



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

## Les émotions et les enfants aux urgences



Formateur référent mémoire : MARCHADOUR Béatrice

DESVAUX Pauline  
Formation infirmière  
Promotion 2020-2023

Date 02/05/2023

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 :**

**Les émotions et les enfants aux urgences**

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 2 mai 2023***

***Identité et signature de l'étudiant : DESVAUX Pauline***



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, je remercie ma référente de mémoire, Madame Marchadour, pour sa bienveillance, ses conseils et son accompagnement tout au long de ce travail de fin d'études.

Je tiens également à remercier ma référente pédagogique, Madame Mancheron, pour m'avoir accompagné durant ces trois années de formation, pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

Je remercie tous les formateurs qui ont encadré ma formation, les différents professionnels rencontrés en stages ainsi que mes camarades de promotion, qui pour certains sont devenus de véritables amis et une source de soutien.

Je souhaite de plus remercier les professionnels de santé qui ont accepté de me consacrer du temps personnel pour la réalisation de ce travail.

Enfin, je souhaite tout particulièrement, remercier ma famille et mes amis qui m'ont soutenue dans mon projet et qui ont toujours cru en moi.

## Table des matières

Introduction .....	1
1. Des situations d'appel à la question de départ .....	2
1.1 Situations d'appel .....	2
1.2 Questionnements .....	5
2. Le cadre théorique .....	5
2.1 Environnement .....	5
2.1.1 Les urgences.....	5
2.1.1.1 Les urgences polyvalentes .....	5
2.1.1.2 Les urgences pédiatriques .....	6
2.1.2 Les professionnels.....	6
2.1.2.1 Les IDE des urgences polyvalentes .....	7
2.1.2.2 Les IPDE des urgences pédiatriques .....	7
2.1.3 La relation triangulaire.....	8
2.2 Les enfants.....	8
2.2.1 Développement de l'enfant de 3 à 6 ans .....	9
2.2.2 Les besoins et les droits de l'enfant .....	10
2.3 Les émotions.....	10
2.3.1 Perception et expression par l'enfant.....	11
2.3.2 La gestion des émotions .....	11
2.3.2.1 Les outils thérapeutiques .....	12
2.3.2.2 Les outils non thérapeutiques .....	12
3. Cadre empirique.....	14
3.1 Méthodologie .....	14
3.2 Analyse des entretiens .....	15
3.2.1 Les spécificités des services d'urgences.....	15
3.2.2 La relation triangulaire.....	16
3.2.3 Les particularités de la prise en soin de l'enfant.....	17
3.2.4 Les outils utilisés dans les soins de l'enfant.....	18
4. La discussion.....	19
4.1 La relation triangulaire dans un service d'urgence.....	19
4.2 L'enfant de 3 à 6 ans.....	20
4.3 Les outils thérapeutiques ou non .....	21
4.4 Cheminement vers la question de recherche.....	22
Conclusion .....	23
Bibliographie .....	25
Annexes.....	1

*« Exprimer ses émotions, c'est comme enlever les nuages noirs devant le soleil  
pour laisser pousser les fleurs »*

*Tania Senecal*

## Introduction

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

J'ai débuté ma formation avec un projet professionnel en tête. En effet, depuis mon adolescence, les milieux du soin et de la petite enfance m'intéressent tout particulièrement. C'est ainsi, que tout naturellement, mon projet professionnel de devenir infirmière puéricultrice s'est dessiné. De plus, j'avais un intérêt tout particulier pour le service des urgences, je me suis donc orientée vers le projet d'exercer dans un service d'urgences pédiatrique afin d'allier mes deux centres d'intérêts. Au cours de ma formation en soins infirmiers, j'ai eu l'occasion de travailler dans un service d'urgence en tant que remplaçante d'été, exerçant la fonction d'aide-soignante. Ce service accueillant très souvent des enfants m'a permis de conforter mon orientation professionnelle. Durant cette période de remplacement, j'ai eu l'occasion de prendre part à différentes prises en soins d'enfants et de leurs émotions, qui m'ont questionnée mais aussi impressionnée. J'ai pris conscience de l'importance du vécu de l'enfant dans la prise en soin. Ainsi, la volonté de réaliser mon mémoire sur ce thème s'est imposée. Il me permettra, je l'espère, d'enrichir mes connaissances pour ma future pratique professionnelle.

Mon travail de recherche débute donc à partir de deux situations issues de mon expérience en tant que remplaçante aide-soignante aux urgences.

# 1. Des situations d'appel à la question de départ

## 1.1 Situations d'appel

### Situation n°1 :

La situation se déroule lors de mon job d'été étudiant, entre ma 2<sup>e</sup> année et ma 3<sup>e</sup> année d'étude. J'ai pu travailler au sein d'un service d'urgence en tant qu'aide-soignante sur une période de 2 mois. Nous sommes lundi matin, à mon arrivée dans le service, il reste encore 6 patients de la nuit précédente dans les couloirs. Il est environ 9h lorsque l'on accueille un jeune garçon et sa maman. Il s'agit de Mr T, âgé de 4 ans, arrivé avec les pompiers à la suite d'une crise d'asthme. On me demande de libérer rapidement un box pour l'installer afin de réaliser les soins. L'infirmier pompier avait déjà réalisé un premier aérosol qui avait bien soulagé l'enfant. Le garçon arrive fatigué mais la crise était passée. Je prends ainsi le temps de l'installer tranquillement et d'expliquer à sa maman qu'un médecin va venir ausculter son enfant et qu'il en suivra sûrement des examens et des soins réalisés par un infirmier.

Environ une heure après son installation dans le box, un infirmier vient me demander de l'accompagner pour réaliser un aérosol. Je vais donc chercher le matériel nécessaire et nous nous rendons dans le box. Avant de rentrer, l'infirmier me dit qu'il n'est pas très à l'aise avec les enfants, c'est pourquoi il m'a demandé de l'accompagner. On entre donc dans la chambre, l'infirmier explique à la maman qu'on doit réaliser un aérosol à son enfant. Pendant ce temps, je commence à installer tout le matériel, je vois que le petit garçon me regarde et se demande ce qu'il se passe. Je commence donc à lui dire qu'on va lui mettre un masque de « super héros » sur sa bouche pour l'aider à respirer, l'enfant rigole et est plutôt détendu. Cependant lorsque l'infirmier s'approche de lui pour mettre le masque, l'enfant s'agite et refuse le soin. Sa maman essaie de le calmer en vain, l'infirmier ne savait pas trop comment s'y prendre et n'arrivait pas à détendre l'enfant. J'essaie à mon tour de lui expliquer le soin, je reprends l'idée du masque de « super héros » qui avait bien marché au début de soin mais l'enfant n'est plus autant attentif, il se calme mais refuse toujours. L'infirmier décide donc de passer le relais à son collègue. Le second infirmier rentre dans le box, s'adresse directement à l'enfant. Il lui pose des questions, et lui propose de regarder un dessin animé ou d'écouter de la musique. Tout de suite, je rebondis sur l'idée du dessin animé et lui propose d'en regarder un de super-héros afin de refaire un lien avec le masque d'aérosol. L'infirmier demande à la maman si on peut mettre un dessin animé à son fils, qui commence à le regarder tranquillement et s'apaise. L'infirmier lui demande ensuite s'il est prêt à « devenir un super héros avec un super masque », l'enfant sourit et accepte le masque. Le soignant commence à mettre le masque au petit garçon et lui dit qu'il doit le garder jusqu'à temps qu'il revienne. Quelques minutes plus tard, l'infirmier me demande de retourner voir l'enfant pour lui enlever son aérosol. A mon entrée dans la chambre, le jeune garçon me montre

immédiatement qu'il avait encore son masque comme « un grand garçon ». Je le félicite et lui demande s'il veut garder son masque en souvenir. Il me répond « oui » avec un grand sourire et le remet sur son visage puis il commence à jouer et à mettre le masque sur sa maman.

Avant de quitter les urgences, l'infirmier qui a réussi à réaliser le soin retourne voir le jeune garçon qui était très fier de montrer son masque. La maman nous remercie pour la prise en soin de son fils et repart soulagée.

### Situation 2 :

Nous sommes jeudi en début de matinée, Mlle T, âgée de 5 ans, arrive accompagnée de sa maman à l'accueil des urgences. Elle a été adressée par son médecin traitant pour un syndrome appendiculaire.

Ce jour-là, était un jour particulièrement chargé, nous avons réalisé près de 140 entrées sur la journée. L'attente a atteint 6h avant de voir un médecin au plus haut de l'activité. Au moment de l'arrivée de Mlle T et sa maman, le flux était légèrement diminué mais il restait encore beaucoup de monde en salle d'attente et dans les couloirs des urgences. Après environ 1h passée en salle d'attente, je vais chercher Mlle T en salle d'attente. Au moment de l'appeler, elle se jette dans les bras de sa maman et me fuit du regard. J'explique à sa maman qu'on va s'installer dans un box afin que l'infirmier et le médecin viennent l'examiner et réaliser les soins nécessaires. Une fois arrivée dans le box, j'essaie de parler avec Mlle T, je lui demande quel âge elle a, je lui propose de choisir la couleur de son bracelet d'identité. Je lui demande si son doudou voudrait aussi un bracelet, et je vois que tout de suite la maman et la jeune fille se détendent progressivement. La petite fille est très contente de voir que son doudou a aussi un bracelet. Après avoir posé son bracelet d'identité, je prends les constantes de la jeune fille sans difficulté et je lui explique que le médecin va venir la voir. Je réexplique ensuite à sa maman que le médecin va venir pour l'ausculter et qu'il va sûrement ensuite demander des examens complémentaires.

Environ 30min après l'avoir installée dans le box, le médecin passe voir Mlle T, il demande un bilan sanguin et un examen biologique des urines. L'infirmier me demande d'aller voir la petite fille pour réaliser l'examen des urines et prévenir la maman des différents examens. Je rentre dans le box de la petite fille, elle est allongée avec sa maman sur le brancard et regarde un dessin animé. Je ne rentre pas directement dans l'explication de ma venue, je demande d'abord à la petite fille ce qu'elle regarde et discute avec elle du dessin animé. Ensuite, je lui demande si elle a envie de faire pipi et lui dit que je vais devoir récupérer les urines pour faire une "petite analyse". Sa maman me dit directement que sa fille avait déjà fait cet examen et qu'elle sait comment ça se passe. Je lui prépare le pot avec des compresses de Dakin et lui réexplique le geste à réaliser.



Je lui dis qu'elle doit le faire dès que possible. Je lui explique ensuite que l'infirmier va devoir faire une analyse de son sang. Tout de suite, la jeune fille se met à pleurer et me dit qu'elle ne veut pas en refaire une parce que "ça fait trop mal". Je demande à sa maman à quand remonte sa dernière prise de sang, cette dernière me répond qu'elle date d'il y a moins d'un mois. Je lui demande ce qu'il s'est passé pour que la petite fille ait un si mauvais souvenir. J'apprends que l'infirmière qui l'avait piquée, avait dû la piquer 2 fois et n'avait pas pris le temps de lui expliquer ce qu'elle allait faire. Pendant que la maman m'expliquait la situation, la jeune fille continuait de pleurer et d'exprimer son refus. A ce moment, l'infirmier arrive pour venir faire le bilan, je lui explique la situation. Il se rend directement vers la petite fille, commence à discuter avec elle de tout autre sujet, et ne parle aucunement du soin qu'il vient réaliser. Une fois la petite fille plus calme, il lui demande si elle sait comment se passe une prise de sang.

Voyant que la petite fille commence à s'inquiéter, il lui demande s'il peut essayer sur son doudou pour lui montrer que ça ne fait pas peur. La petite fille accepte directement, le soignant lui explique qu'il doit d'abord mettre un petit masque sur son nez, afin de respirer un gaz qui va la faire rigoler. Tout en expliquant à la fillette, il réalise le geste sur le doudou, pendant ce temps je lui fais quelques petites blagues. Une fois le soin réalisé dans sa totalité sur le doudou, il est temps de le faire sur la petite. La maman a commencé à stresser, et s'agiter, voyant sa maman comme ça, la petite s'est mise à pleurer. Je me suis donc mise à la hauteur des yeux de la petite fille, je lui ai demandé si elle connaissait des chansons. Ensuite, on a commencé à chanter une comptine, puis je lui ai dit que j'allais lui poser le masque sur le nez comme à son doudou mais qu'elle devait continuer de chanter. Progressivement, le MEOPA a commencé à faire effet, voyant sa fille calme et détendue, la maman s'est elle aussi détendue. La prise de sang s'est déroulée dans le calme, la fillette a très bien réagi au MEOPA et était très euphorique ce qui faisait beaucoup rire tout le monde et a rendu l'atmosphère calme et le soin plus facile à pratiquer. Une fois la prise de sang terminée, j'ai demandé à la petite fille si elle voulait garder le masque et avec un grand sourire elle m'a tout de suite dit oui et a commencé à jouer avec sur son doudou. Après avoir dessiné un bonhomme sur le pansement de la fillette, l'infirmier a gonflé un gant pour faire un ballon en forme de bonhomme pour la féliciter de son courage. Nous sommes partis du box pour aller nous occuper des autres patients.

Quelques minutes après, je suis retournée voir Mlle T et sa maman, la jeune fille était très heureuse de me montrer qu'elle aussi savait mettre le masque à son doudou pour faire des pansements. La maman m'a ensuite remercié et demandé de remercier l'infirmier pour avoir été patient et avoir rendu le soin ludique pour sa fille. Finalement, la fillette n'avait pas une appendicite mais seulement une indigestion alimentaire. Elle a pu rentrer chez elle avec son masque, son ballon et un grand sourire aux lèvres.

## 1.2 Questionnements

A plusieurs reprises, j'ai pu remarquer que lorsqu'un soignant ne réussit pas à prendre en compte les émotions d'un enfant, il est presque impossible de réaliser un soin. Cela m'a questionné sur les différents outils qui existent pour accompagner les enfants dans la gestion de leurs émotions. De plus, leurs émotions sont décuplées dans un service d'urgence du fait de l'imprévu de la situation et de l'agitation du service. Je me suis donc questionnée sur le rôle que joue l'infirmier dans la prise en charge d'un jeune enfant et ses émotions

De ces situations, j'ai pu dégager différentes notions qui m'ont amenée vers la question de départ suivante : « *De quelle manière l'infirmier, dans un service d'urgences, accompagne-t-il l'enfant, âgé de 3 à 6 ans dans la gestion de ses émotions lors de la réalisation d'un soin ?* »

## 2. Le cadre théorique

### 2.1 Environnement

#### 2.1.1 Les urgences

Tout d'abord, l'ARS définit les structures d'urgences comme « Un service hospitalier qui assure la prise en charge des venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection, se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique. »<sup>1</sup>

##### 2.1.1.1 Les urgences polyvalentes

Selon Passeport santé, dans l'article d'avril 2022, le service des urgences est un service accueillant des personnes malades ou blessées venant d'elles-mêmes ou via des services de secours (SAMU, pompiers). C'est un service qui prend en charge 7jours/7 et 24h/24 les soins dits urgents, non programmés.

A l'arrivée aux urgences, un tri s'opère par l'infirmier d'accueil permettant de prioriser les soins et de prendre au plus vite les patients qui nécessitent une prise en charge rapide. On distingue quatre catégories, les urgences vitales, les urgences fonctionnelles, les urgences ressenties et les urgences sociales. Il dirige ensuite les patients vers le secteur de soins relevant de leur nécessité. On retrouve le secteur de médecine autrement appelé le circuit long, le circuit court qui est plutôt centré sur la traumatologie. De plus, il existe un secteur d'urgences vitales, le « déchocage » dans lequel on retrouve les patients en situations les plus graves ou nécessitant une surveillance rapprochée.

