distraction qui sont multiples. Lors de mes recherches théoriques, j'ai découvert de nombreux moyens de distraction mais ce sont les professionnelles qui concrètement m'ont expliquées ce qu'elles utilisaient pour le jeune enfant. Tout d'abord, les infirmières au même titre que les ouvrages que j'ai exploités décrivent l'importance d'utiliser des moyens adaptés à l'enfant, à son développement psychomoteur et cognitif. Ainsi les professionnelles, m'ont notamment parlé, de livres, de jeux éveillant les sens de l'enfant faisant partie d'un outil appelé la « *sensi-box* ». De plus, une des deux infirmières m'a expliqué qu'au-delà du jeu, à partir de 3 ans, on peut aussi construire la distraction sur un échange avec l'enfant à partir de souvenirs de vacances par exemple, car il maîtrise de mieux en mieux le langage. L'une d'elles m'a aussi parlé de l'utilisation de l'objet transitionnel « le doudou », notion que j'ai travaillée de manière théorique. En effet, l'utilisation du doudou figure d'attachement et de sécurité pour l'enfant permet d'entrer facilement en relation avec l'enfant et de se servir de ce doudou comme support pour montrer le déroulé des soins par exemple et rassurer l'enfant par cette distraction. Souvent le choix de

l'outil dépend aussi de l'âge de l'enfant, ses goûts, ses envies et les parents peuvent être de réelles ressources pour nous guider sur les goûts et envies de leur enfant car, une fois encore, ce sont ceux qui les connaissent le mieux.

Au-delà de pouvoir nous guider sur le choix de l'outil de distraction, l'intégration des parents dans les soins, les rendre acteurs c'est leur permettre d'occuper une place dans le soin. Si l'objectif de ma recherche était de montrer que la distraction dans le soin du jeune enfant permettait une prise en soin infirmière de qualité, je voulais également montrer que la participation des parents à la distraction de leur enfant ne faisait que renforcer cette idée. Par conséquent par le biais de mes recherches théoriques mais aussi et surtout de mes entretiens avec les professionnelles, j'ai pu mettre en lumière cette idée. En effet, dans les ouvrages que j'ai étudiés nombreux sont ceux qui expliquaient qu'en effet permettre aux parents d'être acteur de la distraction de leur enfant c'était leur permettre d'être intégrés à la prise en charge et ainsi pouvoir donner du sens aux termes de prise en soin « tripartite ». Lors de mes entretiens, les deux professionnelles ont été unanimes sur la question. Pour elles, rendre acteur les parents dans les soins c'est assurer un bon déroulé du soin. En effet elles expliquent qu'elles ont remarqué que lorsque les parents étaient acteurs, les soins à l'enfant se passaient beaucoup mieux. De ce fait, le meilleur moyen de les rendre acteurs c'est de leur donner des outils de distraction comme des livres qu'ils peuvent lire avec leur enfant, ou bien des marionnettes, des jeux sensoriels pour être acteur de la distraction, guider par les professionnels de soin. Je me suis également beaucoup retrouvé lorsque l'une des professionnelles a parlé de réelle égalité entre les parents et les soignants dans la relation de soin. En effet, si nous avons de par nos connaissances théoriques et techniques et notre statut, ce rôle de prodiguer les soins à l'enfant dans le cas où il en a besoin, les parents occupent une place centrale dans cette prise en soin. En effet, ils sont le repère de l'enfant, ils représentent une figure sécuritaire pour lui et répondent à tous ses besoins qu'ils soient physiques, psychiques, ou émotionnels. Ainsi, à l'issue de ce travail de recherche, il me paraît essentiel que les parents ne pouvant être acteur du soin de leur enfant ils sont alors essentiels, pour nous permettre de comprendre les besoins de leur enfant et surtout nous aider en étant acteur d'une dimension essentielle du soin en pédiatrie : la distraction.

Enfin, pour conclure cette discussion, j'ai apprécié réaliser ce travail car pour moi réfléchir à la prise en soin du jeune enfant c'est anticiper la prise en soin de l'adulte qu'il sera, car l'enfant soigné deviendra un adulte soigné et avoir pu bénéficier d'une prise en charge infirmière de qualité et optimale avec notamment la présence des parents et l'utilisation de moyens de distraction, assure une meilleure approche des services de soins et des soins. C'est pour cela que ma question de recherche, si je devais poursuivre ce travail, serait la suivante :

**« Dans une prise en soin triangulaire, en quoi la distraction du jeune enfant par ses parents lors des soins permet une prise en soin infirmière de qualité ? »**

## Conclusion

Lorsque j'ai introduit ce travail de recherche, j'avais émis le souhait de cheminer au sujet de l'utilisation de moyens de distraction dans la prise en soin infirmière du jeune enfant, mais également au sujet de la prise en soin triangulaire du jeune enfant et par conséquent de l'intégration de ses parents. L'objectif était de cheminer sur ce sujet mais également d'appréhender ma future prise de poste en enrichissant mon positionnement professionnel et ma réflexivité.

Ainsi, l'écriture de ce mémoire m'a permis de cheminer pendant plusieurs mois et d'enrichir mes connaissances pas à pas sur ce sujet que j'affectionne beaucoup. Le regard des professionnelles n'a fait qu'éveiller mon propre regard sur mon sujet et m'a permis d'envisager d'autres thématiques et notions de réflexions que je n'avais pas abordés. De ce fait, je pense que la prise en soin du jeune enfant et plus généralement du public pédiatrique force la réflexion et le questionnement permanent de nos pratiques dans le but de prendre en soin de manière adaptée l'enfant. Cette prise en soin implique donc de prendre en compte de nombreux facteurs pour apporter des soins répondant aux besoins de l'enfant soigné.

Ayant un attrait certain pour le prendre soin du public pédiatrique, écrire ce travail d'initiation à la recherche est un réel tremplin pour aborder ma future prise de poste. En effet, il met en lumière à la fois l'importance de l'intégration des parents dans la prise en soin de leur enfant pour permettre à l'enfant une prise en soin au plus proche de ses besoins, mais également l'importance de l'utilisation de moyens de distraction pour permettre dans cette relation triangulaire un meilleur vécu des soins pour chaque acteur.

De ce fait, en tant que future professionnelle, je pense que ce mémoire, m'a certes permis de réfléchir et de cheminer sur la prise en soin de l'enfant mais, selon moi, il est transversal à toutes les prises en soin peu importe le public car la distraction fait partie intégrante de notre prendre soin. Elle prend simplement des formes différentes allant de la discussion au jeu en fonction du public soigné. De plus, l'entourage des patients fait partie intégrante de la prise en charge et souvent il apparaît essentiel pour eux d'en être acteur. La prise en soin du jeune enfant et plus généralement du public pédiatrique force la réflexion et le questionnement permanent de nos pratiques dans le but de prendre en soin de manière adaptée l'enfant. Cette prise en soin implique donc de prendre en compte de nombreux facteurs pour apporter des soins répondant aux besoins de l'enfant soigné.

Enfin, j'aimerais clore ce mémoire par une citation d'une professionnelle au sujet de la prise en soin de l'enfant, elle déclare que : « Les parents nous apprennent à prendre soin de leur enfant et notre rôle en tant que soignant c'est de leur permettre de retrouver leur place de parent » (Blandine Becel, 2023). Par conséquent, à la lumière de ce travail de recherche, je pense que le meilleur moyen de retrouver leur place de parents, c'est en leur permettant d'être acteur dans la prise en soin de leur enfant et notamment par la distraction de ce dernier.

## **Bibliographie**

### **Livres :**

Gassier, J., Beliah-Nappey, M., Allègre, E., & et al. (2018). *Guide de la petite enfance : Accompagner l'enfant de 0 à 6 ans* (3e éd.). Elsevier Masson.

Genet, C.& Wallon, E. (2015). *Ça sert à quoi des parents ?*. Le Pommier.

### **Articles de revue :**

Blidi, M. (2019). La place des parents à l'hôpital, un partenariat à construire.

*Soins Pédiatrie/Puériculture*, 40(309), 30-34. <https://doi.org/10.1016/j.spp.2019.05.010>

Mougel, S. (2014). Le partenariat parent-soignant en pédiatrie. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 35(277), 14-16. <https://doi.org/10.1016/j.spp.2014.01.003>

Roche, C. (2022). Soignant-enfant-parent, un partenariat essentiel en pédiatrie. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 43(325), 18-20. <https://doi.org/10.1016/j.spp.2022.01.005>

Doumal, Y., Duval, É., & Langlois, S. (2019). La distraction lors des soins douloureux en pédiatrie. *Cahiers de la Puéricultrice*, 56(332), 34-38. <https://doi.org/10.1016/j.cahpu.2019.10.008>

### **Pages web :**

Cécile Combes. (2021). *Pikidou : Un cactus de distraction contre la douleur – PEDIADOL*.

<https://pediadol.org/pikidou-un-cactus-de-distraction-contre-la-douleur/>

Galland, F., Blidi, M., & Herrenschildt, S. (2013). *Quel rôle, quelle place pour les parents lors des soins*. Sparadrap. <https://www.sparadrap.org/professionnels/la-presence-des-proches/quel-role-quelle-place-pour-les-parents-lors-des-soins>

Galland, F., Minguet, B., & Blidi, M. (2018). *Distraire les enfants lors des soins*. Sparadrap.

<https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/distraire-les-enfants-lors-des-soins>

Turmel, A. (2015). *La petite enfance comme catégorie d'expérience et comme catégorie cognitive*. 21.

<https://sorbonne-paris-nord.hal.science/hal-01256016/file/A.%20Turmel.pdf>

Côté, S. (2017). *Le développement de la motricité globale de 0 à 5 ans*.

[https://naitreetgrandir.com/fr/etape/1\\_3\\_ans/developpement/fiche.aspx?doc=la-motricite-etapes-developpement](https://naitreetgrandir.com/fr/etape/1_3_ans/developpement/fiche.aspx?doc=la-motricite-etapes-developpement)

Godot, S. (2016). *Les grandes étapes du développement psychomoteur de l'enfant*.

lesprosdela petiteenfance. <https://lesprosdela petiteenfance.fr/bebes-enfants/psycho-developpement/les-grandes-etapes-du-developpement-psychomoteur-de-lenfant>

Vassieux, L. (2020). Développement psychomoteur : Les étapes de croissance de l'enfant. *Pass'Santé*

*Jeunes*. <https://www.pass-santejeunes-bourgogne-franche-comte.org/developpement-psychomoteur-de-bebe-et-de-lenfant-les-grandes-etapes-de-sa-croissance/>

Minguet, B. (2022). *Les inquiétudes de l'enfant avant un soin, un examen....* Sparadrap. Consulté 5

avril 2023, à l'adresse <https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/les-inquietudes-de-lenfant-avant-un-soin-un>

*Techniques de distraction*. (s. d.). Soins complexes à domicile pour enfants.

<https://soinscomplexesadomicilepourenfants.com/preparez-votre-enfant/techniques-de-distraction/>

CHU de Rennes. (2018). *Récapitulatif des distractions en fonction des âges*. Sparadrap.

<https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/distraire-les-enfants-lors-des-soins>

### **Textes législatifs :**

*Bulletin Officiel n°2004-52*. (s. d.).

<https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-52/a0523394.htm>

*Charte de l'enfant hospitalisé | AP-HM*. (s. d.).

<http://fr.ap-hm.fr/patients-public/informations-pratiques/hospitalisation/vivre-ensemble/droits-devoirs/charte-enfant-hospitalise>

Kouchner, B. (s. d.). *Circulaire DH/EO 3 n° 98-688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie—APHP DAJDP*.

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dheo-3-n-98-688-du-23-novembre-1998-relative-au-regime-de-visite-des-enfants-hospitalises-en-pediatrie/>

**Vidéo :**

Cosnier, G., & Hallépée, B. (2021). *La théorie de l'attachement (J. Bowlby)—Psychologie du développement—Développement Social #3—YouTube.*

<https://www.youtube.com/>

Galland, F. (2019). *A vous de jouer ! La distraction des enfants lors des soins—YouTube.*

<https://www.youtube.com/>

Télé Matin (Réalisateur). (2016). *Psycho - « Ca sert à quoi, des Parents ? » - 2016/03/09.*

<https://www.youtube.com/watch?v=2wbx8O-I4c0>

## Annexe I : Récapitulatif des distractions en fonction des âges

### Récapitulatif des distractions en fonction des âges

	1-3 ans	3-6 ans	6 ans et +
<b>Chansons</b>			
<b>Livres</b>	Grand mère sucre grand père chocolat Le concours de bisous Une souris verte Que caches-tu Mr Croc Turlututu La petite taupe 1 <sup>er</sup> oeuf de maman poule Bon voyage Lili souris A la fête foraine La grenouille à grande bouche	Grand mère sucre grand père chocolat Le concours de bisou Chenille qui fait des trous Que caches-tu Mr Croc Croc turlututu La chasse à l'ours Le loup et 7 chevreaux A la fête foraine Et hop voilà Mr Croc La grenouille à grande bouche Une souris verte	La maison hantée Etranges dinosaures Turlututu La chenille qui fait des trous A la fête foraine
<b>Marionnettes</b>	1 grenouille 1 souris 1 loup 1 chat 1 crocodile+livre Croque le croco  Décor de la mer plastifié+livre de monsieur zou glouglou	1 grenouille 1 souris 1 loup 1 chat 1 crocodile+livre Croque le croco  Décor de la mer plastifié+livre de monsieur zou glouglou	1 grenouille 1 souris 1 loup 1 chat
<b>Jeux des sens :</b>			
- La vue	Kaléidoscope forme glace Toupie lumineuse	Kaléidoscope forme prisme Toupie lumineuse	Kaléidoscope Forme prisme
- Le toucher	Hochet cube	Animaux à remonter : (grenouille, chenille orange, âne, toucan)	
- le souffle	Moulin à vent	Moulin à vent Sifflet samba Petit sifflet	
- le son	Bâton de pluie original avec spirale Cubes magiques avec son des animaux Bâton magique et sonore Hochet cloche + Mini hochet cloche Set à musique Tambourin de la mer	Bâton de pluie original avec spirale Cubes magiques avec son des animaux Bâton magique et sonore Set à musique Tambourin de la mer	Bâton de pluie original avec spirale  Bâton de pluie original avec spirale

## Annexe II: Guide d'entretien

### Présentation :

« Bonjour, je m'appelle Camille CONTE, je suis étudiante infirmière en 3<sup>e</sup> année et j'étudie au sein du Pôle de Formation des Professionnels de Santé du CHU de Rennes à Pontchaillou. C'est dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin d'étude que je vous ai sollicitées pour cet entretien, sur la thématique de la prise en soin du jeune enfant. Je vous remercie d'avoir accepté ma demande et de m'accorder de votre temps. La retranscription de cet entretien sera anonymisé et l'enregistrement sera ensuite détruit.

Êtes-vous d'accord que je vous enregistre ?

Merci d'avance pour votre disponibilité »

1<sup>e</sup> partie : Connaissance de la population interviewée.

- Dans un premier temps pouvez-vous vous présenter brièvement s'il vous plaît ?
  - Date du diplôme ?
  - Parcours ?

	Objectifs	Questions	Questions de relance
Le jeune enfant	<p>Définir le jeune enfant</p> <p>Comprendre la prise en soins du jeune enfant en pédiatrie</p>	<p>Qu'est-ce qu'un jeune enfant ?</p> <p>Pour vous, la période du jeune enfant correspond à quelle tranche d'âge ?</p> <p>Quelles sont pour vous les spécificités de la prise en charge du jeune enfant ?</p> <p>Est-ce qu'il y a des objets qui sont aidants dans la prise en soin de l'enfant ?</p> <p>Est-ce qu'il y a des attitudes soignantes qui sont facilitantes dans la prise en soin ?</p> <p>Si oui, lesquelles ?</p>	<p>Dans votre pratique professionnelle comment définissez-vous le jeune enfant ?</p> <p>Y a-t-il des composantes propres à la prise en soin du jeune enfant ?</p> <p>Quelles postures adopter pour faciliter les soins prodigués à l'enfant ?</p>
Prise en soins tripartite du jeune enfant	<p>Identifier la place des parents au sein de la relation tripartite dans les soins prodigués à leur enfant</p>	<p>Quelle place occupe les parents selon vous dans la relation de soin ?</p>	<p>Sont-ils le plus souvent, acteurs ou bien spectateurs des soins faits à leur enfant ?</p>

	<p>Évaluer l'importance de leur présence dans la prise en soins de leur enfant</p>	<p>Comment intégrez-vous les parents aux soins ?</p> <p>Comment instaurez-vous une relation triangulaire dans un contexte de soin ?</p> <p>Avez-vous déjà été dans l'incapacité d'intégrer les parents dans les soins faits à leur enfant ?</p> <p>Si oui dans quels cas ?</p> <p>Quelle est la plus-value du parent dans les soins ?</p>	<p>Quels rôles donnez-vous aux parents lors des soins de leur enfant ?</p> <p>Comment mettez-vous en place une relation triangulaire incluant les parents dans un contexte de soins ?</p> <p>Est-ce qu'il est toujours possible au parent d'être intégré dans les soins ?</p> <p>Pouvez-vous illustrer votre réponse par un exemple ?</p> <p>Que vous apportent les parents selon vous dans la prise en soins de l'enfant ?</p>
<p>La distraction en pédiatrie</p>	<p>Préciser l'intérêt de la distraction dans les soins aux jeunes enfants</p> <p>Identifier le rôle des parents dans la stratégie de distraction mise en place</p>	<p>Dans quelle mesure la distraction est-elle essentielle selon vous dans les soins ?</p> <p>Comment vous y prenez-vous pour distraire l'enfant pendant les soins ?</p> <p>Dans la stratégie de distraction quelle place peuvent occuper les parents ?</p> <p>Est-ce que les IDE et puéricultrices sont les seules à utiliser la distraction ?</p>	<p>Quelle place accordez-vous à la distraction dans les soins ?</p> <p>Quels moyens utilisez-vous pour distraire les jeunes enfants ?</p> <p>Quel rôle ont les parents dans la distraction de leur enfant selon vous ?</p> <p>Est-ce que d'autres professionnels de santé utilisent la distraction ?</p>

Merci de votre disponibilité et de vos réponses au cours de cet entretien.

Notre échange va me permettre de poursuivre l'élaboration de mon mémoire.