---

<sup>1</sup> ARS, la médecine d'urgence, 16 mars 2018

Il est en lien direct avec le service de réanimation. Les urgences possèdent une unité d'hospitalisation de courte durée, elle accueille les patients venus par les urgences nécessitant une surveillance de 24h à 48h. C'est dans cette unité que les patients attendent, en vue d'une hospitalisation ou d'un retour à domicile rapide.

L'ensemble des soins infirmiers sont pour la plupart régis par des protocoles spécifiques au service. En effet, d'après l'article R4311-14 du décret datant 29 juillet 2004, « *en l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable.* » Dans ce cas, l'infirmier met en œuvre les actes nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte-rendu écrit, daté, signé, remis au médecin traitant ou à un spécialiste puis annexé au dossier du patient.

#### *2.1.1.2 Les urgences pédiatriques*

Les urgences pédiatriques sont organisées de la même manière que les urgences polyvalentes, cependant les patients sont exclusivement des enfants, âgés de 0 à 15 ans voire parfois 18 ans. La particularité de ce service est bien évidemment la prise en soins des enfants. Cette fois-ci, l'infirmière n'est plus simplement dans une relation soignant/soigné, mais dans une relation soignant/enfant/parents. Cette particularité implique des connaissances spécifiques sur comment instaurer cette relation, c'est pourquoi l'HAS précise que « *Lorsqu'un établissement n'a pas pour mission de prendre en charge des enfants ou des adolescents, il doit être en mesure de transférer dès que possible un enfant dans un service de pédiatrie avec lequel il a mis en place une convention. Il assure la prise en charge immédiate et le relais en mettant en œuvre une conduite à tenir formalisée.* »<sup>2</sup> De plus, elle recommande que « *les organisations spécifiques telles que les urgences pédiatriques médicales et chirurgicales dont les accueils doivent être distincts de ceux des adultes* »

#### 2.1.2 Les professionnels

Le dictionnaire des concepts en soins infirmiers, définit l'infirmière comme « une personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu.

---

<sup>2</sup> HAS, Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé, Certification V2010, Décembre 2011, p7

En outre, elle participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation à la santé et de formation ou d'encadrement ».

De plus, pour Hildegarde Peplau, les soins infirmiers supposent « *une relation avec un malade, ou quiconque ayant besoin de services de santé, et une infirmière, spécialement formée à reconnaître les besoins d'aide et y répondre* »<sup>3</sup>

#### 2.1.2.1 Les IDE des urgences polyvalentes

D'après la Société Française de la Médecine d'Urgence, « *La particularité des Structures de Médecine d'Urgence est d'être fonctionnelle et opérationnelle 24h sur 24, dans l'immédiateté, avec la même efficacité quels que soient les motifs de recours, les pathologies et le lieu d'exercice.* »<sup>4</sup> Les patients rencontrés dans ce service présentent des niveaux de gravité variables et ce dans un flux aléatoire. Ces différents éléments compliquent la mission des personnels de l'Urgence. « *L'infirmier participe activement à la mise en œuvre des premières mesures diagnostiques et thérapeutiques notamment en ce qui concerne les situations à risque vital et/ou fonctionnel.* »<sup>5</sup> Ainsi, « *L'autonomie, la capacité d'anticipation, l'adaptation, l'improvisation contrôlée ainsi que la pleine participation au diagnostic sont l'essence des soins infirmiers en Médecine d'Urgence.* »<sup>6</sup>

#### 2.1.2.2 Les IPDE des urgences pédiatriques

Étymologiquement, « *puéricultrice* » provient des mots latins « *puer* » signifiant enfant, et « *cultivare* » : cultiver, faire grandir, soigner. Jacqueline Gassier, infirmière puéricultrice et professeur des Sciences et technique médico-sociale, définit la profession d'infirmière puéricultrice comme une « *spécialité de la profession infirmière, qui se préoccupe de la promotion, de la prévention et de la protection de la santé de l'enfance et de la famille* »<sup>7</sup>. L'article R.4311 - 13 du Code de la Santé Publique (29 juillet 2004) relatif à la profession d'infirmier précise, : « *Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, (...) sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice* ». L'infirmière puéricultrice est donc une infirmière spécialisée présentant un niveau d'expertise dans les soins auprès de l'enfant, de sa naissance à l'adolescence.

---

<sup>3</sup> Dictionnaire concepts en soins infirmiers, 3<sup>e</sup> édition, 2016, p423, PEPLAU, H., « Relation interpersonnelles en soins infirmiers », 1995

<sup>4</sup> Société Française de Médecine d'Urgence, Référentiel de compétences de l'infirmier(e) en Médecine d'Urgence, juin 2008, p7

<sup>5</sup> Idem

<sup>6</sup> Société Française de Médecine d'Urgence, Référentiel de compétences de l'infirmier(e) en Médecine d'Urgence, juin 2008, page 57

<sup>7</sup> GASSIER, J., SAINT SAUVEUR, C de. Le guide de la puéricultrice. 3<sup>ème</sup> éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007, p. 4.

### 2.1.3 La relation triangulaire

Tout d'abord, selon le Centre National de Ressources textuelles et Lexicales, la relation « *est un rapport qui lie des personnes entre elles, impliquant lien de dépendance ou d'influence réciproque* »<sup>8</sup>. Pour l'infirmière Marie Derrien, en 2018, l'accueil d'un enfant à l'hôpital inclut nécessairement l'accueil de ses parents. Ainsi, pour Wanquet Thibault Pascale « *accueillir l'enfant à l'hôpital, implique d'accueillir ses parents. Dans ce contexte, la traditionnelle relation soignant/soigné devient une relation triangulaire, une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation les uns avec les autres* ».<sup>9</sup>

Le soignant se doit de considérer l'enfant dans sa globalité avec ses propres émotions, malgré sa dépendance aux adultes, il reste une personne à part entière. De plus, dans la Charte de l'enfant hospitalisé de 1988, l'annexe V précise que « *les enfants et les parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptés à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant* ». (Cf Annexe I)

Cette triade impose à l'infirmier d'adapter sa prise en soin et d'ajuster son environnement à la prise en soin d'un enfant. L'infirmier se doit de maintenir le plus possible le lien parent/enfant, en aidant les parents à trouver leur place dans la prise en soin de leur enfant. Dans le « *cahier de douleur pédiatrique* » rédigé en 2000, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité informe les parents sur leur rôle au sein de la prise en charge de leur enfant. En effet, il est dit «  *votre présence à côté de lui et en particulier lors des soins douloureux est un soutien pour votre enfant surtout lorsqu'il est petit. Vous pouvez le rassurer, l'encourager, le consoler* ». Le rôle des parents est donc primordial dans la prise en soin d'un enfant. Ils sont indispensables pour renseigner au mieux le soignant sur leur enfant. Ils vont pouvoir aider le soignant à personnaliser au mieux le soin, en lui communiquant des informations sur ses habitudes de vie, sa personnalité et ses goûts. La présence des parents instaure un climat de confiance, de soutien et de sécurité, ils sont un repère pour leur enfant. Il se sentira plus en confiance, ce qui lui permettra d'exprimer ses émotions permettant ainsi aux parents d'aider les soignants à les interpréter tout en laissant l'infirmier se concentrer sur le soin.

## 2.2 Les enfants

Tout d'abord il est important de définir l'enfant. D'après l'article 1 de la Convention internationale des droits de l'enfant de 1989, « *un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de 18 ans sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable.* »

---

<sup>8</sup> Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, définition relation 2012

<sup>9</sup> WANQUET THIBAUT, P, Cadre supérieur de santé, l'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage, 2015, p.67

### 2.2.1 Développement de l'enfant de 3 à 6 ans

L'enfant est un être de développement, en effet, selon l'article de la conception à l'adolescence « *les étapes de la croissance et du développement se basent sur l'ordre et l'enchaînement des paliers développementaux que l'enfant doit franchir pour passer au stade suivant : la période prénatale, de la conception à la naissance, la période fœtale, de 8 à 40 semaines, la période du nourrisson, de la naissance à 12 -18 mois, la petite enfance de 1 à 6 ans et l'enfant de 6 à 12 ans* ». <sup>10</sup> Le développement de l'enfant se fait tant sur les plans cognitif et moteur, que sur les plans psychoaffectifs et sociaux. Chaque enfant est unique et se développe à son rythme, les différents stades vont se dérouler dans le même ordre pour tous les enfants mais l'âge d'apparition de ces stades peut varier.

Différents psychologues ou psychanalystes se sont penchés sur le développement des enfants et ont identifié plusieurs étapes. Parmi les plus célèbres, on retrouve Jean Piaget ou encore Erik Erikson. Piaget, psychologue du 19<sup>e</sup> siècle, a pour théorie que les enfants passent par différents stades, il met en évidence quatre stades de développement <sup>11</sup>. Tout d'abord, le stade sensori-moteur, qui se déroule de la naissance à environ 2 ans, puis le stade préopérateur allant de 2 à 7 ans. S'en suit le stade opératoire concret de 7 à 12 ans, enfin le stade formel allant lui de 12 à 16 ans.

Erik Erikson, psychanalyste « *a affirmé le fait que les individus expérimentent à chaque étape un conflit qui représente un point décisif en matière de développement* » <sup>12</sup>. La première étape est celle de « *la confiance versus méfiance* », elle apparaît de la naissance jusqu'à 1 an, vient ensuite l'étape de « *l'autonomie versus la honte et le doute* » qui a lieu de 1 an à 3 ans. La troisième étape est celle de « *l'initiative opposée à la culpabilité* », elle a lieu de 3 à 5 ans. Enfin la quatrième étape est celle de « *la compétence opposée à l'infériorité* » qui s'étend de l'âge de 7 ans jusqu'à la puberté.

Afin d'adapter au mieux sa prise en soin à l'enfant, l'infirmier doit se référer à son stade de développement. L'enfant de 3 à 6 ans, se trouve dans de la petite enfance, le dictionnaire des concepts en soins infirmiers, définit la petite enfance comme une période de découverte. Elle va de l'âge où l'enfant marche jusqu'à son entrée à l'école. C'est à cet âge-là, que les enfants progressent sur le plan moteur. Ils développent également le langage, leurs relations sociales, la maîtrise de soi mais également le développement de leur conscience d'eux-mêmes. Piaget situe lui l'enfant, âgé de 3 à 5 ans, au stade de pensée préopérateur. Il acquiert la fonction sémiotique aussi appelé fonction symbolique, c'est-à-dire l'apparition du langage.

---

<sup>10</sup> Dictionnaire concepts en soins infirmiers, 3<sup>e</sup> édition, 2016, p142-143

<sup>11</sup> BUGOSEN C., psychologue et psychothérapeute, Développement cognitif de l'enfant : les stades chez J. Piaget, 22 juin 2018

<sup>12</sup> RODRIGUEZ Eva-Maria, Nos pensées, Les étapes du développement psychosocial d'Erikson, Décembre 2022

La fonction sémiotique, lui permet également de se représenter des objets non visibles, des actions passées ou futures. C'est également à cet âge qu'apparaît l'égoïsme, il est donc impossible pour lui que les autres puissent avoir une pensée différente de la sienne.

### 2.2.2 Les besoins et les droits de l'enfant

Une législation autour de l'enfant existe dans le but de les protéger en exposant leurs droits et devoirs, ainsi que ceux des soignants et de leurs parents. La « Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé » de 1988, est un texte qui définit les droits des enfants à l'hôpital. Elle distingue 10 notions relatives aux droits des enfants hospitalisés. (Cf Annexe I). Ces droits ont pour vocation de le protéger en tant qu'être humain. On retrouve également la « *Convention Internationale des Droits de l'Enfant* » de 1989, composée de 54 articles autour des droits de l'enfant.

## 2.3 Les émotions

Charlotte Argod, psychologue, définit en 2019, les émotions comme des « *sensations physiques soudaines et intenses qui se diffusent dans le corps et le cerveau* »<sup>13</sup>, celles-ci se manifestent de façon différente selon les personnes et l'émotion. Pour elle, l'émotion « *est une réponse spontanée de notre corps lorsqu'il y a un décalage entre un état intérieur et un événement extérieur* ». Les émotions se développent dès la vie intra-utérine. En effet, le tronc cérébral et le mésencéphale, qui sont les sièges des émotions, se développent. Le fœtus réagit au stress de sa mère, celui-ci se manifeste par une accélération de son rythme cardiaque. De plus, il a la capacité de sursauter lorsqu'un bruit survient. Continuellement en construction durant l'enfance et l'adolescence, le fonctionnement du cerveau est donc différent de celui de l'adulte. Il va s'adapter en fonction de l'environnement et des expériences vécues, l'apprentissage des émotions ne sera donc pas linéaire.

Antonio Damasio, professeur de neurosciences parle de six émotions de base : la peur, la colère, la joie, la tristesse, l'étonnement et le dégoût. Pour lui, « *les émotions fonctionnent de façon automatique et aveugle, tant que l'esprit conscient n'en a pas connaissance sous forme de sentiments* »<sup>14</sup>. En tant qu'adulte et professionnel, nous devons avoir la capacité de décoder les signes de détresse et de manifestation des émotions ressenties par l'enfant pour y répondre de façon appropriée et apaisante au bon moment.

---

<sup>13</sup> ARGOD C., « Comprendre les émotions pour mieux les appréhender », Découvertes gustatives en collectivité, Métiers de la petite enfance, 2019, p28

<sup>14</sup> SCHUHL C., « La peur », Métier de la petite enfance, 2013, p41

### 2.3.1 Perception et expression par l'enfant

D'après Rasse, les émotions permettent à l'enfant de s'exprimer et de communiquer avec ses pairs. En effet, pour lui, « *le jeune enfant parle avec son corps. Avec ses gestes, ses mouvements, son tonus, son comportement, il nous dit quelque chose de lui* »<sup>15</sup>. L'émotion la plus ressentie et communiquée par un enfant arrivant à l'hôpital est la peur. Elle est définie par Christine Schuhl, comme « *un état émotionnel que l'enfant va devoir reconnaître pour tenter de la dépasser, avec la bienveillance de l'adulte. (...) Elle est générée par une situation particulière que le cerveau enregistre, traite et identifie comme un danger potentiel* ».<sup>16</sup> De plus, d'après elle, en fonction de son âge, l'enfant ne contrôle pas et ne ressent pas ses émotions de la même manière. « *Pour le très jeune enfant, la peur n'est pas raisonnée. Elle ne se maîtrise pas et arrive sans prévenir* ». Un enfant amené par ses parents aux urgences va arriver dans un lieu qu'il ne connaît pas, avec des visages inconnus et une agitation autour de lui qu'il ne va pas comprendre. On va lui prodiguer des soins qu'il connaît ou non. D'après Margot Phaneuf, « *L'expérience d'un traitement ou d'un soin est la plupart du temps un moment difficile pour un enfant. Que ce soit pour un examen, pour une intervention chirurgicale ou pour un traitement, l'anticipation d'un danger, l'anxiété et la peur l'envahissent.* ».<sup>17</sup>

L'enfant va alors anticiper la douleur et la peur de souffrir qui va manifester par un affolement et possiblement un refus de collaborer avec les soignants. Le soignant va faire face à un enfant qui pleure, qui crie ou encore qui se débat, ne facilitant pas sa prise en soin. C'est pourquoi, il est préférable de bien le préparer afin que cette expérience soit vécue de manière plus agréable et moins anxiogène pour lui mais aussi pour ses parents.

### 2.3.2 La gestion des émotions

Aider l'enfant dans la gestion de ses émotions est la partie la plus importante dans la prise en soin de celui-ci. En effet, d'après Thierry Moreaux, puériculteur, l'enfant doit garder un bon souvenir de sa prise en soin. Dans le cas contraire, « *il s'en souviendra, lors d'un prochain geste, de la douleur et de l'angoisse qu'il aura ressentie auparavant* »<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup> RASSE, M. (2017). « L'approche piklérienne dans la prise en charge des émotions de l'enfant ». Cahiers de la Puéricultrice, 54(312), p17-20.