## Annexe III : Entretiens retranscrits

### Entretien n°1 :

Camille : « Bonjour, je m'appelle Camille CONTE, je suis étudiante infirmière en 3<sup>e</sup> année et j'étudie au sein du Pôle de Formation des Professionnels de Santé du CHU de Rennes à Pontchaillou. C'est dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin d'étude que je vous ai sollicitées pour cet entretien, sur la thématique de la prise en soin du jeune enfant. Je vous remercie d'avoir accepté ma demande et de m'accorder de votre temps. La retranscription de cet entretien, sera anonymisée et l'enregistrement sera ensuite détruit.

Êtes-vous d'accord que je vous enregistre ? »

IDE 1 : Oui, sans aucun souci, c'est un plaisir.

Camille : Est-ce que vous pouvez brièvement vous présenter ?

IDE 1 : Ouais...bien sûr, alors je suis A\*\* je suis infirmière puéricultrice. J'ai fait ma formation d'infirmière en 2009-2012, et je suis diplômée puéricultrice de décembre 2013. J'avais travaillé un peu en tant qu'infirmière entre les deux et après je suis rentrée au CHU. J'ai travaillé principalement en réa néonatal et puis ici aux urgences pédiatriques. Et je suis en poste ici depuis septembre 2021.

Camille : Ok, très bien. Premièrement, je vais vous poser des questions sur la prise en soins du jeune enfant dans sa globalité. Pour vous, qu'est-ce qu'un jeune enfant ?

IDE 1 : Tu veux dire en termes d'âge ? En termes d'acquisitions ?

Camille : Oui

IDE 1 : Pour moi, le jeune enfant je dirais que ça va jusqu'à six ans voire fin de 6<sup>e</sup> année, je dirais. Au niveau de son développement psychomoteur bien sûr et au niveau cognitif car le jeune enfant il va falloir lui expliquer les choses d'une manière différente par rapport aux grands pour qu'il puisse adhérer aux soins et comprendre.

Camille : Donc pour vous, la période du jeune enfant correspond à quelle tranche d'âge ?

IDE 1 : Le jeune enfant pas nourrisson ?

Camille : Oui, le jeune enfant.

IDE 1 : Le jeune enfant de 0 à 6 ans.

Camille : Ok, quelles sont les spécificités de la prise en charge du jeune enfant ?

IDE 1 : Les spécificités ... Déjà il y a son développement psychomoteur. Un nouveau-né ça va être complètement différent d'un enfant qui marche par exemple. On ne va pas faire les soins de la même manière. Y a aussi forcément au niveau cognitif parce qu'on ne va pas expliquer de la même manière à un enfant nouveau-né ou à un jeune enfant jusqu'à 6-7 ans. On va aussi... comment dire... en dessous d'un certain âge on va lui parler bien sûr mais on va aussi essentiellement parler aux parents pour qu'ils comprennent l'intérêt, ce qui est hyper important pour qu'eux puissent adhérer aux soins parce qu'ils ne voient pas leur enfant adhérer aux soins. Le jeune enfant qui est en mesure de comprendre...donc vers 2-3 ans, donc il reste un jeune enfant si on lui explique et que les parents sont là ils vont voir que leur

enfant adhère aux soins et vont eux aussi adhérer aux soins. En dessous de ces 2-3 ans là il faut que ce soit les parents qui adhèrent aux soins donc on va ... la spécificité quand même du nourrisson de faire intégrer les parents dans le soin. En les rendant acteur par exemple ... Et puis après il y a des spécificités en fonction des handicaps, de la langue des cultures... en fait on a des approches complètement différentes en fonction des langues ou des cultures ou des handicaps... ou tout ce qui par forcément handicap mais de la maladie ou maladie chronique c'est des prises en charge différentes.

Camille : Est-ce qu'il y a des objets qui sont aidants dans la prise en soin du jeune enfant ?

IDE 1 : Au niveau du jeune enfant, je travaille énormément avec l'objet transitionnel. C'est ma manière de commencer le dialogue et d'y intégrer de la confiance. Parce qu'il n'y a pas de secret ça marche mille fois mieux si l'enfant comprend que c'est dans son intérêt. Et que forcément si le doudou adhère aux soins n'y a pas de raison pour qui lui le fasse pas. Donc ouais, l'objet transitionnel pour moi c'est un gros gros outil de travail, je fonctionne beaucoup comme ça.

Camille : Parfait ! Est-ce qu'il y a des attitudes soignantes qui sont facilitantes dans la prise en soin de l'enfant ? Si oui, lesquelles ?

IDE 1 : Des attitudes soignantes... alors moi j'arrive toujours avec le sourire, la voix enjouée, l'entrain... Ici, elles sont super bien formées... moi c'est en cours de formation parce que je suis là depuis 1 an et demi... elles sont super bien formée à la distraction, et ça aussi c'est un outil de travail qui est fantastique parce, qu'au-delà de demander l'adhésion aux soins de l'enfant il faut que l'adhésion persiste dans le temps. Déjà pour les fois d'après... parce qu'il sera amené à être de nouveau hospitalisé au cours de sa vie. Mais aussi sur le long terme... dans les 5 minutes qui suivent un enfant peut changer d'avis... Donc en fait la distraction va permettre de faire adhérer et de diminuer la douleur. La distraction et le jeu... là on a des cartes où les enfants doivent travailler, doivent trouver les animaux, donc on fait travailler les parents aussi... il y a les bulles, il y a les chants, les jeux avec du bruit pour les plus petits. Voilà...

Camille : Ok, maintenant concernant la prise en soin tripartite du jeune enfant, quelle place occupe les parents selon vous dans la relation de soin ?

IDE 1 : Une place à parts égales entre le soignant et les parents auprès de l'enfant. Un soin ne se ne passera jamais bien si les parents ne comprennent pas l'intérêt du soin... l'enfant aussi bien sûr... mais c'est vraiment à parts égales... on est vraiment tous les trois à parts égales dans le soin. C'est ça la difficulté de notre métier c'est de faire adhérer les parents à un soin qui est dans l'intérêt de l'enfant certes mais eux le comprennent pas forcément de cette manière-là. Il faut qu'ils comprennent aussi ce qu'on fait... Parce que la douleur de voir son enfant avoir mal, c'est compliqué pour un parent.

Camille : Sont-ils le plus souvent, acteur ou bien spectateur des soins faits à leur enfant ?

IDE 1 : On a remarqué que ça se passait beaucoup mieux quand ils étaient acteurs. Donc c'est pour ça qu'ici il y a qu'un soin où on leur demande de sortir surtout pour des questions d'hygiène c'est les ponctions lombaires. Le reste en fait on va leur demander à ce qu'ils soient acteurs, soit en donnant le sucre pour les tous petits ou en leur tenant la main, leur chantant des chansons... parce qu'on connaît pas les chansons qu'ils aiment bien entendre... ou en jouant avec eux avec les cartes pour trouver les animaux. En fait, on essaye toujours d'être acteur, au moins un des deux. Souvent, on a les deux parents qui veulent être auprès de leur enfant ou alors un des deux qui en profite pour sortir et ils se donnent le relai. Mais en les faisant participer et être acteur du soin, on voit qu'on a plus d'adhésion... plutôt qu'ils soient derrière la porte à entendre les cris et s'imaginer tout et n'importe quoi.

Camille : Comment intégrez-vous les parents au soin ?

IDE 1 : Une fois qu'on a expliqué ce que l'on allait faire, le pourquoi, le combien de temps ça va durer et de quelle manière ça va se passer ... les parents ont alors un quadrillage du soin, ils savent comment ça va se passer et l'enfant aussi, il a bien compris ce qu'il va se passer surtout s'il est en mesure de comprendre... vers 2-3 ans déjà c'est possible. On n'explique pas de la même manière à un nouveau-né mais on explique quand même les choses. Donc voilà, une fois qu'on a expliqué, on fait en sorte que chacun ait sa place pour ne pas qu'on s'embête les uns et les autres...c'est toujours comme ça qu'on fait. On fait en sorte qu'ils soient bien installés...qu'ils soient assis par exemple...parce que moi je suis assise par exemple pour réaliser une prise de sang, donc les parents ont le droit d'être bien installés aussi. Et puis, on leur demande d'être acteur pour les plus petits au niveau du sucre parce qu'en plus c'est quelque chose d'agréable pour l'enfant...le sucre et la tétine ça crée des endorphines donc c'est encore mieux quand c'est papa et maman qui donnent. Sinon souvent on leur demande d'être à la tête de leur enfant, comme ça il les voit vraiment bien, il entend bien leur voix, ils n'ont pas besoin de crier, ils peuvent chanter des chansons douces à l'oreille ce genre de choses. Ou alors carrément ils jouent avec eux ils disent : « ah bas ouais moi j'ai trouvé la tortue...est ce que tu l'a trouvée ? ». Voilà, ils jouent vraiment avec eux et enfaite nous ça nous permet de participer mais pas d'être acteur de la distraction, puisque c'est eux qui font la distraction. On les aiguille quand il faut chanter ou quoi parce qu'il y a toujours un petit coup de mou et voilà...ils sont acteurs de ce côté distraction.

Camille : Comment instaurez-vous une relation triangulaire dans un contexte de soin ?

IDE 1 : Assez naturellement, parce qu'à partir du moment où on ne les fait pas sortir de la pièce...il vaut mieux les avoir en face de nous ces parents plutôt que derrière nous parce que ça peut être un regard pesant parce qu'ils ne nous voient pas faire donc ils cherchent ect...Et puis on leur explique comment ça va se passer où ils peuvent se mettre et souvent ils sont contents d'avoir un rôle dans le soin.

Camille : Avez-vous déjà été dans l'incapacité d'intégrer les parents dans les soins faits à leur enfant ? Si oui, dans quels cas ?