<sup>16</sup> Dictionnaire concepts en soins infirmiers, 3<sup>e</sup> édition, 2016

<sup>17</sup> PHANEUF M., inf., Ph. D. 2007, révision nov. 2013 p 2

<sup>18</sup> MOREAUX T., « L'utilisation du méopa chez l'enfant lors d'un geste douloureux », Démarches innovantes en pédiatrie, Soins pédiatrie/puériculture, 2010, p23-24



### 2.3.2.1 Les outils thérapeutiques

Plusieurs outils médicamenteux existent pour faciliter la prise en soin des enfants et ainsi rendre les soins les plus agréables possible. Le Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde D'azote, plus connu sous l'appellation MEOPA est l'un des outils les plus utilisés chez les enfants pour les soins. Il s'agit d'un gaz inodore qui a des propriétés analgésiques et anxiolytiques mais aucun effet anesthésiant. Il est beaucoup utilisé en pédiatrie pour ses effets cliniques associées, en effet, il peut avoir des effets hilarants voir euphoriques, procurer des modifications des perceptions auditives et visuelles. Prévenir et accompagner l'enfant ainsi que ses parents est primordial avant l'utilisation du MEOPA. Il est important d'expliquer à l'enfant son fonctionnement en lui présentant le masque, en le laissant se familiariser avec, en le touchant voire en le personnalisant avec des gommettes par exemple. On peut proposer à l'enfant de choisir un feutre parfumé à mettre sous le masque pour qu'il puisse se concentrer sur une odeur qu'il apprécie. Se concentrer pour reconnaître le parfum choisi permet déjà d'installer l'enfant dans un état hypnotique. De plus, on demande à l'enfant de penser à un endroit qu'il aime, qu'il trouve agréable qu'il soit réel ou imaginaire et de projeter dans celui-ci. Le MEOPA est généralement associé à d'autres antalgiques notamment pour les soins trop douloureux. Par exemple, on retrouve les crèmes anesthésiantes comme l'EMLA. Il s'agit d'une crème composée d'anesthésiant locaux, la lidocaïne et la prilocaïne. Elle va prévenir la douleur en anesthésiant la peau qui va recevoir le soin comme lors d'une perfusion ou d'un prélèvement sanguin, elle a comme inconvénients majeurs de reporter le soin. En effet, le délai d'action peut être plus ou moins long selon la zone épidermique à soigner. Tous comme pour le MEOPA, il faut expliquer à l'enfant le fonctionnement de cette crème. La communication et la distraction de l'enfant sont donc primordiales pour que les différents outils mis en place fonctionnent.

### 2.3.2.2 Les outils non thérapeutiques

Distraire l'enfant lors d'un soin peut aider à diminuer la douleur. En effet, il a été montré que la douleur devient plus importante lorsque l'on est inquiet, qu'on ne sait pas à quoi s'attendre ou même lorsque l'on se sent impuissant. C'est pourquoi, les outils thérapeutiques sont toujours associés à des moyens de distractions non médicamenteux. L'outil le plus important est la communication, l'infirmier doit tout expliquer à l'enfant, « *les mots et les expressions utilisés sont importants : il ne faut pas mentir ni banaliser le soin car l'enfant perd alors confiance* »<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> MOREAUX T., « L'utilisation du MEOPA chez l'enfant lors d'un geste douloureux », Démarches innovantes en pédiatrie, Soins pédiatrie/puériculture, 2010, p23-24

La communication peut amener à l'autohypnose. Cette technique va permettre à l'enfant de gérer lui-même partiellement ou même totalement ses émotions et ses sensations liées à la douleur. Des infirmières peuvent être formées à cette technique pour accompagner les enfants. Anne-Sophie Restif, est une infirmière puéricultrice qui a étudié les bienfaits de l'hypnose comme analgésiant. Pour elle, l'hypno analgésie est une technique qui permet de diminuer l'anxiété et la douleur que peut provoquer un soin. Elle utilise la « *communication hypnotique pour modifier la perception de la sensation douloureuse* »<sup>20</sup>. Il s'agit d'une stratégie de « *coping actif* », elle a pour but de lutter contre un événement stressant. Elle serait plus efficace que de regarder la télévision ou toutes autres actions comme celles-ci, qui sont dites passives. L'autohypnose, n'est pas un traitement de douleur, mais elle permet à l'enfant de prendre conscience des possibilités dont il dispose pour maîtriser sa sensibilité au soin, il a ainsi un sentiment de maîtrise sur le soin. L'autohypnose est définie comme « *un ensemble de techniques qui permettent de se mettre soi-même, volontairement dans un état d'hypnose (...). L'apprentissage avec un thérapeute consiste à provoquer cette transe naturelle au moment où l'enfant en a besoin* ». D'après Anne-Sophie Restif, les enfants arrivent facilement et rapidement à induire seuls cet état hypnotique et à en sortir quand ils le décident. Cependant, le maintien de cet état est variable en fonction de l'âge et de l'enfant. Il varie en fonction de son état clinique mais aussi des capacités imaginatives de l'enfant. Les variations de la profondeur de la transe hypnotique restent très variables chez l'enfant.

Outre l'utilisation de l'hypnose, le jeu est en grande partie utilisé pour réaliser des soins auprès d'enfant. En effet, pour Margot Phaneuf, « *Il faut donc briser le cercle vicieux soin-peur-douleur avant même qu'il s'installe, en expliquant à l'avance à l'enfant ce qu'il devra affronter, et cela, par le moyen du jeu* ». D'après elle, « *tout ce qui est ludique possède la vertu de le calmer, de le familiariser avec le personnel et avec les lieux* ».

On peut par exemple, lire des histoires afin que l'enfant puisse s'identifier aux personnages et ainsi les utiliser comme modèles. On peut également utiliser le chant, les dessins animés ou encore le doudou de l'enfant. Il existe une multitude de moyens de distractions, leurs nombres et leurs variétés ne cessent d'évoluer grâce à la créativité et l'imagination des soignants mais aussi des parents. Peu importe l'outil qu'on utilise pour aider l'enfant dans la gestion de ses émotions, il est primordial de communiquer avec lui, de lui expliquer ce qui va se passer et le rendre le plus possible acteur de sa prise en soin. En effet, son âge ne l'empêche en rien de participer à ses soins.

---

<sup>20</sup> RESTIF, A-S, « L'autohypnose, une ressource pour l'enfant lors de soins douloureux », Démarches innovantes en pédiatrie, Soins pédiatrie/puériculture, 2010, p37-39

### 3. Cadre empirique

#### 3.1 Méthodologie

Mon mémoire se poursuit avec la phase exploratrice. Pour ce faire, j'ai choisi de réaliser deux entretiens semi-directifs afin de laisser libre parole aux soignants en posant des questions ouvertes. Ces entretiens vont me permettre de confronter les apports théoriques avec ceux des professionnels de terrain. J'ai construit mon guide d'entretien avec différents objectifs dans le but d'être certaine de traiter toutes les idées présentes dans mon cadre théorique. Dans un premier temps, je voulais relever les spécificités des services d'urgences afin de comparer les points communs ou les différences qu'il peut y avoir entre un service d'urgences polyvalentes et un service d'urgences pédiatriques. Ensuite, j'ai voulu identifier les rôles des parents dans la prise en soins de leur enfant. Puis, mon troisième objectif était de mettre en évidence les particularités de la prise en soins d'un enfant âgé de 3 à 6 ans pour ensuite distinguer les différents outils utilisés par les soignants pour faciliter cette prise en soin. Enfin, mon dernier objectif avait pour but d'identifier les signes permettant aux soignants d'identifier les différentes émotions ressenties et dégagées par l'enfant.

J'ai ensuite interrogé deux professionnels de santé. Une première infirmière travaillant dans un service d'urgences polyvalentes et une autre travaillant dans un service d'urgences pédiatriques. Choisir des infirmières d'urgences différentes s'est fait naturellement. En effet, mes deux situations se sont passées au sein d'un service d'urgences polyvalents, je voulais comparer les pratiques de travail au sein d'un service polyvalent et d'un service spécialisé. Il y a de nombreux services d'urgences polyvalentes qui sont amenés à accueillir des enfants, les soignants doivent donc adapter leurs pratiques sans pour autant y être spécialisés ou formés. Cependant, je souhaitais de prime abord interroger une infirmière non diplômée puéricultrice, mais je n'ai malheureusement pas réussi à en trouver une. Ce biais ne m'a finalement pas impacté dans l'analyse de mes entretiens.

J'ai réalisé mes entretiens au domicile des professionnels après les avoir contactés par téléphone. Nous avons pu rapidement trouver une date qui nous correspondait afin d'avoir le temps nécessaire pour mener à bien l'entretien. Je les ai enregistrés via la fonction dictaphone sur mon téléphone, après avoir obtenu leurs consentements et j'ai pu facilement les retranscrire grâce à la fonction « Dictée » sur les documents Word.

L'entretien semi-directif, a permis aux professionnels d'être libres de leurs réponses, sans être restrictifs tout en les guidant et en gardant une ligne directrice afin de ne pas s'éloigner de mes objectifs. Je n'ai pas rencontré de difficultés lors de la réalisation de mes entretiens. En effet, les professionnels m'ont mis rapidement à l'aise et se sont montrés très intéressés à mon sujet, ce qui a permis d'avoir des contenus riches. De plus, j'ai pu facilement échanger avec elles à la suite des entretiens quant à ma future pratique professionnelle. Ce qui m'a confortée dans mon projet et m'a permis de me projeter dans un futur proche.

### 3.2 Analyse des entretiens

A la suite de mes entretiens, je vais maintenant poursuivre avec leur analyse. Celle-ci va me permettre de confronter les apports théoriques avec les apports des professionnels interrogés. J'ai ainsi réalisé différents tableaux reprenant les propos des professionnels classés en fonction de mes objectifs de départ. Afin de différencier les infirmières et de préserver leur anonymat, j'ai décidé de les renommer « IDE puer » pour l'infirmière diplômée d'état spécialisée puéricultrice et « IDE » pour l'infirmière diplômée d'état travaillant aux urgences polyvalentes. Afin de rendre plus facile la compréhension de mon tableau et de mettre en évidence les propos de chaque infirmière, j'ai fait le choix de faire un code couleur. L'infirmière puéricultrice est donc en orange et la seconde infirmière est en vert.

Tout d'abord, nous aborderons les spécificités d'un service d'urgence, nous poursuivrons ensuite par la relation triangulaire. Puis nous nous attarderons sur les particularités de la prise en soin d'un enfant et de ses émotions. Nous terminerons par les différents outils utilisés par les professionnels de soins.

#### 3.2.1 Les spécificités des services d'urgences

Lorsque j'ai demandé aux infirmières quelles étaient selon elles les particularités d'un service d'urgences, l'idée première qui est ressortie est le rôle qu'elles ont. « L'IDE puer » a plutôt évoqué son rôle auprès des parents et de l'enfant qui selon elle est différent d'un autre service. D'après elle, « la gestion de l'anxiété parentale » est majorée avec le stress de la situation urgente. Cette anxiété peut engendrer de l'agressivité et donc des situations complexes à gérer. De plus, elle parle de son rôle auprès des enfants, pour elle, l'objectif principal est que l'enfant ne garde pas un mauvais souvenir de son passage aux urgences. « L'IDE » a quant à elle plutôt évoquée le fait de devoir prendre le temps pour « les calmer ». Elle a ensuite évoqué le fait d'avoir différents postes tels que « *de l'accueil, de la chirurgie, de la médecine, du SMUR, du Déchocage, du dépôt de sang, et cetera* » et donc une capacité à s'adapter et avec un rôle diversifié et varié. Vient ensuite, l'idée d'un travail en collaboration.

En effet, « l'IDE puer » l'évoque à plusieurs reprises, pour elle, « *Le rôle de chacun est fondamental dans le déroulement d'une prise en charge* ». De son côté, « l'IDE » explique qu'elle installe ses patients avec l'aide des aides-soignants. De plus, elles relèvent toutes deux qu'il y a une multitude de professionnels différents avec lesquels elles collaborent. Enfin, concernant l'organisation, la notion de temps revient beaucoup notamment du côté de « L'IDE ». D'après elle, « *Le timing aux urgences, il n'est pas du tout le même que dans les services, c'est à dire qu'en général faut aller assez vite* », d'autant plus s'il s'agit d'un enfant. Aux urgences polyvalentes, « *Quand il s'agit d'un enfant, et bah, c'est souvent en termes d'attente, ils sont prioritaires sur les adultes.* ». Or, aux urgences pédiatriques les patients accueillis sont exclusivement des enfants, la priorisation se fait donc en fonction de la gravité de son état.

### 3.2.2 La relation triangulaire

Le second objectif était d'identifier la particularité de la relation triangulaire dans cette prise en soin. Je leur ai donc demandé quel rôle, selon elles, jouaient les parents. Elles m'ont toutes les deux évoqué le fait qu'ils avaient une place importante voir même « fondamentale » pour l'« IDE puer ». Celle-ci a plus parlé du côté de la relation qu'elle tissait avec les parents. Pour elle, il est important de créer une relation de confiance afin que la prise en soin se passe bien par la suite. Elle a ensuite évoqué l'importance de leur dire les choses, notamment sur l'attente potentiellement longue qu'ils auront aux urgences. L'« IDE » place les parents plus comme acteurs dans les soins « parce qu'ils peuvent être utiles », « *je demande aux parents d'intervenir* ». Sans oublier la communication et l'explication de ce qu'il va se passer pour leur enfant. Dans un second temps, elles ont toutes les deux la gestion des émotions des parents. En effet, elles évoquent le transfert des émotions des parents sur leur enfant. Pour l'« IDE puer », « *les enfants sont des éponges* », donc si leurs parents ou accompagnateurs sont stressés et anxieux leur enfant le ressentira et le deviendra lui aussi ou alors ses émotions seront amplifiées. D'après elle, la gestion des familles auxquelles les infirmières travaillant aux urgences polyvalentes peuvent faire face n'est pas simple mais celle des parents pour leur enfant est encore plus difficile. De plus l'« IDE » parle également des expériences des parents, elle évoque qu'une fois un parent a refusé qu'on fasse du MEOPA à son enfant car lui avait eu une mauvaise expérience. L'infirmière a expliqué au père que chaque personne ne réagit pas pareil et a tout de même réussi à poser le MEOPA sur l'enfant pour qui ça s'est très bien passé. Dans cette relation triangulaire, l'« IDE puer » met un point d'importance sur la prise en considération de l'enfant. En effet, elle insiste beaucoup sur le fait de s'adresser à lui directement afin de tisser une relation de confiance avec lui.

Notamment avec les enfants âgés entre 3 et 6 ans, qui selon elle, aiment qu'on leur porte de l'importance « *l'enfant est pris en considération. « Ah elle s'adresse à moi, donc je suis important » et ils sont toujours très fiers »*. Selon elle, s'adresser à l'enfant permet de créer une relation de confiance avec lui, qui permettra par la suite que les soins se passent bien. Elle place l'enfant au sommet de cette relation triangulaire, c'est de lui qu'elle s'occupe le plus, à qui elle s'adresse, elle fait tout de même en sorte que les parents entendent les informations mais elle ne s'adresse pas directement à eux. L'« IDE » s'adresse également à l'enfant directement mais l'évoque moins dans ses propos.