IDE 1 : Oui... mais c'est rare...mais il y a toujours des parents qui sont dépassés par la peur de leur enfant par exemple. Il y a des personnes qui ont peur des aiguilles ou de choses comme ça et c'est des peurs qui doivent être prise en compte... Il y a aussi un problème de langue des fois qui fait qu'on ne peut pas leur expliquer de manière concrète et juste comment on va réaliser le soin et quelle place on peut leur donner et de quelle manière ils peuvent être acteur. C'est pour ça que des fois la barrière de la langue limite les possibilités même si maintenant on a des outils, ça a ses limites quand même...C'est surtout ça. C'est rare que des enfants arrivent sans leur parent, mais souvent ce sont des grands et donc on parle plus du jeune enfant.

Camille : Quelle est la plus-value des parents dans les soins ?

IDE 1 : L'adhésion... à partir du moment où on a une adhésion de l'enfant. En fait l'adhésion des parents vont conforter l'adhésion de l'enfant, parce que s'il voit que ses parents sont réfractaires aux soins, y a plus de risques qu'il le soit aussi. Donc en fait la plus-value c'est l'adhésion de l'enfant. Nous on a tout à gagner à inclure les parents...pour limiter la douleur, pour que le soin se fasse vite et bien, que ce soit efficace et fait dans la bonne humeur, parce que c'est possible. Au-delà des antalgiques, il y a aussi la distraction et l'adhésion qui font que ça limite la douleur.

Camille : Dans quelle mesure la distraction est-elle essentielle dans les soins ?

IDE 1 : En pédiatrie, que ce soit pour les petits ou les plus grands on ne peut pas faire le soin sans distraction. Mais même pour les plus grands, la parole et le dialogue font office de distraction. Donc pour l'enfant, le soin ne peut pas être fait sans distraction c'est impossible, on ne peut pas arriver sans discuter et dire : « bonjour, je vous fais la prise de sang » et repartir une fois que la prise de sang est faite... c'est impossible l'enfant ne comprendra pas, ça ne se passera pas bien... la distraction c'est une partie qui ne peut pas se détacher du soin.

Camille : Comment vous-y prenez-vous pour distraire l'enfant pendant les soins ?

IDE 1 : C'est pareil, ça dépend de l'enfant, de son âge, de son développement. C'est vrai que le nouveau-né c'est souvent par le sucre, c'est toujours sympa ça les fait partir un peu. Voilà, il y a la voix de maman avec les chansons de maman ou de papa, parce que les deux ont leur place, c'est 50/50. Il y a les chansons ouais... moi j'aime bien tous ce qui est jeux qui font du bruit ou de la lumière pour les plus petits et quand on passe un petit cap, qu'ils sont en capacité de toucher, on peut faire les bulles... Pour ceux qui sont un peu plus grands on peut faire les cartes où ils doivent chercher et trouver des choses... les anciens « où est Charlie » en fait. Globalement des jeux qui leur demandent de réfléchir et qui les détournent de ce que l'on est en train de faire. Dans la distraction on peut mettre aussi le patch EMLA, ce n'est pas ça qui fait la distraction, c'est juste qu'on soit assuré que si jamais ils sont bien dans leur jeu, grâce au patch EMLA on ne va pas les perturber dans leur jeu. Ce n'est pas de la distraction en soit c'est un médicament mais ça aide à la distraction et ça la favorise.

Camille : Dans la stratégie de distraction quelle place peuvent occuper les parents ?

IDE 1 : C'est là où ils peuvent être le plus acteur possible en fait ! Donc on les fait travailler en fait, les chansons, les comptines, tenir la main, les jeux, les lectures, ça les distrait beaucoup et c'est eux qui font tout ça en fait.

Camille : Est-ce que les IDE et puéricultrices sont les seules à utiliser la distraction ?

IDE 1 : Non, il y a les auxiliaires aussi qui sont dedans. Et c'est pour cela qu'elles nous suivent dans nos soins et qu'on fait un réel binôme. C'est elle qui coordonne la distraction. Les médecins en font beaucoup aussi lors de leurs auscultations, c'est pour ça qu'il y a toujours plein de crayons dans la poche des médecins, des crayons avec des têtes rigolotes, pour que l'enfant puisse jouer et être distrait pendant qu'il y a une auscultation. Je pense qu'on le fait tous parce qu'on y voit un réel intérêt, plus le soin se passera au mieux plus il en aura un meilleur souvenir et plus ça fera de meilleur patient plus tard, d'où l'importance de la distraction...

Camille : Ok parfait, je n'ai plus de questions. As-tu quelques choses à rajouter ?

IDE 1 : Non je pense que et j'espère avoir pu répondre à tes questions.

Camille : Oui ça me semble complet, merci encore pour ta disponibilité et tes réponses.

## Entretien n°2 :

Camille : « Bonjour, je m'appelle Camille CONTE, je suis étudiante infirmière en 3<sup>e</sup> année et j'étudie au sein du Pôle de Formation des Professionnels de Santé du CHU de Rennes à Pontchaillou. C'est dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin d'étude que je vous ai sollicitées pour cet entretien, sur la thématique de la prise en soin du jeune enfant. Je vous remercie d'avoir accepté ma demande et de m'accorder de votre temps. La retranscription de cet entretien, sera anonymisé et l'enregistrement sera ensuite détruit.

Êtes-vous d'accord que je vous enregistre ?

IDE 2 : Oui pas de problème.

Camille : Alors, est ce que vous pouvez vous présenter pour commencer ?

IDE 2 : Je suis diplômée infirmière de 1991, puéricultrice 1994. J'ai travaillé un petit peu...parce qu'à l'époque on ne pouvait pas passer le diplôme de puer tout de suite. Donc j'ai fait des remplacements, j'ai travaillé en maison de retraite et j'ai refait des remplacements sur St M\*\*\*, puis j'ai travaillé en clinique sur B\*\*\* et je suis rentrée en école de puer. Aux sorties de l'école de puer, j'ai travaillé en réanimation à B\*\*\*, jusqu'en 1997, où je suis arrivée sur R\*\*\* et j'ai fait de l'hémato, de l'hôpital de jour, les grands enfants, nourrissons...les urgences c'était vraiment un tout petit service à l'époque. Puis j'ai travaillé aux nourrissons pendant 4-5 ans et depuis je suis aux urgences pédiatriques. Quand je suis arrivée ce n'était pas si grand que ça parce qu'on avait que la médecine et pas la chirurgie et on tournait toutes au niveau du poste de CASED, la maltraitance. En 2009, quand l'équipe s'est agrandie, j'ai postulé pour le poste de CASED en plus de celui des urgences, et là on est 4 à tourner sur ce poste-là.

Camille : Ok parfait merci beaucoup. Maintenant je vais vous poser mes questions. Pour vous qu'est-ce qu'un jeune enfant ?

IDE 2 : Jeune enfant, par exemple si on prend les critères de l'hôpital, aux nourrissons c'est 0-4 ans. Après 4 ans c'est un petit peu juste quand on se retrouve au niveau des grands mais 0-4 ans c'est déjà pas mal.

Camille : D'accord, donc pour vous la période du jeune enfant correspond à quelle tranche d'âge ?

IDE 2 : Je dirais 0-4 ans pour moi c'est ça le jeune enfant.

Camille : D'accord très bien, quelles sont pour vous les spécificités de la prise en charge du jeune enfant ?

IDE 2 : Alors...quel que soit l'âge de l'enfant on prend l'enfant en charge avec ses parents, ça c'est hyper important et ça a vachement évolué par rapport à ce que j'ai connu au tout départ. Les parents étaient mis un peu de côté, alors que là ils sont vraiment inclus dans la prise en charge de leur enfant. C'est eux qui connaissent le mieux leur enfant. Après c'est vrai que... c'est rare que je dise aux parents de sortir pendant les soins c'est très très exceptionnel. C'est vraiment si je sens le parent trop stressé...je leur donne la permission de rester ou pas. C'est-à-dire que quand je fais un soin, je leur propose de rester ou sortir...je n'impose jamais rien. S'ils se sentent capable de rester, ils restent, s'ils ne le sentent pas ils peuvent sortir...on n'est pas là pour culpabiliser les gens. Il faut faire en fonction de ce qu'on est capable de faire. L'adhésion des parents c'est

vraiment hyper important, mais malgré tout il faut toujours expliquer le soin que l'on fait à l'enfant quel que soit son âge. Par contre moi je travaille toujours en binôme au niveau des urgences...surtout chez les jeunes enfants...je ne travaille pas sans l'auxiliaire, pour moi c'est impossible. Si on prend par exemple la prise de sang ou la pose de perfusion, on aura mis ce qu'il faut au niveau antalgique c'est-à-dire de l'EMLA, plus ou moins du proto en fonction de l'âge...et l'auxiliaire souvent chante ou amène sur autre chose, donc moi en général je ne parle pas trop pour que vraiment l'enfant soit concentré sur ce que l'auxiliaire ou les parents chantent, pour qu'ils ne s'occupent pas trop trop de moi. Mais c'est vrai que plus le parent adhère avec nous entre guillemets, plus c'est facile.

**Camille :** Est-ce qu'il y a des objets qui sont aidants dans la prise en soin de l'enfant ?

**IDE 2 :** Alors oui, on a aux urgences ce qu'on appelle des sensi-box. On a plein de choses en fonction de l'âge de l'enfant. On peut avoir des objets qui font de la musique, des objets sensoriels qui éveillent l'ouïe, la vue...on a vraiment plein plein de petites choses. Au plafond...alors quand ils sont bébés ça ne sert pas à grand-chose, mais à partir de 2-3 ans on a des dalles au plafond avec des jeux. Quand ils sont plus grands on a aussi des grandes cartes avec des animaux à retrouver et donc là on demande aux parents de nous aider... on a vraiment du matériel pour nous aider...et dans nos poches on a toujours pleins de crayons. Donc ça permet de partir sur une histoire...des fois vers 3-4 ans certains parlent vraiment très bien donc on peut partir sur une histoire, ce qu'ils ont vécu pendant les vacances, et ça permet vraiment de rentrer en contact avec eux. Et même les plus petits, on a des crayons qui peuvent faire un peu de bruit donc ça permet de les occuper vraiment à autre chose que ce qu'on est en train de faire.

**Camille :** Ok, est ce qu'il y a des attitudes soignantes qui sont facilitantes dans la prise en soin ? Si oui, lesquelles ?

**IDE 2 :** Pour moi il faut juste s'adapter à ce qu'est l'enfant. Déjà, je pense qu'on fait toutes pareil on se présente à l'enfant, aux parents, ça c'est le minimum. Et après moi vraiment j'explique tout ce que je fais. Des fois, il y a des enfants qui ne veulent pas trop qu'on leur explique ou qu'on les prévienne mais ils sont plus grands ce n'est pas des jeunes enfants. Le fait d'avoir aussi une bonne entente avec les parents et la collègue avec qui tu travailles ça facilite grandement pour la réalisation du soin et la prise en charge de l'enfant.

**Camille :** Concernant la présence parentale dans les soins, quelle place occupent les parents selon vous dans la relation de soin ?

**IDE 2 :** Elle est vraiment primordiale pour moi. Et même, les médecins maintenant ont changé leur fusil d'épaule car avant la réalisation d'une ponction lombaire c'était les parents dehors, alors que maintenant c'est plus systématique, ça dépend des médecins, mais je trouve que c'est moins systématique qu'avant. Après, je comprends en tant que parents, je pense que c'est un des gestes les plus traumatisants de voir l'aiguille rentrer dans le dos. Mais ils peuvent rester sans regarder c'est forcément facilitant. D'une manière générale, je trouve que la présence des parents c'est grandement facilitant, sauf exception, mais vraiment je trouve que l'enfant est quand même plus en sécurité, les parents expliquent ce que l'on fait ou sont occupés à distraire l'enfant avec l'auxiliaire...donc je trouve que c'est un grand plus que de les avoir avec nous.

**Camille :** Comment intégrez-vous les parents aux soins ?

**IDE 2 :** Si on amène des petites cartes ou des jeux donc on leur donne, s'il faut tenir le masque pour le protoxyde d'azote, on leur demande s'ils peuvent tenir. Et en même temps on leur dit regarder au plafond il y a des jeux. Enfin, vraiment on les intègre pour qu'ils aient leur place de parents...on ne leur demande pas de faire le soin à notre place ce n'est pas du tout leur rôle mais leur place de parents c'est de rassurer leur enfant, de les distraire pendant que nous on est sur notre soin.

**Camille :** Dans la relation de soin, comment instaurez-vous une relation triangulaire dans un contexte de soin ?

**IDE 2 :** En général, quand ça se passe bien, on se présente à eux en leur expliquant ce que l'on va faire, en leur demandant leur autorisation, s'ils veulent rester ou pas...vraiment il y a des parents qui ne peuvent pas et ça je peux le comprendre donc on ne les culpabilise pas. Dans ce cas on fait avec l'auxiliaire si on pense qu'on a besoin d'une autre personne on va chercher une autre personne mais vraiment moi je propose toujours et après on s'adapte en fonction des personnes...même si c'est rare que les parents ne veuillent pas rester mais ça peut arriver...mais on essaye de les rassurer au maximum en expliquant ce que l'on va faire, pour qu'ils puissent être vraiment concentrés sur leur enfant. Après, il y a des soins qui sont plus ou moins traumatisants, tout ce qui est sondage, notamment chez les enfants qui ont des antécédents d'infection urinaire on le fait systématiquement presque donc souvent c'est annoncé par l'infirmière d'accueil pour préparer l'enfant et les parents surtout si l'enfant n'est pas encore propre...parce que poser « x » poches toutes les heures chez ces petits c'est juste insupportable. Mais je dirais que surtout pour les papas de petits garçons, ils se mettent à la place de leur enfant et donc ce n'est pas toujours facile...donc chez les tous petits on fait téter du sucre et chez les plus grands on peut proposer du proto...en sachant qu'avant 4 ans c'est un peu tout ou rien ou ça marche super bien ou ça marche pas du tout, mais il faut essayer. Donc voilà les parents, c'est en fonction de qu'ils veulent et ce qu'ils peuvent supporter.

**Camille :** Avez-vous déjà été dans l'incapacité d'intégrer les parents dans les soins faits à leur enfant ?

**Si oui dans quels cas ?**

**IDE 2 :** Ça peut arriver...mais c'est vraiment extrêmement rare. C'est dans des cas où les parents sont déjà très virulents à l'entrée et donc si on ne peut pas avancer on est obligé de les faire sortir...parce que l'urgence prime sur leur état à eux. Après on les reprend après...mais c'est quand même exceptionnel. Après je me souviens, il y a pas longtemps, un papa, il y avait beaucoup d'attente...et on peut comprendre qu'ils soient excédés mais nous on y peut rien on reste hyper correctes et comme il était de couleur il nous a traités de raciste alors que c'est une collègue de couleur qui l'a installé ce n'est même pas moi... et après je le préviens que je vais faire un prélèvement covid, que ce n'est pas agréable, que je ne vais jamais très loin mais qu'il faut quand même que j'y aille un peu...il m'a hurlé dessus et là j'ai dû lui dire que c'était pas possible qu'il pouvait pas me crier dessus...mais c'est dommage parce que ça crée de la tension mais c'est vraiment très rare.

**Camille :** D'accord, quelle est la plus-value du parent dans les soins ?

**IDE 2 :** Et bien, je pense que malgré tout l'enfant est quand même plus détendu parce qu'il est en confiance, les parents sont là...c'est eux qui connaissent le mieux leur enfant, qui savent ce qui le rassure. Les enfants qui ont des maladies chroniques et qui ont des soins réguliers...ils savent ce

qui marche et ce qui ne marche pas. Ils vont nous dire « l'EMLA ça ne sert à rien il faut mettre du protoxyde » ou alors « il faut piquer plutôt là », et moi je les écoute parce qu'ils connaissent très très bien leur enfant et ils sont d'une aide vraiment indispensable. Et si on veut que ça se passe bien, il faut vraiment écouter ce qu'ils ont à nous dire.

**Camille :** Concernant la distraction, dans quelle mesure la distraction est-elle essentielle selon vous dans les soins ?

**IDE 2 :** Tout le temps, sauf urgence vitale, quand l'enfant n'est pas bien, mais sinon la distraction c'est tout le temps. On va mettre les antalgiques qu'il faut c'est normal, mais chez les jeunes enfants c'est tout le temps. Les enfants, de toutes manières, par le jeu ils apprennent énormément. Et, comme chez les adultes, quand on arrive à déplacer l'attention sur autre chose que ce qu'on va faire, ça se passe beaucoup mieux pour eux.

**Camille :** Comment vous y prenez-vous pour distraire l'enfant pendant les soins ?

**IDE 2 :** Ce que je te disais moi je ne parle pas beaucoup, je vais chanter s'ils chantent, mais s'ils discutent je ne vais pas intervenir c'est vraiment l'auxiliaire et les parents qui focalisent. Donc ça peut être l'histoire, les chansons, tout ce qui est sensoriel, jouets pour la vue, l'audition...fin on a vraiment plein plein de choses. Chez les tous petits par exemple s'il y a une suture à faire et qu'on sait qu'il y a besoin que d'une agrafe on les fait tamponner sur une feuille et on profite d'un moment où il tamponne fort fort pour poser l'agrafe et il ne va rien sentir parce qu'il sera focalisé sur son activité.

**Camille :** Dans la stratégie de distraction quelle place peuvent occuper les parents ?

**IDE 2 :** On leur donne leur place...en leur donnant les jeux et les outils pour qu'ils puissent accompagner leur enfant...et on est là pour les accompagner si besoin. Mais de manière générale, les parents on les laisse faire et nous on fait notre soin et c'est eux qui gèrent leur enfant.

**Camille :** Est-ce que les IDE et puéricultrices sont les seules à utiliser la distraction ?

**IDE 2 :** Non non, les auxiliaires, les médecins, les chirurgiens ça dépend ce n'est pas toujours évident parce qu'ils ont l'habitude de travailler sur des gens endormis. Mais nous on fait attention à tout ça, à ce que tout soit bien respectée...mais c'est vraiment au niveau des urgences une pratique qui est ancrée ne serait-ce que quand tu es d'accueil, la distraction elle commence ici. Souvent on a des petits objets avec des bulles, de jolis crayons pour pouvoir prendre les constantes par exemple parce que même si on fait absolument pas mal, on les embête parce qu'on tient leur main et on les immobilise et donc ce n'est pas agréable pour eux...donc on a vraiment partout des petits moyens de rendre le geste moins désagréable et que l'enfant ne pleure pas trop ou ne soit pas trop stressé peu importe le geste qu'on est en train d'effectuer.