### 3.2.3 Les particularités de la prise en soin de l'enfant

Afin de pouvoir prendre en soins un enfant, il faut avant tout connaître ses particularités. C'est pourquoi j'ai demandé aux infirmières quelle était selon elles la spécificité de la prise en soins d'un enfant âgé de 3 à 6 ans. J'ai pu dégager trois grandes catégories évoquées par les professionnelles, le développement de l'enfant, la compréhension et les émotions. L'« IDE puer » a fait une comparaison de développement entre les différentes catégories d'âge. Pour elle, les 3 à 6 ans est la catégorie d'âge dont elle préfère prendre en soin, c'est avec eux qu'il est le plus facile de communiquer, de distraire et de tisser un lien. Contrairement aux plus jeunes qui ne peuvent communiquer qu'à travers le non verbal et aux plus âgés qui sont « *déjà biaisés par l'impact de la société et de la manière dont on essaie de les faire rentrer dans un moule »*, les « 3 et 6 ils ont cette espèce de pureté de communication ». A contrario, l'« IDE » ne pense pas que l'âge soit un facteur qui modifie la prise en soins. Pour elle « *chaque enfant est différent peu importe son âge »*, elle agit ainsi plutôt en fonction de lui et de sa personnalité plutôt que de son âge. Concernant leur compréhension des choses, là aussi les avis divergent. D'un côté, l'« IDE puer » est d'avis qu'un enfant « *de 3 à 6 ans est parfaitement capable de comprendre tous les mots du vocabulaire les plus fréquents »* et qu'il ne faut donc pas les infantiliser et ni leur parler comme à des « *bébés »*, alors que l'« IDE », a elle, plus tendance à penser qu'ils n'ont pas la capacité de comprendre pourquoi ils ont mal et à leur parler de façon « *un peu enfantine »*. Concernant les émotions qu'elles arrivent à distinguer, elles sont plutôt d'accord. Celles qui reviennent le plus sont la peur, l'anxiété et l'appréhension mais elles ont à faire parfois à des enfants sereins, rassurés voir même souriants et joyeux. Elles arrivent à les voir par leur attitude, elles évoquent toutes les deux le retrait vers leur parents ou leurs expressions faciales, à travers leur regard ou même plus directement par les pleurs ou les cris. Elles sont beaucoup dans l'observation afin de comprendre et interpréter les différentes émotions qui traversent l'enfant. Seule l'« IDE puer » a évoqué le fait que les enfants vont exprimer, verbaliser leur craintes ou toutes autres choses qui vont leur passer par la tête.

### 3.2.4 Les outils utilisés dans les soins de l'enfant

Enfin le dernier objectif était d'identifier les outils utilisés par les soignants pour faciliter la prise en soin des enfants. A la suite de mon analyse, les outils non thérapeutiques sont les plus utilisés par les soignants. Parmi eux, on retrouve trois grandes catégories évoquées par les professionnelles, la première qui est très présente est la distraction, on retrouve ensuite la communication puis l'aide des parents. Concernant la distraction, les deux infirmières sont d'accord sur le but de celle-ci, pour elles, elle est importante pour pouvoir détourner l'attention de l'enfant jusqu'à ce qu'il oublie ce qui se passe autour de lui et qu'il concentre son attention sur quelque chose d'agréable. Afin de mettre en place cette distraction, les deux professionnelles utilisent toutes les deux des moyens similaires. Raconter des histoires, chanter des chansons, utiliser le doudou ou encore les dessins animés sur un téléphone ou une tablette sont des outils de distraction beaucoup utilisés par les professionnelles. De plus, l'« IDE puer » est formée à l'hypno distraction, qu'elle utilise quotidiennement avec tous les enfants. Elle va également proposer à l'enfant de décorer son masque de MEOPA avec des gommettes et de choisir un feutre « qui sent bon » pour que l'enfant se concentre sur une odeur qu'il apprécie. Cependant, la distraction ne peut exister sans une communication adaptée, c'est le second outil le plus utilisé. Afin de réaliser un soin, les soignantes utilisent beaucoup la communication afin d'expliquer notamment ce qu'elles vont faire, elles vont également utiliser les blagues, le rire, leur demander ce que l'enfant fait de sa journée, parler de ce qu'il aime ou même ce qu'il a fait à l'école. Le but est d'utiliser des « mots doux, calmes, rassurants ». Les parents ont également un rôle à jouer dans la prise en soins de leur enfant. L'« IDE » les rends acteurs de la prise en soin, elle leur demande de s'asseoir sur le brancard avec leur enfant dans les bras, pour elle, ils peuvent être utiles et leur demande régulièrement d'intervenir. L'« IDE puer » quant à elle, évoque que la place des parents est fondamentale et qu'elle doit être prise en compte par l'infirmière. Cependant, elle a tendance à se focaliser trop sur l'enfant en oubliant parfois de s'adresser aux parents mais elle répond, « Je me dis qu'ils entendent ce que je dis à leur enfant et qu'ils ont aussi l'information ». Enfin, on retrouve les outils médicamenteux. Peu importe le lieu d'exercice des infirmières, qu'elles soient aux urgences polyvalentes ou aux urgences pédiatriques, les outils médicamenteux utilisés avec les enfants sont les mêmes. Le plus courant est le MEOPA, on retrouve également les antalgiques de bases et si elles ont le temps, elles utilisent l'EMLA.

## 4. La discussion

Mon travail de recherche se poursuit par la discussion. Dans cette partie, je vais mettre en corrélation les propos des professionnelles interrogées avec ceux des différents auteurs cités précédemment dans mon cadre théorique, tout en y ajoutant mon point de vue et mes idées. Pour ce faire, j'ai décidé de reprendre le plan de mon analyse. Je vais tout d'abord m'intéresser à l'environnement de travail, c'est-à-dire aux spécificités des différents services d'urgences. Puis j'évoquerai la particularité de la relation triangulaire. Ensuite, je vais m'attarder sur les enfants de 3 à 6 ans, plus précisément sur leur développement, leurs besoins et leurs émotions. In fine, je traiterai la gestion des émotions de l'enfant par les soignants via différents outils thérapeutiques ou non.

### 4.1 La relation triangulaire dans un service d'urgence

Lors de mes entretiens, les deux infirmières ont mis en évidence la polyvalence qu'impliquent les services d'urgences. En effet, comme évoqué plus haut dans mon cadre conceptuel, un service d'urgences est divisé en plusieurs unités. Les professionnels sont donc amenés à travailler aussi bien dans l'unité de médecine, comme être plutôt dans l'urgence vitale en étant au « déchoquage » ou bien, être responsables du tri des patients, de leur orientation en étant à l'accueil. D'après les professionnelles, l'infirmière joue un rôle primordial, il s'agit du premier soignant que les parents vont rencontrer à leur arrivée. Elle joue donc un rôle important de réassurance important auprès des enfants comme des parents afin de faciliter la prise en soin future par les collègues. Lors de mon expérience en tant que remplaçante aide-soignante aux urgences, j'ai pu voir que lorsque les parents et l'enfant avaient eu un bon contact avec l'infirmière d'accueil, qu'elle leur avait expliqué ce qu'il allait se passer et notamment leur expliquer qu'ils vont devoir patienter quelques heures, ils sont plus sereins lorsque qu'on va les chercher pour les installer dans le « box » pour la réalisation des soins puisqu'ils savent à quoi s'attendre. De plus, la particularité de la relation triangulaire que l'on retrouve dans le prendre en soin d'un enfant par la présence de ses parents est la principale spécificité de la prise en soin des enfants. Comme l'ont expliqué les soignantes, l'infirmier doit donc prendre en compte autant l'enfant que ses parents, d'autant plus que le contexte d'urgence favorise l'anxiété parentale pouvant mener parfois à de la violence et à de l'agressivité rendant ainsi la prise en soin plus délicate. J'ai pu constater qu'une bonne prise en soin de l'enfant implique forcément une bonne prise en soin de ses parents. Si le parent est stressé et inquiet cela va se répercuter sur l'enfant à contrario, si le parent est détendu, l'enfant sera plus en confiance.



Comme évoqué par Pascale Wanquet Thibault, *“accueillir l’enfant à l’hôpital implique d’accueillir ses parents. Dans ce contexte, la traditionnelle relation soignant/soigné devient une relation triangulaire, une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation les uns avec les autres”* (L’enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l’entourage, 2015, p.67). De plus, la présence du parent est mise en avant comme étant un droit pour l’enfant soigné dans la Charte de l’enfant hospitalisé qui mentionne à l’article 2 *“qu’un enfant hospitalisé a le droit d’avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état”* (Cf Annexe I). Il me semble donc impensable de prendre en soin un enfant sans prendre en compte ses parents.

#### 4.2 L’enfant de 3 à 6 ans

Afin de prendre en soin un enfant, il est important de savoir ce qu’il a la capacité de comprendre ou de faire en fonction de son âge. A ce sujet, les avis divergent, l’infirmière qui travaille aux urgences polyvalentes, pense que dans la prise en soin d’un enfant, l’âge *« ne veut plus ou moins rien dire »*, elle plus tendance à agir en fonction de l’enfant qu’elle doit prendre en soin plutôt qu’à une catégorie d’âge. A contrario, l’infirmière puéricultrice insiste sur le fait que les enfants âgés de 3 à 6 ans sont les plus faciles à prendre en soin. En effet, selon elle, ce sont des enfants *« qui adhèrent vraiment bien à la distraction »*, ils communiquent facilement et il y a une facilité à tisser une relation de confiance. Elle les compare aux plus petits, qui eux, n’ont pas la parole pour communiquer ce qui implique une communication non verbale, et au plus grands, qui sont *« déjà biaisés par l’impact de la société et de la manière dont on essaie de les faire rentrer dans un moule »* et qui vont donc plus facilement avoir tendance à ne pas pleurer ou à ne pas facilement parler de ce qu’ils ressentent. Dans mes expériences personnelles, j’ai pu à plusieurs reprises prendre en soin des enfants, et je me suis toujours interrogée de quelle manière j’allais pouvoir procéder pour les rassurer et faire en sorte que la prise en soin se passe bien. Pour cela, j’identifiais leur âge et à quel niveau de développement ils étaient et je réfléchissais ensuite à différents moyens à mettre en place en fonction de cela.

Souvent, pour les 3 à 6 ans le jeu est un outil très apprécié et très facile à mettre en place ainsi que la communication, ce sont des enfants qui parlent beaucoup et qui aiment que l’on s’intéresse à eux. Je pense donc qu’il semble important et pertinent de ne pas aborder un enfant de 3 ans comme nous pouvons le faire avec un enfant de 10 ans car leur développement et leur capacité cognitive ne sont pas les mêmes. Pour cela, il me semble nécessaire d’avoir une bonne connaissance de l’enfant et de son développement pour adapter nos soins en fonction.

Pour cela on peut faire référence à différents auteurs ayant décrits les différents stades de développement de l'enfant tels que Jean Piaget ou encore Erik Erikson. D'après les stades de développements décrits par Piaget<sup>21</sup>, l'enfant de 3 à 6 ans se situe dans le stade préopératoire, dans cette étape l'enfant acquiert le langage, une grande capacité d'imagination et l'égoïsme, ce qui fait référence au fait que les enfants de cette âge, aiment beaucoup parler d'eux même et qu'il est donc très facile d'avoir une discussion avec eux. De plus, grâce à leur grande imagination, il est simple de leur raconter des histoires et de leur demander de s'imaginer dans celle-ci afin de les distraire du soin.

### 4.3 Les outils thérapeutiques ou non

Nous en arrivons donc aux différents outils utilisés par les soignants pour faciliter la réalisation des soins auprès des jeunes enfants. Lorsque que l'on veut soulager un enfant lors d'un soin, on pense d'abord à soulager sa douleur mais aussi à l'apaiser. Pour cela, on utilise souvent les moyens thérapeutiques en première intention. Les deux infirmières que j'ai pu interroger utilisent les mêmes moyens thérapeutiques ; les antalgiques, les patchs d'EMLA si le temps le permet et surtout le MEOPA. Dans la quasi-totalité des soins que j'ai pu voir sur les enfants, le MEOPA était systématiquement utilisé. Ce gaz inodore à des propriétés analgésiques et anxiolytiques mais il est beaucoup utilisé ses effets cliniques associées tels que les effets hilarants voir euphoriques et les modifications des perceptions auditives et visuelles. Cependant, la théorie comme la pratique évoque le fait que chacun de ses moyens thérapeutiques sont forcément accompagnés d'outils non thérapeutiques. En effet, on ne peut pas faire un soin sans communiquer avec l'enfant et ses parents, sans leur expliquer ce que l'on va faire. De plus, la communication s'accompagne presque toujours de distraction dans la prise en soin d'un enfant. La distraction peut passer par les histoires, la musique, les dessins animés ou encore par le doudou.

Lors de mes expériences personnelles j'ai beaucoup utilisé le doudou, afin de montrer à l'enfant ce que l'on va lui faire. En voyant son doudou courageux, il le prendra pour exemple et sera plus rassuré. Parfois, j'ai même proposé aux enfants de mettre eux-mêmes le masque de MEOPA sur leur doudou et la plupart des enfants le mettaient ensuite seuls sur leur visage. J'ai pu également constater que les soignants n'avaient pas toujours conscience de faire de la distraction. Je me souviens que, lors de ma première prise en soin d'un enfant, j'ai discuté avec l'infirmière avec laquelle j'avais réalisé les soins. Je lui ai demandé si elle faisait toujours de la distraction avec les enfants, et elle m'a répondu qu'elle faisait ça naturellement mais sans appeler ça de la distraction.

---

<sup>21</sup> BUGOSEN C., psychologue et psychothérapeute, Développement cognitif de l'enfant : les stades chez J. Piaget, 22 juin 2018

Pour elle, elle faisait simplement son soin sans même se rendre compte qu'elle mettait en place de la distraction. Je pense que beaucoup de soignants face à un enfant vont vouloir de façon instinctive détourner l'enfant du soin. Pour cela, ils vont naturellement mettre en place la distraction et la communication sans même vraiment s'en rendre compte. Ce qui nous montre que les outils non thérapeutiques sont beaucoup utilisés par les soignants, en associations ou non avec des moyens thérapeutiques mais il y a toujours des outils mis en place pour faciliter la prise en soin des enfants et ainsi le soulager et l'apaiser. Pour ma part, je pense que dans ma future pratique professionnelle, j'essaierai le plus possible d'utiliser les outils non thérapeutiques qui selon moi, sont les outils les plus efficaces pour aider l'enfant dans la gestion de ses émotions. De plus, je pense qu'utiliser ses outils est rassurant pour les parents, ce sont des méthodes qu'eux même peuvent appliquer et ainsi devenir acteurs de la situation.

#### 4.4 Cheminement vers la question de recherche

Ainsi, grâce à toutes ces recherches théoriques et grâce aux témoignages des infirmières, j'ai pu éclaircir ma problématique de départ portant sur le rôle des infirmières dans la gestion des émotions des enfants lors d'un soin aux urgences. En effet, ma question de départ initialement écrite au début de ce travail de recherche est : « *De quelle manière l'infirmier, dans un service d'urgences, accompagne-t-il l'enfant, âgé de 3 à 6 ans dans la gestion de ses émotions lors de la réalisation d'un soin ?* ». De par l'analyse de mes différentes recherches, j'ai pu constater que les parents, qui sont le référent premier de leur enfant, jouent un rôle important dans la prise en soin de l'enfant. En tant que soignant, il est de notre rôle d'accompagner les parents à trouver leur place et à leur apprendre à accompagner au mieux leur enfant. Tout au long de mes recherches, j'ai pu identifier que les parents ont une place primordiale dans la prise en soin de leur enfant et qu'ils peuvent impacter parfois le bon déroulé de celle-ci par leurs propres émotions. Il me semble donc intéressant d'approfondir mes recherches sur la façon dont les parents peuvent influencer la prise en soin de leur enfant du fait de leur comportement, leur façon d'agir auprès de lui et leur implication dans cette prise en soin notamment dans la réalisation de distraction. J'ai pu comprendre lors de mes recherches que la distraction était une méthode qui permet à l'enfant de moins appréhender le soin en l'attirant sur quelque chose qu'il apprécie, afin de le détourner du soin en cours. Pour cela, les parents sont une grande aide et une véritable ressource car ce sont eux qui connaissent le mieux leur enfant. Ainsi, on peut se questionner sur : Quel est le rôle des parents dans la prise en soin de leurs enfants ? Dans quelle mesure ils sont aidant ou au contraire une limite dans la prise en soin ? Ces questionnements peuvent permettre de poursuivre ma réflexion. Je peux ainsi élaborer ma question de recherche : « *De quelle manière le rôle des parents peut-il influencer la prise en soin de leur enfant ?* »

## Conclusion

Ayant une appétence particulière pour la pédiatrie et les services d'urgences, il m'a paru comme une évidence de réaliser mon travail de fin d'étude sur ce sujet. Pour la réalisation de ce Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, je suis partie de deux situations vécues lors d'un remplacement aide-soignant dans un service d'urgences polyvalentes. J'ai choisi deux situations dans lesquelles les enfants sont stressés et appréhendent les soins. À la suite de ces deux situations, de nombreuses questions me sont apparues et m'ont ainsi amenée à ma question de départ : « *De quelle manière l'infirmier, dans un service d'urgences, accompagne-t-il l'enfant, âgé de 3 à 6 ans dans la gestion de ses émotions lors de la réalisation d'un soin ?* ». J'ai par la suite tenté de répondre à cette question en mettant en lumière trois concepts : l'environnement, ici les services d'urgences, les enfants âgés de 3 à 6 ans et enfin les émotions et la gestion de celles-ci par les infirmiers. J'ai ainsi cherché des articles et des ouvrages en lien avec ces éléments. Grâce à mes diverses lectures, j'ai pu rédiger mon cadre conceptuel. Afin de ne pas trop m'éloigner de mon sujet et de ne pas trop m'éparpiller, j'ai rapidement construit mon sommaire afin de rester dans un cadre.

Une fois mon cadre conceptuel terminé, je me suis attardée à la conception d'un guide d'entretien qui m'a permis d'interroger deux infirmières de terrain. Mon choix de départ était d'interroger deux infirmières non spécialisées, une travaillant aux urgences polyvalentes et l'autre aux urgences pédiatriques afin d'éviter trop de différences quant à leur spécialisation auprès des enfants qui leur donnent forcément des outils supplémentaires. Cependant, l'infirmière travaillant aux urgences pédiatriques, qui était disponible pour mes entretiens, était une infirmière puéricultrice. Malgré cela, j'ai tout de même pu réaliser mon entretien sans qu'il ne soit impacté par cette différence. En effet, je pense que mes questions étaient suffisamment larges et adaptées aux deux services afin de ne pas ressentir les différences entre une infirmière puéricultrice ou non. Lors de l'analyse de mes entretiens, ce n'est pas trois mais quatre concepts qui sont ressortis. On retrouve tout d'abord, la notion d'environnement avec les spécificités des services d'urgences, on retrouve également la notion d'enfant âgé de 3 à 6 ans avec ses caractéristiques tout comme dans mon cadre théorique. Les deux autres notions sont également dans mon cadre conceptuel mais pas comme grande notion à part entière. Or, lors des entretiens, les deux infirmières ont mis en avant la relation triangulaire que je n'avais pas énormément développée ainsi que les différents outils qu'elles utilisent lors des soins.

Enfin, j'ai pu donner mon avis en mettant en confrontation dans ma discussion, mes recherches théoriques, les propos des infirmières de terrains ainsi que mes expériences professionnelles et mon positionnement de future professionnelle.

Cela m'a menée à des éléments de réponses à ma question de départ et in fine, à la rédaction d'une nouvelle question : « *De quelle manière le rôle des parents peut-il influencer la prise en soin de leur enfant ?* ». Cette question clôture ainsi mon travail d'initiation à la recherche et de ce fait cette première expérience dans le monde de la recherche.

Ces recherches m'ont permis de comprendre que l'enfance est une période complexe où l'enfant est soumis à de nombreuses étapes de développement. Il développe aussi des émotions qui lui sont propres et qui lui permettent de réagir face à différentes situations. De plus, un soin peut soulever diverses émotions chez lui. Je retiens donc de ce travail, l'importance de la communication dans la relation qui est un point clé pour une bonne prise en soin. Pour y parvenir, j'ai pu voir que les soignants mettent en œuvre différentes méthodes dans leur approche relationnelle. Elles relèvent le plus souvent de la distraction et de la communication qui sont pour moi indissociables. Cela permet la bonne compréhension de l'enfant mais aussi de ses parents et donc une diminution de leur appréhension.

La présence des parents influence le ressenti de l'enfant, en ayant un impact soit positif soit négatif sur l'appréhension de l'enfant. Elle doit être prise en compte à part entière par le soignant même s'il place le plus souvent l'enfant au cœur de cette relation.

Toutes ces recherches théoriques ainsi que les entretiens que j'ai eu la chance de réaliser, m'ont permis d'enrichir mes connaissances dans le domaine pédiatrique, dans l'accompagnement des parents ainsi que dans les méthodes de distraction qui existent. Cela m'a permis d'enrichir mes connaissances, dans le but d'aider les enfants à vivre au mieux le soin mais aussi à accompagner leurs parents. J'ai pu apprendre de nouvelles techniques de distraction, que je pourrai mettre en pratique dans mon exercice professionnel. J'ai également appris comment apaiser l'enfant en confirmant le fait qu'un parent stressé partageait son stress à son enfant et qu'il est primordial de prendre en compte également leurs émotions.

A présent, j'arrive au terme de ce travail de recherche. J'ai ressenti plusieurs émotions durant la rédaction de ce travail. Tout d'abord, j'ai de nombreuses fois douté et remis en question mon travail avec la peur de faire du hors sujet. Finalement, je peux fière du chemin parcouru et des connaissances que ce travail m'a permis d'acquérir. Même si on pense que ce travail est une épreuve insurmontable, on en sort grandi, mûri et fier d'avoir vécu cette expérience.

Pour finir, je dirai que ce travail de recherche fut une expérience enrichissante tant personnellement que professionnellement, qui m'a permis de conforter mon choix de m'orienter vers les soins d'urgences et je l'espère un jour les soins d'urgences pédiatriques.

## Bibliographie

### Ouvrages :

Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, 3<sup>e</sup> Edition, Christine Paillard, 2016

### Articles :

ARGOD C., « Comprendre les émotions pour mieux les appréhender », Découvertes gustatives en collectivité, Métiers de la petite enfance, 2019

DEVOLDÈRE, C, soignants, parents : une place pour chacun, 2012, p.22.

GASSIER, J., SAINT SAUVEUR, C de. Le guide de la puéricultrice. 3ème éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007, p. 4.

MOREAUX T., « L'utilisation du méopa chez l'enfant lors d'un geste douloureux », Démarches innovantes en pédiatrie, Soins pédiatrie/puériculture, 2010, p23-24

RASSE, M. (2017). « L'approche pikléienne dans la prise en charge des émotions de l'enfant ». Cahiers de la Puéricultrice, 54(312), p17-20.

RESTIF, A-S, « L'autohypnose, une ressource pour l'enfant lors de soins douloureux », Démarches innovantes en pédiatrie, Soins pédiatrie/puériculture, 2010, p37-39

SCHUHL C., « Emotions et affectivités en AEJE », Métier de la petite enfance, 2013, p41

SELLENET, C. Les puéricultrices au cœur de l'enfance. Revigny-sur-ornain : Hommes et perspectives/Martin média, 2002, 299

WANQUET THIBAUT, P, l'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage, 2015, p.67

### Textes législatifs :

Annexe V, Charte de l'enfant hospitalisé, 1988

Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé

<https://www.sparadrap.org/enfants/dictionnaire/lhopital/charte-de-lenfant-hospitalise>

Convention internationale relative aux droits de l'enfant (1989) [Convention Internationale relative aux droits de l'enfant \(texte intégral\) - Humanium](#)

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique, Article R43116-14 du 8 août 2004 [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913902#:~:text=En%20l'absence%20d'un,sign%C3%A9s%20par%20le%20m%C3%A9decin%20responsable.](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913902#:~:text=En%20l'absence%20d'un,sign%C3%A9s%20par%20le%20m%C3%A9decin%20responsable.)

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. JORF, n°183 du 8 août 2004, page 37087, texte n° 37086. Article R4311-13.

[Article R4311-13 - Code de la santé publique - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

## **Webographie :**

ARS, la médecine d'urgence, 16 mars 2018,

<https://www.ars.sante.fr/la-medecine-durgence-0#:~:text=les%20structures%20des%20urgences,'urgence%2C%20y%20compris%20psychiatrique.>

BUGOSEN C., psychologue et psychothérapeute, Développement cognitif de l'enfant : les stades chez J. Piaget, 22 juin 2018

<https://psy-enfant.fr/stade-developpement-jean-piaget/>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, définition relation 2012

[RELATION : Définition de RELATION \(cnrtl.fr\)](https://www.cnrtl.fr/definition/relation)

DERRIEN M., Croix Rouge Française IRFSS Bègles, 2018

<https://www.sparadrap.org/professionnels/la-relation-triangulaire-enfantparentssoignant-au-coeur-du-soin-invasif>

GALLAND F., Distraire son enfant lors d'un soin pour diminuer la douleur, 2011

<https://www.sparadrap.org/parents/aider-mon-enfant-lors-des-soins/distraire-mon-enfant-lors-dun-soin-dun-examen>

HAS, Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé, Certification V2010, Décembre 2011, p7

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213\\_guide\\_pec\\_enfant\\_ado.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf)

Passeport santé, 19 avril 2022

<https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/Fiche.aspx?doc=services-urgence>

PHANEUF M., inf., Ph. D. 2007, révision nov. 2013 page 2

<http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/10/Le-soin-de-lenfant-et-le-jeu.pdf>

RODIGUEZ Eva-Maria, Nos pensées, Les étapes du développement psychosocial d'Erikson, Décembre 2022

<https://nospensees.fr/les-etapes-du-developpement-psychosocial-derikson/>

RODRIGUEZ WEISZ E., psychologue de CogniFit, LA théorie de Piaget : les stades du développement de l'enfant, est-ce que votre enfant se développe selon l'âge ?

<https://blog.cognifit.com/fr/theorie-de-piaget/>

SFMU, Société Française de Médecine d'Urgence, Référentiel de compétences de l'infirmier(e) en Médecine d'Urgence, juin 2008, page 7., page 57.

[https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/Referentiel\\_IDEU\\_VF2008-06-1.pdf](https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/Referentiel_IDEU_VF2008-06-1.pdf)

## **Cours :**

Cours B. Sarrazy, Département des sciences de l'éducation université Victor Segalen Bordeaux 2

[https://educationspecialisee.ca/wp-content/uploads/2018/02/stades\\_piaget.pdf](https://educationspecialisee.ca/wp-content/uploads/2018/02/stades_piaget.pdf)

## **Illustration page de garde :**

[https://www.sparadrap.org/sites/default/files/2018-10/Pendant-les-injections\\_large.jpg](https://www.sparadrap.org/sites/default/files/2018-10/Pendant-les-injections_large.jpg)

## Annexes

Annexe I - Charte de l'enfant hospitalisé

Annexe II - Guide d'entretien

Annexe III - Retranscription entretien n°1

Annexe IV - Retranscription entretien n°2

Annexe V - Tableau d'analyse des entretiens



## Annexe I : Charte de l'enfant hospitalisé

### Charte européenne de l'enfant hospitalisé

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

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

Cette charte résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.



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



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

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



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



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

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



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



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

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



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



Illustrations : Pef

© APACHE - Pef - EACH

## Annexe II : Guide d'entretien

### Introduction :

Bonjour, je m'appelle Pauline et je suis étudiante infirmière en 3<sup>ème</sup> année à l'IFSI de Pontchaillou à Rennes. Je me permets de vous solliciter afin de réaliser un entretien pour mon mémoire de fin d'étude. Mon mémoire a pour sujet l'accueil des enfants de 3 à 6 ans aux urgences.

Etes-vous d'accord pour que cet entretien soit enregistré ? Il restera anonyme, et réalisé dans la bienveillance et le non-jugement. Je vous remercie.

Questions	Objectifs
Pouvez-vous présenter votre parcours professionnel	Débuter l'entretien Connaitre les expériences du soignant
Quelles sont selon-vous les particularités de votre service d'urgences ?	Relever les spécificités du service, ambiances...  Identifier les différences de prise en charge d'un enfant (Points commun ou non entre un service polyvalent ou un service spécialisé)
Quelle place ont les parents dans cette prise en soin ?	Identifier le rôle des parents dans la relation triangulaire
Qu'est-ce que vous vous dites lorsque que vous savez que vous prenez en charge un enfant de 3 à 6 ans ?  Quelle est selon vous la particularité des enfants de cette tranche d'âge ?	Identifier les particularités des enfants âgés de 3 à 6 ans (développement, comportements...)
Pourriez vous me raconter une prise en charge d'un enfant ?  Comment abordez-vous un enfant arrivant dans un service d'urgence ? Quels outils utiliser-vous /mettez-vous en place pour réaliser un soin sur un enfant ?	Identifier la place de la distraction dans les soins  Identifier le rôle infirmier auprès de l'enfant et des parents
Quels types d'émotions voyez-vous chez les enfants ? Comment le voyez-vous ?  Lorsque vous vous apprêtez à réaliser un soin à un enfant, quelles émotions dégagées par celui-ci, relevez-vous le plus ? Comment se sont-elles manifestées ?	Identifier les signes permettant d'identifier quelles émotions l'enfant ressent
Que mettez-vous en place concrètement lorsque vous prenez en soins des enfants de cet âge ?	Identifier les différents outils utilisés (thérapeutiques ou non)
Avez-vous bénéficié de formations autour de la prise en soin de l'enfant qui vous ont aidé ?	Identifier les différences d'accès à des formations sur la pédiatrie entre des IDE travaillant en service polyvalent ou en service spécialisé
Avez-vous autre chose à ajouter ?	Clôturer l'entretien Permettre au professionnel de compléter l'entretien avec des éléments qu'il aurait oublié de dire

## **Annexe III - Retranscription entretien n°1**

### **Entretien 1 : 18 min 27**

**ESI** : Alors, je m'appelle Pauline, je suis étudiante en 3e année et je me permets de te solliciter pour un entretien pour mon mémoire de fin d'étude qui a pour sujet l'accueil des enfants de 3 à 6 ans aux urgences. Est-ce que tu es d'accord que j'enregistre cet entretien qui reste anonyme bien évidemment et réalisé en bienveillance, voilà.

**IDE puer** : C'est d'accord pour moi, aucun problème oui

**ESI** : Du coup, la première question, est ce que tu peux te présenter toi et ton parcours professionnel.

**IDE puer** : Donc je m'appelle IDE puer, j'ai 42 ans, 2 enfants et je suis diplômée infirmière puéricultrice depuis décembre 2005 et j'ai travaillé depuis janvier 2006. J'ai d'abord fait un an d'intérim pédiatrique à Paris, avant de revenir sur Rennes où j'ai fait 5 ans de pool pédiatrique à l'hôpital Sud, donc j'ai tourné sur tous les services dont nourrissons, grands enfants, néonats et cetera. Et je suis en poste aux urgences pédiatriques de l'hôpital de Rennes depuis janvier 2011.