**Camille :** C'est parfait j'ai terminé, avez-vous quelque chose à rajouter ?

**IDE 2 :** Non c'est bon pour moi.

**Camille :** Merci beaucoup de m'avoir accordé de votre temps et d'avoir répondu à mes questions.

**IDE 2 :** Merci à toi.

## Annexe IV : Tableaux d'analyse

IDE 1 / IDE 2

**Objectif :** Définir le jeune enfant et comprendre sa prise en soin.

Le jeune enfant			
Définition et tranche d'âge	Caractéristiques	Prise en soins	
		Grands principes	Posture soignante
<p>« Pour moi le jeune enfant je dirais que ça va jusqu'à six ans voire fin de 6<sup>e</sup> année » (I 21)</p> <p>« Le jeune enfant de 0 à 6 ans. » (I 28)</p> <p>« <b>Jeune enfant [...] c'est 0-4 ans.</b> » (I 25)</p> <p>« <b>Je dirais 0-4 ans pour moi c'est ça le jeune enfant</b> »(I 30)</p>	<p>« Au niveau de son développement psychomoteur bien sûr et au niveau cognitif car le jeune enfant il va falloir lui expliquer les choses d'une manière différente par rapport aux grands pour qu'il puisse adhérer aux soins et comprendre. » (I 21-24)</p> <p>« Déjà il y a son développement psychomoteur un nouveau-né ça va être complètement différent d'un enfant qui marche par exemple. » (I 30-31)</p> <p>« Il y a aussi forcément au niveau cognitif parce qu'on ne va pas expliquer de la même manière à un enfant nouveau-né ou à un jeune enfant jusqu'à 6-7 ans. » (I 32-33)</p>	<p>« [...] en dessous d'un certain âge on va lui <b>parler</b> bien sûr mais on va aussi essentiellement <b>parler</b> aux parents pour qu'ils comprennent l'intérêt, ce qui est hyper important, pour qu'eux puissent <b>adhérer</b> aux soins parce qu'ils ne voient pas leur enfant <b>adhérer</b> aux soins. » (I 33-36)</p> <p>« Le jeune enfant qui est en mesure de comprendre... donc vers 2-3 ans, donc il reste un jeune enfant si on lui <b>explique</b> et que les parents sont là ils vont voir que leur enfant <b>adhère</b> aux soins et vont eux aussi <b>adhérer</b> aux soins » (I 36-38)</p> <p>« En dessous de ces 2-3 ans là il faut que ça soit les parents qui <b>adhèrent</b> aux soins » (I 38-39)</p>	<p>« [...] alors moi j'arrive toujours avec le sourire, la voix enjouée, l'entraîn... » (I 53-54)</p> <p>« <b>Déjà, je pense qu'on fait toutes pareil on se présente à l'enfant, aux parents, ça c'est le minimum.</b> » (I 66-67)</p> <p>« [...] après moi vraiment j'explique tout ce que je fais. » (I 67-68)</p> <p>« [...] avoir aussi une bonne entente avec les parents et la collègue avec qui tu travailles ça facilite grandement pour la réalisation du soin et la prise en charge de l'enfant. » (I 69-71)</p> <p>« [...] il y a des soins qui sont plus ou moins traumatisants, tout ce qui est sondage, notamment chez les enfants</p>

	<p>« [...] il y a des spécificités en fonction des handicaps, de la langue, des cultures » (I 41)</p> <p>« [...] en fait on a des approches complètement différentes en fonction des langues ou des cultures ou des handicaps... ou tout ce qui est pas forcément handicap mais de la maladie ou maladie chronique c'est des prises en charge différentes. » (I 41 -44)</p> <p><b>« Les enfants de toute manière par le jeu ils apprennent énormément. » (I 135-136)</b></p>	<p><b>« [...] il faut juste s'adapter à ce qu'est l'enfant. » (I 66)</b></p> <p><b>« [...] il faut toujours expliquer le soin que l'on fait à l'enfant quel que soit son âge. » (I 42-43)</b></p> <p>« [...] on a expliqué ce que l'on allait faire, le pourquoi, le combien de temps ça va durer et de quelle manière ça va se passer [...] l'enfant [...] a bien compris ce qu'il va se passer surtout s'il est en mesure de comprendre... vers 2-3 ans déjà c'est possible. » (I 82-85)</p> <p>« On n'explique pas de la même manière à un nouveau-né mais on explique quand même les choses. » (I 85-86)</p>	<p><b>qui ont des antécédents d'infection urinaire on le fait systématiquement presque, donc souvent c'est annoncé par l'infirmière d'accueil pour préparer l'enfant et les parents surtout si l'enfant n'est pas encore propre [...] » (I 99-102)</b></p>
--	--	--	--

**Objectif : Identifier la place des parents dans une prise en soin triangulaire et évaluer l'importance de leur présence.**

Les parents				
Évolution de la place des parents dans les soins		Présence des parents dans les soins		
Avant	Maintenant	Généralités	Limite à la présence des parents dans les soins	
		« Quel que soit l'âge de l'enfant on prend l'enfant en charge avec ses	Causes diverses	Soins particuliers
			« [...] c'est rare que je dise aux parents de	« Après je comprends en tant que parents je

<p>« Les parents étaient mis un peu de côté » (135)</p> <p>« Et même les médecins maintenant ont changé leur fusil d'épaule car avant la réalisation d'une ponction lombaire c'était les parents dehors » (174-75)</p>	<p>« ça a vachement évolué par rapport à ce que j'ai connu au tout départ. » (134)</p> <p>« [...] ils sont vraiment inclus dans la prise en charge de leur enfant » (135-36)</p> <p>« [...] alors que maintenant c'est plus systématique, ça dépend des médecins, mais je trouve que c'est moins systématique qu'avant. » (176-77)</p>	<p>parents, ça c'est hyper important » (133-34)</p> <p>« C'est-à-dire que quand je fais un soin, je leur propose s'ils veulent rester ou sortir...je n'impose jamais rien. » (138-39)</p> <p>« S'ils se sentent capables de rester, ils restent » (140)</p> <p>« Une place à parts égales entre le soignant et les parents auprès de l'enfant. » (165)</p> <p>« [...] s'ils ne le sentent pas ils peuvent sortir » (140)</p> <p>« [...] on est vraiment tous les trois à parts égales dans le soin. » (167)</p> <p>« Souvent on a les deux parents qui veulent être auprès de leur enfant ou alors un des deux qui profite pour sortir et ils se donnent le relai. » (177-79)</p> <p>« [...] parce que les deux ont leur place, c'est 50/50. » (1132-133)</p>	<p>sortir pendant les soins c'est très très <b>exceptionnel</b>. C'est vraiment si je sens le parent trop stressé...je leur donne la permission de rester ou pas. » (137-38)</p> <p>« C'est ça la difficulté de notre métier c'est de faire adhérer les parents à un soin qui est dans l'intérêt de l'enfant certes mais eux le comprennent pas forcément de cette manière-là il faut qu'ils comprennent aussi ce qu'on fait...Parce que la douleur de voir son enfant avoir mal, c'est compliqué pour un parent. » (167-70)</p> <p>« [...] mais c'est <b>rare</b>...mais il y a toujours des parents qui sont dépassés par la peur de leur enfant » (1107-108)</p> <p>« Il y a aussi un problème de langue des fois qui fait qu'on ne peut pas leur expliquer de manière concrète et juste comment</p>	<p>pense que c'est un des gestes les plus traumatisants de voir l'aiguille rentrer dans le dos. » (177-78)</p> <p>« [...] il y a qu'un soin où on leur demande de sortir surtout pour des questions d'hygiène c'est les ponctions lombaires. » (173-74)</p> <p>« Il y a des personnes qui ont peur des aiguilles ou de choses comme ça et c'est des peurs qui doivent être prise en compte... » (1108-109)</p> <p>« [...] je dirais que surtout pour les papas de petits garçons, ils se mettent à la place de leur enfant et donc ce n'est pas toujours facile [...]» (1103-105)</p>
--	--	---	---	---

		<p><b>« [...] les parents c'est en fonction de qu'ils veulent et ce qu'ils peuvent supporter. » (I 107-108)</b></p>	<p>on va réaliser le soin et qu'elle place on peut leur donner et de qu'elle manière ils peuvent être acteur. » (I 109-111)</p> <p>« [...] des fois la barrière de la langue limite les possibilités même si maintenant on a des outils, ça a ses limites quand même... » (I 111-113)</p> <p><b>« Ça peut arriver...mais c'est vraiment extrêmement rare. » (I 112)</b></p> <p><b>« C'est dans des cas où les parents sont déjà très virulents à l'entrée et donc si on ne peut pas avancer on est obligé de les faire sortir...parce que l'urgence prime sur leur état à eux. » (I 112-114)</b></p>	
--	--	---	--	--

			« [...] mais c'est quand même <b>exceptionnel</b> . » (l 114-115)	
			<b>3</b>	<b>2</b>
		<b>3</b>	5	