**ESI** : Quelles sont selon toi les particularités du service d'urgence ?

**IDE puer** : Pédiatrique ? Ou les urgences globales ?

**ESI** : Les urgences pédiatrie

**IDE puer** : Urgence pédiatrique, euh... la... Pour moi, ce serait la gestion de l'anxiété parentale... qu'il y a moins, en tout cas dans les autres services de pédiatrie, parce que là on est dans des situations urgentes, alors qu'ils considèrent parfois comme urgentes mais qui pour eux, restent urgentes, même si pour nous, elle ne l'est pas et donc du coup il y a une majoration considérable de l'anxiété des parents. Qui entraîne du coup, de l'agressivité et des situations compliquées à gérer. Pour moi, ce serait plus la dimension différente d'un autre service d'urgence adulte par exemple, ou alors, effectivement y aura peut-être la gestion de la famille qui serait compliquée, mais des parents pour leur enfant, la donne est différente. Après sinon, ça reste un service de pédiatrie pour ce qui est de la relation à l'enfant, en tout cas pour moi. Je pense que le plus important pour les enfants, c'est la réassurance, parce qu'ils ont la trouille, parce qu'ils ont souvent mal, parce qu'ils sont malades et parce que moi mon objectif, quand ils partent de là, c'est qu'ils ne gardent pas un mauvais souvenir de leur passage aux urgences. C'est que du coup, ça conditionne les passages ultérieurs éventuellement. Ou les consultations chez le médecin ou les prises de sang au laboratoire. Bref, qui ne gardent pas de souvenir un peu traumatisant de leur passage aux urgences. Après pour ce qui est de l'organisation, c'est la même que dans un service d'urgences adultes, l'infirmière puéricultrice d'accueil fait un premier tri en fonction de la gravité et l'enfant est pris plus au moins vite en fonction de ça.

**ESI** : OK, Quelle est du coup selon toi, la place des parents dans cette prise en soi ?

**IDE puer** : La place des parents, elle est fondamentale, elle est fondamentale parce que l'enfant, son référent numéro un, c'est le parent. Donc s'il sent son parent, accompagnateur ce jour-là, rassuré, serein et bien pris en charge, il va lui-même être rassuré, serein et tout va bien se passer. Si le parent est extrêmement anxieux, les enfants sont des éponges et du coup, ça, ça va se répercuter sur eux cette anxiété et du coup, nous, on va avoir beaucoup plus de mal à travailler et à rassurer l'enfant. Donc la place du parent, elle est très importante et elle doit vraiment être prise en compte par l'infirmière puéricultrice aux urgences parce que si elle arrive à tisser une relation de confiance avec le

parent, d'emblée, la prise en charge se passera bien. Et j'en suis intimement persuadé que tout se joue dès l'infirmière d'accueil et d'orientation.

**ESI** : Qu'est-ce que tu te dis lorsque tu sais que tu vas prendre en charge un enfant de 3 à 6 ans ?

**IDE puer** : Qu'est-ce que je me dis ? Plein de choses, je me dis, comment je vais faire pour le rassurer et pour le distraire ? Avec les enfants de 3 à 6 ans, c'est très facile parce que c'est des enfants qui adhèrent vraiment bien à la distraction, c'est l'âge où ils adhèrent le mieux parce que les tout-petits, c'est plus compliqué dans la mesure où ils ne peuvent pas communiquer, pas de la même manière, ils peuvent communiquer plein de choses, mais par la communication non verbale. Et les plus grand, les plus de 6 ans, ils sont déjà biaisés par l'impact de la société et de la manière dont on essaie de les faire rentrer dans un moule alors qu'entre 3 et 6 ils ont cette espèce de pureté de communication qui fait que c'est très facile de tisser quelque chose. Et si, on leur accorde de l'importance, les 3 à 6 ans. Si, quand il arrive au lieu de s'adresser aux parents, on s'adresse directement à l'enfant en lui disant « Bonjour, comment tu t'appelles et qu'est-ce qui t'arrive, pourquoi tu viens à l'hôpital ? » Déjà, premier contact, l'enfant est pris en considération. Et on voit tout de suite dans son regard, « ah elle s'adresse à moi, donc je suis important » et ils sont toujours très fiers de dire « Ah bah moi, je m'appelle Matteo et je me suis fait mal aux pieds » et hop d'emblée, on tisse quelques une relation de confiance avec cet enfant-là, si bien que quand on va le recevoir après pour l'accueil et Ben ça va bien se passer, il sera serein. Vous avez eu un bon contact avec lui, il a plus de peur s'il avait peur, il est rassuré et toute la suite va en découler. Alors ça ne marche pas à tous les coups. Mais dans 80% des cas ça marche si on arrive à instaurer cette relation de confiance dès le départ et de complicité un petit peu quelque part, ce qui est très facile avec les 3 à 6 ans.

**ESI** : OK. Est-ce que tu peux me raconter une prise en charge d'un enfant de cet âge-là, qui te reviens ?

**IDE puer** : Comment ça va se passer ?

**ESI** : Bah... Comment tu l'abordes en arrivant dans ce service ? Ce que tu mets en place pour réaliser les soins tout ça ?

**IDE puer** : Alors donc on parle du côté soins, pas de l'accueil. Eh Ben on va prendre un exemple très simple et très commun aux urgences pédiatriques, on va prendre un enfant de 5 ans avec une plaie de l'arcades. Donc du coup, moi je vais débiter, par chercher l'enfant en salle d'attente, l'appeler par son prénom et la première chose que je vais faire, c'est me présenter à l'enfant en étant positionnés et en parlant de manière à ce que les parents m'entendent et est aussi l'information. Mais je ne m'adresse qu'à l'enfant. Je vais lui dire « bonjour je m'appelle Manon, je suis l'infirmière qui va s'occuper de toi, tu viens avec moi, on va aller s'installer dans une salle pour pouvoir te prendre en charge ». Hop, on y va, il faut parler aux enfants de 3 à 6 ans, pas comme à des bébés, mais ça en général, les infirmières de pédiatrie le font assez facilement. Ce n'est pas forcément le cas de tous les adultes. Un enfant de 3 à 6 ans est parfaitement capable de comprendre tous les mots du vocabulaire les plus fréquents. Du coup je l'emmène avec moi, je l'installe dans la salle, on commence toujours par peser l'enfant aux urgences pédiatriques pour avoir un point de référence. Donc je le pèse. Ensuite, je l'installe sur le Brancard, je discute avec lui, je lui demande comment ça s'est passé, comment il s'est fait mal, il me raconte et moi de mon côté, je lui explique ce qui va se passer. Je lui ai demandé « est-ce que tu sais ce qui va se passer, toi, s'il me dit oui, maman, elle m'a expliqué », je dis, Bah raconte moi et je réajuste si besoin est sinon je lui explique comment ça va se passer. Eh bien « alors tu vois, tu es ici pour réparer ton bobo, je vais t'amener un masque que tu vas pouvoir décorer avec des gommettes, tu vas pouvoir mettre des feutres qui sentent bon, tu vas pouvoir sentir ton parfum. Et ensuite moi je viendrai avec le docteur, tu pourras respirer dans le masque, gonfler un gros ballon, on va raconter des histoires, on

va chanter. Qu'est-ce que tu préfères, toi, chanter, raconter des histoires » et comme ça, j'ai des petits indices pour la suite. Ensuite, une fois que je le sens serein, je vais chercher le masque, je ramène le masque, je continue à vaquer à mes occupations parce que tant que le médecin n'est pas disponible, on ne peut pas aller faire le soin. Et lorsque le médecin est disponible, j'arrive avec ma bouteille et qui fait un petit peu peur pour les enfants, une grosse bouteille de MEOPA, c'est un petit peu inquiétant et il a son masque et je lui dis, « Bah voilà, tu vois, c'est le masque pour gonfler le ballon, c'est comme ça », je fais tout le montage pour le KALINOX et puis je m'installe avec l'enfant. En général, ce que j'ai réussi à tisser avec lui initialement me permet de l'installer sereinement. Débuté un soin avec un enfant qui est serein et qui a confiance en toi, c'est gagné, ça se passera forcément bien, sauf exception, ça se passera bien. Et du coup après on fait le soin et en général avec les 3 à 6 ans c'est très facile de détourner leur attention du soin douloureux. En fonction de l'enfant si je sens que l'enfant est un enfant un peu doux, un peu calme et fatigué, je veux plutôt avoir tendance à chanter des Berceuses. En général, ils finissent par s'endormir. Si je sens qu'ils sont un peu speed et puis qui veulent, qu'ils ont du mal à mobiliser leur attention, je vais plutôt opter pour une histoire et dans ce cas-là je demande ce que tu aimes. Est-ce que t'aimes les pirates, est-ce que t'aimes les dragons, est-ce que t'aimes les princesses et du coup je m'adapte, je construis mon histoire à partir de ça. Si c'est un plus petit un 3 ans et Ben ce sera peut-être plutôt les chansons qu'on apprend à la maternelle et « qu'est-ce que t'as appris comme chanson, les petits poissons tu veux qu'on chante les petits poissons » hop hop hop et mon objectif en fait c'est juste de détourner son attention de ce qui est en train de se passer avec le médecin. Lui, il va être exclusivement centré sur lui sur moi. Il y aura quelque chose qui va se tisser, plus rien d'autre, existe. On est tous les 2. Et puis ce qui se passe à l'extérieur en fait, on n'y prête plus attention. Ni un ni l'autre. Le soin en général, se déroule très bien comme ça, il arrive que ça ne fonctionne pas. Il arrive que malgré la réassurance, l'enfant soit terrorisé. Alors Ben on essaie de trouver d'autres méthodes de réassurance, c'est pas, ça marche pas à tous les coups, mais la plupart du temps ça marche.

**ESI** : OK

**IDE puer** : J'ai beaucoup parlé

**ESI** : Très bien. Quel type de d'émotion tu vois le plus chez les enfants et comment tu les vois ?

**IDE puer** : Ah... L'anxiété, la peur, l'appréhension. Euh... Comment je les vois, euh... après 12 ans à travailler auprès des enfants, j'ai fini par saisir assez, beaucoup de choses, beaucoup d'éléments qui sont faciles pour moi à interpréter au niveau de leur visage, au niveau de leur attitude, au niveau de positionnement de leur corps. Est-ce qu'ils vont se cacher derrière les jambes de leur maman, est-ce qu'ils viennent vers moi avec un grand sourire. Est-ce que voilà y'a pas que de la peur et l'anxiété y a aussi des enfants qui naturellement sont des enfants qui font confiance à l'adulte et qui du coup d'emblée seront sereins, rassurés et confiants face à la prise en charge. Donc il y a vraiment, y aura vraiment tout plein d'émotions chez les enfants entre 3 et 6 ans. En plus c'est les enfants qui montrent beaucoup de choses, plus que les enfants plus âgés par exemple, les enfants plus âgés par exemple, les petits garçons déjà impactés par la société. Ben ils vont faire en sorte de pas pleurer parce qu'un garçon, ça pleure pas, parce qu'on lui a dit qu'un garçon ça pleurerait pas et donc on aura une relation différente avec ces enfants-là. Alors que les 3 à 6 vraiment, s'ils ont peur ils vont le dire, « moi j'ai peur, euh, je veux pas être ici, je veux rentrer chez moi, mais moi mon manteau ». Voilà, ils vont verbaliser les choses et du coup, c'est plus facile quand ils verbalisent de rebondir, pour les rassurer.

**ESI** : Forcément, Qu'est-ce que tu mets en place concrètement lorsque tu prends un enfant en soin ?

**IDE puer** : Concrètement !?



**ESI** : Ouais

**IDE puer** : Moi je mets en place beaucoup de communication. Et beaucoup de distractions. Je ris beaucoup avec les enfants de 3 à 6 ans. C'est je pense, je pense que c'est la population pédiatrique que j'ai le plus de plaisir à prendre en charge. Euh, c'est des enfants avec à qui je vais faire assez facilement des petites blagues. Ces enfants qui réagissent très bien ce genre d'interaction, donc du coup, concrètement, je veux mettre en place beaucoup de communication en m'adressant à l'enfant, en me servant parfois de ce que je vois. « Oh dis donc t'as de jolies boucles d'oreilles, toi tu les as mis quand ? » et « Oh dis donc t'as Chase de la Pattes Patrouille sur ton tee-shirt, c'est qui c'est Chase ton préféré ? » Et « ah toi, tu as 4 mois, alors tu as 4 ans, du coup tu vas à la moyenne section. Oui ! et bah c'est qui ta maîtresse ? » Et voilà beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup de communication. Je pense que mon défaut à moi peut-être c'est de parfois délaissier un petit peu les parents. Parce que je suis tellement centrée sur l'enfant. Que parfois, j'oublie peut-être de m'adresser à eux, là où il faudrait un petit peu, mais je me dis qu'ils entendent ce que je dis à leur enfant et qu'ils ont aussi l'information. Et beaucoup de distraction, c'est à dire que mon objectif, ça va vraiment être de détourner leur attention de ce qu'on. De ce qu'on peut faire de potentiellement douloureux ou anxiogène. J'utilise beaucoup beaucoup, moi, je suis formée à la distraction en pédiatrie et j'utilise énormément la distraction même pour des petites choses. Euh, pour lesquelles je sens qu'il y a une appréhension. J'utilise la distraction. Donc je dirais communication et distraction de manière concrète.

**ESI** : Ça marche et du coup, avez-vous bénéficié de formations autour de la prise en soi qui vous ont aidé ?

**IDE puer** : Bah la formation à l'hypno-distraction. Je pense que c'est la formation qui m'a le plus aidé. Ça m'a permis d'avoir des bases. Après l'hypno-distraction qu'on utilise, on ne parle pas d'hypnose hein, je chez l'enfant. Enfant enfin en tout cas pas dans ce à quoi je suis formé. L'hypno-distraction, en fait, c'est vraiment détourner l'attention de l'enfant, du soin douloureux. On a une formation de base que j'ai eu il y a une bonne dizaine d'années. Où on nous apprend comment distraire l'enfant en fait, comment l'extraire de la situation pénible. Donc cette formation-là, moi elle m'a été très très utile. Après j'ai eu plein d'autre, fin j'ai eu d'autres formations. Pas tellement axé sur la pédiatrie mais par exemple, je suis formé en Gypso thérapie, mais je sais pas si ça t'intéresse beaucoup, ça, je suis formé à faire les plâtres. Euh, je suis, voilà. Mais ce qui, ce qui, la formation qui me sert le plus, c'est clairement m'hypno-distractions. Je l'utilise quotidiennement et avec tous les enfants que je prends en charge. Même avec les bébés. Tu ne me verras jamais piquer un nourrisson de 2 mois sans chantonner. Sans le regarder, sans lui expliquer. Même s'il a 2 mois. C'est quelque chose qu'on utilise et toutes avec tous les enfants.

**ESI** : OK, ça marche. Est-ce que t'as autre chose à ajouter ou tu penses avoir fait le tour ?

**IDE puer** : Euh... Je pense qu'on a peu près tout dit, sur la prise en soin de l'enfant de 3 à 6 ans. Si ! Je pense que puisqu'on parle du service d'urgence par rapport au fonctionnement du service du d'urgence, je pense que, euh. Le rôle de chacun est fondamental dans le déroulement d'une prise en charge. C'est à dire que si, l'infirmière d'accueil n'a pas fait son job, de réassurance de, de communication avec l'enfant et cetera. Et que moi je suis en soin, je vais récupérer un enfant qui, que je vais avoir beaucoup plus de mal à apaiser. Donc, je pense que c'est vraiment un travail d'équipe et qu'il faut que tout le monde ait la même attitude. De l'infirmière d'accueil à l'infirmière de soins, en passant par l'externe, par l'interne, par le chef, par toutes les personnes, l'auxiliaire de puériculture, toutes les personnes qui vont intervenir auprès de l'enfant doivent avoir cette même attitude. Et ce même fonctionnement. Alors nous, aux urgences, on fonctionne tous comme ça parce que quelque part tu es formé quand tu arrives par les anciennes du service qui fonctionnent déjà comme ça. Donc

on, on travaille toutes de la même manière et je pense que c'est extrêmement important. De tous travailler de la même manière et je pense que le rôle de l'infirmière à l'accueil est fondamental. Tant pour, l'enfant que pour les parents, dans ce qui est de la suite. Si les parents sont rassurés à l'accueil par une infirmière qui sait ce qu'elle fait, qui va leur expliquer, qui va assurer son rôle propre d'infirmière puéricultrice d'éducation parentale. Et qui les prévient par exemple, qui a tout plein d'attentes, « je suis vraiment désolée, mais ce soir on est sur 4 à 6h d'attente avant de voir le médecin ». C'est dit, les gens dans la tête, ils se disent « Oh mais 20h, ça veut dire que je peux avoir le médecin avant 2h du matin », ils savent du coup ils vont pas venir toutes les 2 secondes de dire « Ça fait 1h30 qu'on est là, on n'a toujours pas vu de médecin ». Oui il y a 6h d'attente, ils savent, tu leur as dit et ça, ça fait partie du job et ça, c'est vraiment des choses qui sont hyper importantes de tous travailler dans le même sens. Et je pense que la communication est la base de tout pour vis-à-vis des parents comme vis-à-vis de l'enfant. Expliquer aux gens les choses, expliquer aux parents qu'est-ce qui va se passer ? Moi, Quand les parents arrivent pour un bras, que je vois tout de suite qu'il est cassé, je leur dis, « écoutez la radio le confirmera, mais je pense que votre enfant a une double fracture des os de l'avant-bras, Comment ça va se passer ? Je vais lui donner un antalgique, ensuite le médecin le verra prescrira une radio, en fonction de la radio. Soit c'est une fracture non déplacée, auquel cas il aura un plâtre, mais j'en doute ». Vu la tronche de son bras, mais je ne le dis pas, ça, je le pense dans ma tête, « soit c'est non déplacé à ce moment-là on plâtrera si besoin est. Soit c'est une fracture déplacée qui nécessite une réduction auquel cas soit il y aura une réduction ici aux urgences, soit il ira au bloc opératoire pour être opéré. Tout ça, ça sera en fonction de la radio et c'est le médecin qui vous l'expliquera ». Les choses, sont dites, les gens savent ce qui les attend, ils savent qu'ils vont avoir un antalgique et ils savent qu'ils vont avoir une radio, ils savent qu'ils vont voir le médecin et que Ben en fonction des images de la radio, ça va se passer de telle ou telle manière. Les gens arrivent avec un enfant adressé par un médecin pour une infection urinaire. Je leur explique Comment ça va se passer. J'essaie de tout préparer. Moi quand je suis à l'accueil, je prépare le terrain vraiment pour la suite. Et ça, je pense que le rôle d'infirmière d'accueil est très important. On n'est pas que sur les 3 à 6 ans, ça c'est sur tous les services d'urgences, sur tous les âges. Mais les 3 à 6 ans aussi, particulièrement, c'est les enfants les plus réceptifs à la communication

**ESI** : Ok, super, en tous cas merci beaucoup. C'était très complet, parfait !

## Annexe IV - Retranscription entretien n°2

### Entretien 2 : 15 min 58

**ESI** : Alors Bonjour, je m'appelle Pauline, je suis étudiante en 3e année à l'IFSI de Pontchaillou et du coup Je me permets de te solliciter pour réaliser un entretien pour mon mémoire de fin d'étude. Qui a pour sujet, l'accueil des enfants 3 à 6 ans aux urgences. Est-ce que t'es d'accord pour que cet entretien soit enregistré et qu'il soit anonyme, bien sûr.

**IDE** : Oui !

**ESI** : Alors du coup, première question, est-ce que tu peux te présenter ? Et ton parcours professionnel.

**IDE** : D'accord. Alors Bonjour moi c'est IDE 2, donc je suis infirmière depuis 98. Parcours professionnel, j'ai travaillé en chirurgie en début de carrière, ensuite, j'ai travaillé auprès des enfants atteints de la mucoviscidose, à Roscoff et j'ai aussi travaillé avec les enfants obèses, toujours à Roscoff. J'ai aussi travaillé, dans un service de rééducation post réanimation, suite à des gros traumatismes, et cetera. J'ai fait aussi un petit peu de laboratoire, prélèvement en laboratoire. Et ensuite en 2002, je suis arrivée aux urgences de Saint-Malo pendant 20 ans et là, depuis quelques mois, je suis en pédopsychiatrie à Saint-Malo, à l'USEA.

**ESI** : Ok, Quelles sont selon toi les particularités d'un service d'urgence ?

**IDE** : En pédiatrie, du coup ou en général ?

**ESI** : Non aux urgences, là où tu étais du coup, ton service d'urgences

**IDE** : Ouais, alors les particularités c'est la diversité de l'accueil des personnes. On peut accueillir toutes les générations, toutes les pathologies. Voilà, c'est aussi le timing aux urgences, il n'est pas du tout le même que dans les services, c'est à dire qu'en général faut aller assez vite, même plutôt très vite par moments, en cas d'urgence vitale. Voilà. Et puis la particularité en tant qu'infirmière, c'est qu'on n'a jamais le même poste. On a des postes diverses et variés, de l'accueil, de la chirurgie, de la médecine, du SMUR, du Déchocage, du dépôt de sang, et cetera. Donc voilà et une multitude de rencontres entre les professionnels. On travaille, en fait avec beaucoup de personnes, médecins, aide-soignant, ambulanciers, psy. Donc voilà, une diversité aussi dans les rencontres professionnelles. Et puis, quand il s'agit d'un enfant, et bah, c'est souvent en termes d'attente, ils sont prioritaires sur les adultes. La prise en charge est complètement différente parce qu'un enfant de 3 à 6 ans ne comprend pas forcément, pourquoi il a mal, ou pourquoi, il comprend, mais lui, il ne peut pas en termes de douleur, en termes d'expression de douleur ou en tout cas, voilà, c'est différent des adultes. Donc on est obligé de prendre plus de temps. Donc au niveau du temps ça sera toujours plus long avec un enfant qu'avec un adulte, parce qu'on prend le temps de lui expliquer. Souvent, ils sont en pleurs parce qu'ils y viennent aux urgences donc on prend un temps pour les calmer. Voilà un enfant, dans le temps, aux urgences, la prise en charge est souvent plus longue.

**ESI** : Alors, quelle place ont les parents dans la prise en soin ?

**IDE** : Alors, tout dépend de la prise en charge. Après moi j'ai tendance plutôt à laisser les parents avec moi. Parce qu'ils peuvent être utiles. Et puis ça dépend comment est l'enfant, s'il est stressé, pas stressé et tout. Mais dans l'idée, en fait, c'est que le parent, il reste avec l'enfant. Mais, t'expliques aux parents, ce que tu vas faire à leur enfant et t'explique à l'enfant ce que tu vas lui faire parce que si t'expliques pas aux parents et que t'expliques que à l'enfant et les parents seront stressés de ce que tu vas faire à leur enfant. En fait dans l'idée faut d'abord expliquer ton soin. Et puis tu l'expliques à



l'enfant bon, de manière un peu enfantine, tu ne parles pas comme un adulte mais voilà tu l'expliques bien ce que tu vas lui faire et en général et Ben ça se passe bien quoi après. Ça se passe bien à part une fois, un père n'a pas voulu que je fasse du MEOPA a son enfant, parce que lui il avait eu une mauvaise expérience avec mais au final ça s'est super bien passer pour son enfant. Donc, ouais, je garde les parents, même l'autre jour quand j'ai piqué le bébé de 14 mois, la maman c'est elle qui le tenait tu vois. Elle était avec elle, elle était sur le brancard avec son bébé et j'avais l'aide-soignant qui tenait le pied et j'ai fait sa perf sur le pied quoi. J'ai pas fait de MEOPA, j'ai pas fait de machin en plus tu vois et ça c'est super bien passé quoi.

**ESI** : Ok. Et, qu'est-ce que tu te dis quand tu sais que tu vas prendre un enfant de 3 à 6 ans en soin?

**IDE** : C'est-à-dire ?

**ESI** : Alors pour toi, c'est quoi les particularités ? On te dit, tu vas prendre en soin, c'est un enfant, il a 3 à 6 ans, qu'est-ce que tu vas te dire ? Quelles sont les particularités de cet âge-là ? Est-ce que c'est plus facile ou difficile qu'avec une autre tranche d'âge ?

**IDE** : Ouais, alors, bah tu discutes de ce qu'il fait dans la journée, s'il est à l'école, comment ça se passe à l'école. Enfin voilà, après que ce soit de 3, 6 ans, 10 ans ou 15 ans ça change pas grand-chose l'âge. Ça dépend de l'approche que t'as avec lui quoi. Mais après, tu essaies de détourner son attention. Si tu vois qu'il est stressé, quand t'as des enfants qui arrivent, qui sont pas du tout stressés sur ce qu'on va leur faire. Mais bon, non après il faut détourner son attention. Puis tu parles de tout et de rien. Puis en fait au final, t'arrives à faire ton soin. Et puis ça se passe bien, des fois tu leur donnes ton portable ou ils ont un portable, ils regardent un dessin animé, ils regardent ce qu'ils aiment bien et puis ça les distrait un petit peu quoi. 3, 6 ans, il y a pas forcément un critère d'âge quoi après, ça veut plus ou moins rien dire enfin chaque enfant est différent peu importe son âge. On fait plutôt en fonction de lui plutôt que de son âge.

**ESI** : OK ? Est-ce que tu peux me raconter une prise en charge qui te revient d'un enfant qui était d'environ 3 à 6 ans, qui est venu aux urgences ? Et ce que tu peux me raconter, comment tu t'y es pris quand tu es allé par exemple directement le chercher à la salle d'attente jusqu'à ta prise en soin ?

**IDE** : Ouais. Alors par exemple une prise en charge de douleurs abdominales très intense, un enfant qui était plié en deux. Je vais le prendre très rapidement. Je l'installe avec ma collègue aide-soignante dans un box. Je lui demande ce qui lui arrive, si il sait ce qui va se passer. Ensuite, prise de constante, en termes de douleur, on a une échelle de douleur avec des sourires. Bon là il y a les cris donc on sait qu'il a très mal, il est tordu de douleur. En tant qu'infirmière, on va immédiatement voir un médecin pour que la prise en charge soit très rapide. Souvent, on installe de l'ENTONOX, parce qu'on sait qu'on va le perfuser très rapidement parce qu'il a très, très mal et que voilà. Donc pose de perfusion assez rapide et l'ENTONOX nous permet de canaliser un petit peu sa peur, ses pleurs et un petit peu la douleur. Ensuite c'est une prise en charge rapide avec le médecin, si c'est, là c'était un syndrome appendiculaire, on fait prise de sang, perfusion et antalgique.

**ESI** : Quel type d'émotions tu vois le plus chez les enfants et comment tu les vois ? Comment elles se manifestent ?

**IDE** : Ouais, évidemment, si un enfant vient aux urgences comme je disais, Ben souvent c'est qu'il a mal. Ou en tout cas, voilà donc souvent, c'est le visage crispé. C'est souvent, c'est surtout dans le visage des yeux un petit peu apeurés. Alors ça, ça peut être parce qu'il a très mal mais ça peut être aussi une prise en charge où l'enfant est complètement apathique. Enfin, asthénique affaibli, donc ça va être tout l'inverse, il va être complètement mou, complètement somnolent, voilà. Après quand il est dans

les bras de sa maman aussi, déjà c'est un signe de, de retrait. Après soit il va être en panique, tu lui demandes de s'asseoir voilà et il s'assoit, mais c'est tout juste s'il s'assoie tout au bord, il est peut-être aussi très timide enfin bon voilà après. Et puis, quand tu commences à lui parler ou à sortir des fois ton matériel, il se met à pleurer parce que bah il stresse. C'est souvent là que j'interviens, je suis la bah voilà, « je dis, je vais faire une prise de sang. Voilà, je vais mettre un petit tuyau dans la veine, tu vas voir », j'ai même vu des fois défaire le KT, lui expliquer, tu dis, « tu vois ça c'est l'aiguille, mais une fois que j'ai enlevé l'aiguille t'as vu elle est là, et il n'y a plus rien, y a plus l'aiguille dans ton bras ». Enfin tu vois un peu souvent quand tu leur expliques tu le vois l'enfant qui va avoir peur ou tu vois l'enfant qui va être joyeux et rassuré. On va le voir qui s'en fiche mais même s'il s'en fiche tu vas lui expliquer ce que c'est mais ça n'empêche que tu le vois sur son visage et dans son attitude.

**ESI** : Ok, très bien. Et du coup, qu'est-ce que tu mets en place concrètement, lorsque tu prends en soin des enfants de cet âge-là ? T'as parlé de l'ENTONOX, mais qu'est-ce que tu lui mets d'autre en plus ?

**IDE** : Alors si je vois que l'enfant a mal mais que ça peut être géré dans le temps, moi. Qu'est-ce que je mets en place en tant qu'infirmière ?

**ESI** : Ou même dans ton rôle propre, tu vas faire un soin et tu vois que l'enfant, il a un peu peur, qu'est-ce que tu fais pour justement...

**IDE** : Ah oui ! Souvent, je demande aux parents d'intervenir, l'aide des parents. L'enfant souvent dans les bras des mamans ou des papas, souvent se calme donc dans la prise en charge, je demande souvent aux parents de s'allonger sur le brancard, de mettre l'enfant entre ses jambes. Comme ça, l'enfant est bien calé contre la maman ou contre le papa. Voilà et ensuite ça va être plus de la parole ou de la discussion douce, essayer d'avoir des mots doux, calmes, rassurants, avec l'aide de la maman. Si je sais que derrière je vais, je vais devoir poser une perfusion, et que j'ai le temps je pose aussi des patchs d'EMLA. Euh, prise de constante évidemment dans le rôle propre. Et puis euh, si par exemple je sens qu'il est un peu énervé ou euh des fois le fait de mettre un petit gant froid sur le front, ça les apaise aussi. Je fais toujours en sorte que l'enfant soit toujours bien, rassuré et souvent pour qu'il soit bien rassuré, il faut que sa maman soit là. Après, ils ont aussi leurs doudous. Ça peut être aussi mettre, quand l'enfant est un petit peu agité, des fois on utilise des tablettes ou des téléphones pour mettre des vidéos, pour les apaiser quoi.

**ESI** : Ok, Est-ce que vous avez bénéficié de formation autour de la prise en soin des enfants aux urgences ou pas du tout ?

**IDE** : Moi, j'en ai une sur Brest, mais c'était pour la prévention des erreurs plutôt en pédiatrie, donc ce qui est un peu différent, c'était pas forcément la prise en charge globale d'un enfant quoi. C'était plus comment éviter les erreurs auprès d'un enfant.

**ESI** : Du coup, quand vous arrivez aux urgences, on ne vous forme pas.

**IDE** : Pas forcément, on apprend sur le tard. Après moi, j'avais mon expérience des enfants atteint de la mucoviscidose, qui était aussi jeune, mais c'est tout quoi. Mais tu as toujours tes collègues pas loin si jamais tu es pas à l'aise avec les enfants ils peuvent t'aider, te donner tes petits conseils ou des méthodes pour t'aider.

**ESI** : OK ? Est-ce que tu as autre chose à rajouter ou tu penses avoir tout dit ?

**IDE** : Par rapport aux questions, je pense que j'ai tout dit. Après, c'est vrai que on se rend compte que la relation de confiance avec l'enfant et comme je le disais, la prise en charge doit être toujours plus

apaisé et apaisante qu'avec un adulte. Le temps et si l'enfant voit que nous ou ses parents, stressé, bah il sera aussi stressé. En fait, il faut vraiment rester calme, poser et prendre du temps à la base pour qu'un enfant déjà se sente rassuré quoi.