Intégration des parents dans les soins				
Plus-value à leur intégration dans les soins		Posture soignante		Rôle des parents dans les soins
Connaissance de leur enfant	Adhésion aux soins	Facilite la prise en soin	« Et puis on leur <b>explique</b> comment ça va se passer où ils peuvent se mettre » (1 100-101)	« [...] <b>les parents expliquent ce que l'on fait où sont occupés à distraire l'enfant avec l'auxiliaire...</b> » (1 81-82)
« C'est eux qui connaissent le mieux leur enfant. » (1 36)	« C'est vrai que plus le parent adhère avec nous entre guillemets, plus c'est facile. » (1 49-50)	« Elle est vraiment primordiale pour moi. » (1 74)	« [...] on n'est pas là pour culpabiliser les gens il faut faire en fonction de ce qu'on est capable de faire. » (1 40-41)	« [...] s'il faut tenir le masque pour le protoxyde d'azote, on leur demande s'ils peuvent tenir. [...] »
« [...] l'enfant est quand même plus détendu parce qu'il est en confiance, les parents sont là...c'est eux qui connaissent le mieux leur enfant, qui savent ce qui les rassure. » (1 124-126)	« L'adhésion... [...] » (1 116)	« [...] ils peuvent rester sans regarder c'est forcément facilitant. » (1 78-79)	« [...] à partir du moment où on ne les fait pas sortir de la pièce...il vaut mieux les avoir en face de nous ces parents que derrière nous parce que ça peut être un regard pesant parce qu'ils ne nous voient pas faire donc ils cherchent ect...Et puis on leur <b>explique</b> comment ça va se passer où ils peuvent se mettre [...] » (1 101-104)	« On a remarqué que ça se passait beaucoup mieux quand ils étaient acteurs. » (1 72)
	« En fait l'adhésion des parents va conforter l'adhésion de l'enfant [...] » (1 116-117)	« D'une manière générale, je trouve que la présence des parents c'est grandement facilitant, [...] l'enfant est quand même plus en sécurité [...] donc je trouve que c'est un grand plus que de les avoir avec nous. » (1 79 – 82)	« [...] on a <b>expliqué</b> ce que l'on allait faire, le pourquoi, le combien de temps ça va durer et de quelle manière ça va se passer ... les parents ont alors un quadrillage du soin, ils savent comment ça va se passer [...] » (1 82-84)	« Mais en les faisant participer et être acteur du soin, on voit qu'on a plus d'adhésion... plutôt qu'ils soient derrière la porte à entendre les cris et s'imaginer tout et n'importe quoi. » (1 79-80)
	« Donc en fait la plus-value c'est l'adhésion de l'enfant, nous on a tout à gagner à inclure les parents...pour limiter la douleur, pour que le soin se fasse vite et bien, que ce soit efficace et fait dans la		« [...] on fait en sorte que chacun ait sa place pour ne pas qu'on s'embête les uns et les autres...c'est toujours comme ça qu'on fait. » (1 86-88)	« [...] leur place de parents c'est de rassurer leur enfant de les distraire pendant que nous on est sur notre soin. » (1 84-89)
			« On fait en sorte qu'ils soient bien installés...qu'ils soient assis par exemple...parce que moi je suis assise par	

<p>« <b>Les enfants qui ont des maladies chroniques et qui ont des soins réguliers...ils savent ce qui marche et ce qui ne marche pas ils vont nous dire</b> » (l 126-127)</p>	<p>bonne humeur, parce que c'est possible » (l 118-120)</p> <p>« <b>Mais c'est vrai que plus le parent adhère avec nous entre guillemets, plus c'est facile.</b> » (l 49-50)</p> <p>« <b>L'adhésion des parents c'est vraiment hyper important</b> » (l 42)</p>		<p>exemple pour réaliser une prise de sang, donc les parents ont le droit d'être bien installés aussi. »(l 88-90)</p> <p>« [...] <b>on demande aux parents de nous aider...</b> »(l 57)</p> <p>« <b>Enfin vraiment on les intègre pour qu'ils aient leur place de parents...on ne leur demande pas de faire le soin à notre place ce n'est pas du tout leur rôle [...]</b> »(l 86-87)</p> <p>« [...] <b>on est là pour les accompagner si besoin.</b> » (l 148)</p> <p>« [...] <b>je les écoute parce qu'ils connaissent très très bien leur enfant et ils sont d'une aide vraiment indispensable.</b> » (l 28-29)</p> <p>« [...] <b>si on veut que ça se passe bien il faut vraiment écouter ce qu'ils ont à nous dire.</b> » (l 129-130)</p> <p>« [...] <b>quand ça se passe bien, on se présente à eux en leur expliquant ce que l'on va faire, en leur demandant leur autorisation, s'ils veulent rester ou pas...vraiment il y a des parents qui ne peuvent pas et ça je peux le comprendre donc on ne les culpabilise pas.</b> » (l 92-94)</p> <p>« [...] <b>je propose toujours et après on s'adapte en fonction des personnes [...] mais on essaye de les rassurer au maximum en expliquant ce que l'on va faire, pour qu'ils puissent être vraiment concentrés sur leur enfant</b> » (l 96-99)</p>	
			<p><b>5</b></p>	

**Objectif : Préciser l'intérêt et l'importance de la distraction dans le soin au jeune enfant et le rôle des parents dans l'utilisation de cette dernière.**

La distraction			
Grands principes	Outils / moyens	Plu valu dans le soin	Autre moyen
<p>« En pédiatrie, que ce soit pour les petits ou les plus grands on ne peut pas faire le soin sans distraction. » (l 123-124)</p> <p>« Donc pour l'enfant, le soin ne peut pas être fait sans distraction c'est impossible, on ne peut pas arriver sans discuter et dire : « bonjour, je vous fais la prise de sang » et repartir une fois que la prise de sang est faite... c'est impossible l'enfant ne comprendra pas, ça ne se passera pas bien... » (l 124-127)</p> <p>« [...] la distraction c'est une partie qui ne peut pas se détacher du soin. » (l 127-128)</p> <p>« Globalement des jeux qui leur demandent de réfléchir et qui les</p>	<p>« Au niveau du jeune enfant, je travaille énormément avec l'objet transitionnel. » (l 46)</p> <p>« Donc ouais, l'objet transitionnel pour moi c'est un gros gros outil de travail, je fonctionne beaucoup comme ça » (l 49-50).</p> <p>« C'est pareil, ça dépend de l'enfant, de son âge, de son développement. » (l 130)</p> <p>« [...] le nouveau-né c'est souvent par le sucre c'est toujours sympa ça les fait partir un peu. » (l 130-131)</p> <p>« Voilà, il y a la voix de maman avec les chansons de maman ou de papa [...] » (l 131-132)</p> <p>« Il y a les chansons [...] » (l 133)</p> <p>« [...] j'aime bien tous ce qui est jeux qui font du bruit ou de la lumière pour les plus petits et quand on passe un petit cap qui sont en capacité de toucher on peut faire les bulles... » (l 133-135)</p>	<p>« C'est ma manière de commencer le dialogue et d'y intégrer de la confiance. » (l 46-47)</p> <p>« Parce qu'il n'y a pas de secret ça marche mille fois mieux si l'enfant comprend que c'est dans son intérêt. Et que forcément si le doudou adhère aux soins n'y a pas de raison pour qui lui le fasse pas. » (l 47-49)</p> <p>« Au-delà des antalgiques il y a aussi la distraction [...] qui font que ça limite la douleur. » (l 120-121)</p> <p><b>« [...] on a vraiment du matériel pour nous aider... » (l 57-58)</b></p> <p><b>« [...] ça permet vraiment de rentrer en contact avec eux. » (l 60-61)</b></p>	<p>« Dans la distraction on peut mettre aussi le patch EMLA ce n'est pas ça qui fait la distraction, c'est juste qu'on soit assuré que si jamais ils sont bien dans leur jeu, grâce au patch EMLA on ne va pas les perturber dans leur jeu. » (l 137-139)</p> <p>« Ce n'est pas de la distraction en soit c'est un médicament mais ça aide à la distraction et ça la favorise. » (l 139-140)</p>

<p>détournent de ce que l'on est en train de faire. » (l 133-134)</p> <p>« [...] c'est un outil de travail qui est fantastique parce qu'au-delà de demander l'adhésion aux soins de l'enfant il faut que l'adhésion persiste dans le temps. » (l 55-57)</p> <p>« Déjà pour les fois d'après... parce qu'il sera amené à être de nouveau hospitalisé au cours de sa vie. Mais aussi sur le long terme... dans les 5 minutes qui suivent un enfant peut changer d'avis... Donc enfaite la distraction va permettre de faire adhérer et de diminuer la douleur. » (l 57-62)</p> <p>« Si on prend par exemple la prise de sang ou la pose de perfusion, on aura mis ce qu'il faut au niveau antalgique c'est-à-dire de l'EMLA, plus ou moins du proto en fonction de l'âge... »(l 45-47)</p> <p>« [...] mais c'est vraiment au niveau des urgences une pratique qui est ancrée ne serait-ce que quand tu es</p>	<p>« Pour ceux qui sont un peu plus grands on peut faire les cartes où ils doivent chercher et trouver des choses... les anciens « où est Charlie » en fait. » (l 135-136)</p> <p>« La distraction et le jeu... là on a des cartes où les enfants doivent travailler, doivent trouver les animaux [...] » (l 60-61)</p> <p>« [...] on a aux urgences ce qu'on appelle des sensi-box, on a plein de choses en fonction de l'âge de l'enfant. On peut avoir des objets qui font de la musique, des objets sensoriels qui éveillent l'ouïe, la vue[...] » (l 52-54)</p> <p>« [...] à partir de 2-3 ans on a des dalles au plafond avec des jeux. » (l 55-56)</p> <p>« Quand ils sont plus grands on a aussi des grandes cartes avec des animaux à retrouver » (l 56-57)</p> <p>« [...] dans nos poches on a toujours pleins de crayons. »(l 58)</p> <p>« Donc ça permet ou de partir sur une histoire...des fois vers 3-4 ans certains parlent vraiment très bien donc on peut partir sur une histoire, ce qu'ils ont vécu pendant les vacances [...] » (l 58-60)</p> <p>« [...] les plus petits, on a des crayons qui peuvent faire un peu de bruit » (l 61-62)</p>	<p>« [...] ça permet de les occuper vraiment à autre chose que ce qu'on est en train de faire. » (l 62-63)</p> <p>« Chez les tous petits par exemple s'il y a [...] besoin que d'une agrafe on les fait tamponner sur une feuille et on profite d'un moment où il tamponne fort fort pour poser l'agrafe et il ne va rien sentir parce qu'il sera focalisé sur son activité. » (l 142-145)</p> <p>« [...] on a vraiment partout des petits moyens de rendre le geste moins désagréable et que l'enfant ne pleure pas trop ou ne soit pas trop stressé peu importe le geste qu'on est en train d'effectuer. »(l 157-159)</p> <p>« [...] quand on arrive à déplacer l'attention sur autre chose que ce qu'on va faire ça se passe beaucoup mieux pour eux. » (l 136-137)</p>	<p>« [...] chez les tous petits on fait téter du sucre et chez les plus grands on peut proposer du proto...en sachant qu'avant 4 ans c'est un peu tout ou rien ou ça marche super bien ou ça marche pas du tout, mais il faut essayer. » (l 105-107)</p>
---	---	--	--

<p><b>d'accueil, la distraction elle commence ici [...] »(I 153-155)</b></p> <p><b>« Tout le temps, sauf urgence vitale, quand l'enfant n'est pas bien, mais sinon la distraction c'est tout le temps. »(I 133-134)</b></p> <p><b>« On va mettre les antalgiques qu'il faut c'est normal, mais chez les jeunes enfants c'est tout le temps. »(I 134-135)</b></p>	<p><b>« Donc ça peut être l'histoire les chansons tout ce qui est sensoriel, jouets pour la vue, l'audition...fin on a vraiment plein plein de choses. » (I 140-142)</b></p> <p><b>« [...] souvent on a des petits objets avec des bulles, de jolis crayons pour pouvoir prendre les constantes par exemple parce que même si on fait absolument pas mal, on les embête parce qu'on tient leur main et on les immobilise et donc ce n'est pas agréable pour eux [...] » (I 155-157)</b></p>		
--	---	--	--

--	--	--	--

Acteurs de la distraction	
Les parents	Les soignants
<p>« Et puis on leur demande d'être <b>acteur</b> pour les plus petits au niveau du sucre parce qu'en plus c'est quelque chose d'agréable pour l'enfant...le sucre et la tétine ça créé des endorphines donc c'est encore mieux quand c'est papa et maman qui donnent. » (1 90-92)</p> <p>« Sinon souvent on leur demande d'être à la tête de leur enfant, comme ça il les voit vraiment bien, il entend bien leur voix, ils n'ont pas besoin de crier, ils peuvent chanter des chansons douces à l'oreille ce genre de choses. » (1 91-93)</p> <p>« Ou alors carrément ils jouent avec eux ils disent : « ah bas ouais moi j'ai trouvé la tortue...est ce que tu l'a trouvé ? ». » (1 93-96)</p> <p>« [...] ils jouent vraiment avec eux et en fait nous ça nous permet de participer mais pas d'être <b>acteur</b> de la distraction, puisque c'est eux qui font la distraction. » (1 96-97)</p> <p>« [...] ils sont <b>acteurs</b> de ce côté distraction. » (1 98-99)</p> <p>« C'est là où ils peuvent être le plus acteur possible en fait ! » (1 142)</p> <p>« Donc on les fait travailler en fait, les chansons, les comptines, tenir la main, les jeux, les lectures ça les distrait beaucoup et c'est eux qui font tout ça en fait. » (1 142-144)</p>	<p>« [...] il y a les auxiliaires aussi qui sont dedans » (1 146)</p> <p>« C'est pour cela qu'elles nous suivent dans nos soins et qu'on fait un réel binôme. » (1 146-147)</p> <p>« C'est elle qui coordonne la distraction. » (1 147)</p> <p>« Les médecins en font beaucoup aussi lors de leurs auscultations, c'est pour ça qu'il y a toujours plein de crayons dans la poche des médecins, des crayons avec des têtes rigolotes, pour que l'enfant puisse jouer et être distrait pendant qu'il y a une auscultation. » (1 147-150)</p> <p>« Je pense qu'on le fait tous parce qu'on y voit un réel intérêt, plus le soin se passera au mieux plus il en aura un meilleur souvenir et plus ça fera de meilleur patient plus tard, d'où l'importance de la distraction... » (1 150-152)</p> <p>« Ici, elles sont super bien formées...[...] »(1 54)</p> <p>« [...] elles sont super bien formées à la distraction [...] »(1 55)</p> <p><b>« Par contre moi je travaille toujours en binôme au niveau des urgences...surtout chez les jeunes enfants...je ne travaille pas sans l'auxiliaire, pour moi c'est impossible. » (1 43-44)</b></p>

« [...] on fait travailler les parents aussi... y a les bulles, y a les chants, les jeux avec du bruit pour les plus petits. » (l 61-62)

« Le reste en fait on va leur demander à ce qu'ils soient **acteurs**, soit en donnant le sucre pour les tous petits ou en leur tenant la main, leur chantant des chansons... parce qu'on connaît pas les chansons qu'ils aiment bien entendre...ou en jouant avec eux avec les cartes pour trouver les animaux. » (l 74-77)

« **On leur donne leur place...en leur donnant les jeux et les outils pour qu'ils puissent accompagner leur enfant... [...]** » (l 147-148)

« **Mais de manière générale les parents on les laisse faire et nous on fait notre soin et c'est eux qui gèrent leur enfant.** » (l 148-149)

« [...] **l'auxiliaire souvent chante ou amène sur autre chose, donc moi en général je ne parle pas trop pour que vraiment l'enfant soit concentré sur ce que l'auxiliaire ou les parents chantent, pour qu'ils ne s'occupent pas trop trop de moi.** » (l 47-49)

« [...] **moi je ne parle pas beaucoup, je vais chanter s'ils chantent, mais s'ils discutent je ne vais pas intervenir c'est vraiment l'auxiliaire et les parents qui focalisent.** » (l 139-140)

« [...] **les auxiliaires, les médecins, les chirurgiens** » (l 151)

« **Mais nous on fait attention à tout ça à ce que tout soit bien respectée...** » (l 152-153)

## Annexe V : Abstract

NOM : CONTE

PRENOM : Camille

TITRE DU MÉMOIRE : Distraction : parents-enfants-soignants un trio gagnant dans les soins, au service d'une prise en soin infirmière optimale.

In pediatrics, we speak of tripartite care of the young child including the parents in the care. In this way, to ensure optimal nursing care for the child, as close as possible to the child's needs, the child's parents can be actor of their child's distraction: an essential dimension of child care.

During the theoretical researches, different key notions were explored, such as the care of the young child, the parental presence in the care, but also the use of distraction means in child's care and the integration of the parents in the distraction strategy. Then this theory was enlightened by two semi-directive interviews carried out with pediatric nurses working in pediatric emergencies.

In the light of this research work, the interest of using distraction in the care of the young child, is put forward, for a care in the closest to the needs of the child. Beyond that, this research work allowed to put forward the importance of the integration of the parents in the care of their child and the importance to allow them to be actor of the distraction, to allow a real care in collaboration with the development of a triangular relation of confidence, supporting a nursing care of quality.

Finally, the participation of parents in the distraction during cares allows a better experience of the child's care and in the long term an easier approach for future cares.

En pédiatrie, on parle de prise en soin tripartite du jeune enfant incluant les parents à la prise en charge. Ainsi pour assurer une prise en soin infirmière optimale de l'enfant, au plus proche de ses besoins, les parents de l'enfant peuvent être acteur de la distraction de ce dernier : une dimension essentielle du soin de l'enfant.

Au cours de recherches théoriques, différentes notions clés ont été explorées, comme la prise en soin du jeune enfant, la présence parentale dans les soins, mais aussi l'utilisation de moyen de distraction dans le soin à l'enfant et l'intégration des parents dans la stratégie de distraction. Puis cette théorie a été éclairée par deux entretiens demi-directifs réalisés auprès d'infirmières puéricultrices travaillant aux urgences pédiatriques.

A la lumière de ce travail de recherche, l'intérêt de l'utilisation de la distraction dans les soins au jeune enfant, est mise en avant, pour une prise en soin au plus proche des besoins de l'enfant. Mais au-delà de cela, ce travail de recherche a permis de mettre en avant l'importance de l'intégration des parents dans les soins de leur enfant et l'importance de leur permettre d'être acteur de la distraction, pour permettre une réelle prise en soin en collaboration avec l'élaboration d'une relation triangulaire de confiance, favorisant une prise en soin infirmière de qualité.

Finalement, la participation des parents à la distraction dans les soins permet un meilleur vécu des soins de l'enfant et à long terme une approche plus aisée pour de futurs soins.

MOTS CLES : Distraction, parents, young child, triangular relationship, care

MOTS CLES : Distraction, parents, jeune enfant, relation triangulaire, prise en soin

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 : 2020-2023