**ESI** : Ok, parfait, je dis tout ce qu'il me faut. Merci.

**Annexe V - Tableau d'analyse des entretiens**

<b>Spécificité du service</b>		
<b>Rôle ide</b>	<b>Organisation</b>	<b>Travail en collaboration</b>
<p>Le plus important pour les enfants, c'est la réassurance</p> <p>Moi mon objectif, quand ils partent de là, c'est qu'ils ne gardent pas un mauvais souvenir de leur passage aux urgences</p> <p>Qui ne gardent pas de souvenir un peu traumatisant de leur passage aux urgences</p> <p>On prend un temps pour les calmer</p>	<p>L'infirmière puéricultrice d'accueil fait un premier tri en fonction de la gravité et l'enfant est pris plus au moins vite en fonction de ça.</p> <p>Quand il s'agit d'un enfant, et bah, c'est souvent en termes d'attente, ils sont prioritaires sur les adultes.</p>	<p>Le rôle de chacun est fondamental dans le déroulement d'une prise en charge</p> <p>Si, l'infirmière d'accueil n'a pas fait son job, de réassurance de, de communication avec l'enfant et cetera. Et que moi je suis en soin, je vais récupérer un enfant qui, que je vais avoir beaucoup plus de mal à apaiser</p> <p>Un travail d'équipe et qu'il faut que tout le monde ait la même attitude.</p> <p>De l'infirmière d'accueil à l'infirmière de soins, en passant par l'externe, par l'interne, par le chef, par toutes les personnes, l'auxiliaire de puériculture, toutes les personnes qui vont intervenir auprès de l'enfant doivent avoir cette même attitude.</p> <p>On travail, en fait avec beaucoup de personnes, médecins, aide-soignant, ambulanciers, psy. Donc voilà, une diversité aussi dans les dans les rencontres professionnelles.</p> <p>Je l'installe avec ma collègue aide-soignante</p>
<b>4 (3 IDE puer / 1 IDE)</b>	<b>2 (1 IDE puer / 1 IDE)</b>	<b>6 (4 IDE puer / 2 IDE)</b>

Relation triangulaire		
S'occuper des parents pour prendre en soin l'enfant	Collaboration et communication avec les parents	Prise en considération de l'enfant
<p>S'il sent son parent, accompagnateur ce jour-là, rassuré, serein et bien pris en charge, il va lui-même être rassuré, serein et tout va bien se passer.</p> <p>Si le parent est extrêmement anxieux, les enfants sont des éponges et du coup, ça, ça va se répercuter sur eux cette anxiété et du coup, nous, on va avoir beaucoup plus de mal à travailler et à rassurer l'enfant.</p> <p>Gestion de l'anxiété parentale</p> <p>Majoration considérable de l'anxiété des parents. Qui entraîne du coup, de l'agressivité et des situations compliquées à gérer</p> <p>Gestion de la famille qui serait compliquée, mais des parents pour leur enfant, la donne est différente</p> <p>Les parents seront stressés de ce que tu vas faire à leur enfant</p> <p>Une part une fois, un père n'a pas voulu que je fasse du MEOPA à son enfant, parce que lui il avait eu une mauvaise expérience avec mais au final ça s'est super bien passer pour son enfant.</p> <p>Si l'enfant voit que nous ou ses parents, stressé, bah il sera aussi stressé</p>	<p>La place des parents, elle est fondamentale, elle est fondamentale parce que l'enfant, son référent numéro un, c'est le parent.</p> <p>La place du parent, elle est très importante</p> <p>Si elle arrive à tisser une relation de confiance avec le parent, d'emblée, la prise en charge se passera bien.</p> <p>Il y a tout plein d'attentes, « je suis vraiment désolée, mais ce soir on est sur 4 à 6h d'attente avant de voir le médecin ». C'est dit</p> <p>Oui il y a 6h d'attente, ils savent, tu leur as dit et ça, ça fait partie du job</p> <p>J'ai tendance plutôt à laisser les parents avec moi. Parce qu'ils peuvent être utiles.</p> <p>Tu expliques aux parents, ce que tu vas faire à leur enfant</p> <p>La maman c'est elle qui le tenait tu vois. Elle était avec elle, elle était sur le brancard avec son bébé</p> <p>Je demande aux parents d'intervenir, l'aide des parents.</p>	<p>Et si, on leur accorde de l'importance, les 3 à 6 ans. Si, quand il arrive au lieu de s'adresser aux parents, on s'adresse directement à l'enfant</p> <p>Déjà, premier contact, l'enfant est pris en considération. « ah elle s'adresse à moi, donc je suis important » et ils sont toujours très fiers</p> <p>On tisse quelques une relation de confiance avec cet enfant-là</p> <p>Si bien que quand on va le recevoir après pour l'accueil et Ben ça va bien se passer, il sera serein. Vous avez eu un bon contact avec lui, il a plus de peur s'il avait peur, il est rassuré et toute la suite va en découler.</p> <p>Si on arrive à instaurer cette relation de confiance dès le départ et de complicité un petit peu quelque part, ce qui est très facile avec les 3 à 6ans.</p> <p>Chercher l'enfant en salle d'attente, l'appeler par son prénom et la première chose que je vais faire, c'est me présenter à l'enfant en étant positionnés et en parlant de manière à ce que les parents m'entendent et est aussi l'information</p> <p>Mais je ne m'adresse qu'à l'enfant</p> <p>Je lui demande ce qui lui arrive, s'il sait ce qui va se passer</p>
<b>8 ((5 IDE puer / 3 IDE)</b>	<b>9 (5 IDE puer / 4 IDE)</b>	<b>8 (7 IDE puer / 1 IDE)</b>

L'enfant					
Compréhension	Développement				Emotions
	Les tous petits	Les 3 à 6 ans	Plus de 6ans	L'âge n'a pas d'importance	
<p><i>Un enfant de 3 à 6 ans est parfaitement capable de comprendre tous les mots du vocabulaire les plus fréquents</i></p> <p><i>Il faut parler aux enfants de 3 à 6 ans, pas comme à des bébés</i></p> <p>Un enfant de 3 à 6 ans ne comprend pas forcément, pourquoi il a mal</p> <p>Il comprend, mais lui, il ne peut pas en termes de douleur, en termes d'expression de douleur</p> <p>Tu l'expliques à l'enfant bon, de manière un peu infantine</p> <p>Tu ne parles pas comme un adulte mais voilà tu l'expliques bien ce que tu vas lui faire</p>	<p>Les tout-petits, c'est plus compliqué dans la mesure où ils ne peuvent pas communiquer, pas de la même manière</p> <p>Ils peuvent communiquer plein de choses, mais par la communication non verbale.</p>	<p>Avec les enfants de 3 à 6 ans, c'est très facile</p> <p>C'est des enfants qui adhèrent vraiment bien à la distraction,</p> <p>C'est l'âge où ils adhèrent le mieux</p> <p>Entre 3 et 6 ils ont cette pureté de communication</p> <p>C'est très facile de tisser quelque chose</p>	<p>Les plus de 6 ans, ils sont déjà biaisés par l'impact de la société et de la manière dont on essaie de les faire rentrer dans un moule</p> <p>Les enfants plus âgés par exemple, les petits garçons déjà impactés par la société.</p> <p>Ils vont faire en sorte de pas pleurer parce qu'un garçon</p> <p>On lui a dit qu'un garçon ça pleurerait pas</p>	<p>3, 6 ans, il y a pas forcément un critère d'âge quoi après, ça veut plus ou moins rien dire</p> <p>Chaque enfant est différent peu importe son âge.</p> <p>On fait plutôt en fonction de lui plutôt que de son âge.</p> <p>Que ce soit de 3, 6 ans, 10 ans ou 15 ans ça change pas grand-chose l'âge</p>	<p><i>Ils ont la trouille</i></p> <p>L'anxiété, la peur, l'appréhension</p> <p>Interpréter au niveau de leur visage, au niveau de leur attitude, au niveau de positionnement de leur corps.</p> <p>Est-ce qu'ils vont se cacher derrière les jambes de leur maman</p> <p>Est-ce qu'ils viennent vers moi avec un grand sourire</p> <p>Des enfants qui naturellement sont des enfants qui font confiance à l'adulte</p> <p>D'emblée seront sereins, rassurés et confiants face à la prise en charge</p> <p>C'est les enfants qui montrent beaucoup de choses</p> <p>S'ils ont peur ils vont le dire</p> <p>Ils vont verbaliser les choses et du coup</p> <p>Ils sont en pleurs / Se met à pleurer</p> <p>Tu vois qu'il est stressé</p>

					<p>T'as des enfants qui arrivent, qui sont pas du tout stressés</p> <p>Les cris donc on sait qu'il a très mal</p> <p>Visage crispé C'est surtout dans le visage des yeux un petit peu apeurés.</p> <p>Il est dans les bras de sa maman aussi, déjà c'est un signe de, de retrait</p> <p>Il va être en panique, tu lui demandes de s'asseoir voilà et il s'assoit, mais c'est tout juste s'il s'assoie tout au bord</p> <p>Tu le vois l'enfant qui va avoir peur ou tu vois l'enfant qui va être joyeux et rassuré</p> <p>Tu le vois sur son visage et dans son attitude.</p>
<b>6 (2 IDE puer / 4 IDE)</b>	<b>2 (2 IDE puer / 0 IDE)</b>	<b>5 (5 IDE puer / 0 IDE)</b>	<b>4 (4 IDE puer / 0 IDE)</b>	<b>4 (0 IDE puer / 4 IDE)</b>	<b>16 (7 IDE puer / 9 IDE)</b>
<b>15 (11 IDE puer / 5 IDE)</b>					
<b>37 (20 IDE puer / 17 IDE)</b>					

Les outils médicamenteux	Les outils non médicamenteux				
<p>Une grosse bouteille de MEOPA</p> <p>Montage pour le KALINOX</p> <p>Je vais lui donner un antalgique</p> <p>On installe de l'ENTONOX</p> <p>Antalgique</p> <p>J'ai le temps je pose aussi des patchs d'EMLA</p>	Les parents		La communication	La distraction	
	Non acteur	Acteur		Le but	Les moyens
	Mon défaut à moi peut-être c'est de parfois délaissé un petit peu les parents.	La place des parents, elle est fondamentale x2	Est-ce que t'aimes les pirates, est-ce que t'aimes les dragons, est-ce que t'aimes les princesses et du coup je m'adapte, je construis mon histoire à partir de ça	Détourner leur attention	Comment je vais faire pour le rassurer et pour le distraire
	Parfois, j'oublie peut-être de m'adresser à eux, là où il faudrait un petit peu	Son référent numéro un, c'est le parent.	Moi je mets en place beaucoup de communication	De ce qu'on peut faire de potentiellement douloureux ou anxiogène.	C'est des enfants qui adhèrent vraiment bien à la distraction, C'est l'âge où ils adhèrent le mieux
	Je me dis qu'ils entendent ce que je dis à leur enfant et qu'ils ont aussi l'information.	La place du parent, elle est très importante	Je ris beaucoup avec les enfants de 3 à 6 ans.	Mon objectif en fait c'est juste de détourner son attention	Et beaucoup de distractions x2
		Elle doit vraiment être prise en compte par l'infirmière	Je vais faire assez facilement des petites blagues	Lui, il va être exclusivement centré sur lui sur moi.	Va raconter des histoires, on va chanter
		J'ai tendance plutôt à laisser les parents avec moi.	En m'adressant à l'enfant, en me servant parfois de ce que je vois. « Oh dis donc t'as de jolies boucles d'oreilles, toi tu les as mis quand ?	Il y aura quelque chose qui va se tisser, plus rien d'autre, existe. On est tous les 2.	Chanter des Qu'ils ont du mal à mobiliser leur attention, je vais plutôt opter pour une histoire Berceuses
		Ils peuvent être utiles.	Et voilà beaucoup, beaucoup, beaucoup de communication	Ce qui se passe à l'extérieur en fait, on n'y prête plus attention. Ni un ni l'autre.	J'utilise énormément la distraction même pour des petites choses
		C'est que le parent, il reste avec l'enfant.	c'est les enfants les plus réceptifs à la communication	Tu essaies de détourner son attention	<i>L'hypno-distractions. Je l'utilise quotidiennement et avec tous les enfants que je prends en charge.</i>
		Je demande aux parents d'intervenir	On prend le temps de lui expliquer	Ça les distrait un petit peu quoi	Tu vas pouvoir décorer avec des gommettes, tu vas pouvoir mettre des
	L'aide des parents.	Tu discutes de ce qu'il fait dans la			
	L'enfant souvent dans les bras des mamans ou				



		<p>des papas, souvent se calme Je demande souvent aux parents de s'allonger sur le brancard, de mettre l'enfant entre ses jambes</p>	<p>journee, s'il est à l'école, comment ça se passe à l'école</p> <p>Ça dépend de l'approche que t'as avec lui quoi.</p> <p>Lui expliquer, tu dis Tu leur expliques</p> <p>De la parole ou de la discussion douce, essayer d'avoir des mots doux, calmes, rassurants, avec l'aide de la maman</p>		<p>feutres qui sentent bon, tu vas pouvoir sentir ton parfum</p> <p>Leur donnes ton portable ou ils ont un portable, ils regardent un dessin animé, ils regardent ce qu'ils aiment bien</p> <p>Petit gant froid sur le front, ça les apaise</p> <p>Leurs doudous</p> <p>On utilise des tablettes ou des téléphones pour mettre des vidéos</p>
<b>5 (2 IDE puer / 3 IDE)</b>	<b>3 (3 IDE puer / 0 IDE)</b>	<b>11 (4 IDE puer / 7 IDE)</b>	<b>14 (7 IDE puer / 7 IDE)</b>	<b>8 (6 IDE puer / 2 IDE)</b>	<b>14 (8 IDE puer / 4 IDE)</b>
	<b>14 (7 IDE puer / 7 IDE)</b>			<b>22 (16 IDE puer / 6 IDE)</b>	
<b>55 (33 IDE puer / 22 IDE)</b>					

<p>NOM : DESVAUX</p> <p>PRENOM : Pauline</p>
<p>TITRE DU MEMOIRE : Les émotions et les enfants aux urgences</p>
<p>Présentation synthétique du travail en <b>Anglais</b> :</p> <p>Following some personal experiences in the care of children, the decision to focus my research on this subject was obvious from the beginning of my training. It aims to understand "how the nurse, in an emergency department, accompanies the child, aged 3 to 6 years, in the management of his emotions during the realization of a care".</p> <p>First of all, I felt it was important to describe the specificities of emergency departments and the professionals working there. Then, it was important to define the child from 3 to 6 years old and its development. Finally, I studied the concept of emotion. In order to complete my research, I interviewed two nurses, one working in a multi-purpose emergency department and a second one specialised as a childcare working in paediatric emergency departments.</p> <p>This research work allowed me to highlight tools that will be useful for my future professional practice. These different tools will allow me to provide care to children while thinking about their emotions so that they live this experience as well as possible. However, we must not forget the parents who have an impact on the care of their child in a positive or negative way.</p>
<p>Présentation synthétique du travail en <b>Français</b> :</p> <p>À la suite de différentes expériences personnelles dans la prise en soin auprès d'enfant, le choix de porter mon travail de recherche sur ce sujet c'est présenté comme une évidence dès le début de ma formation. Il a pour but de comprendre « <i>de quelle manière l'infirmier, dans un service d'urgences, accompagne-t-il l'enfant, âgé de 3 à 6 ans dans la gestion de ses émotions lors de la réalisation d'un soin ?</i> »</p> <p>Tout d'abord, il me semblait important de décrire les spécificités des services d'urgences ainsi que les professionnels qui y travaillent. Puis, il était primordial de définir l'enfant de 3 à 6 ans ainsi que son développement. Enfin, j'ai étudié le concept d'émotion. Afin de compléter mes recherches, j'ai interrogé deux infirmières, une première exerçant dans un service d'urgences polyvalentes et une seconde spécialisée comme infirmière puéricultrice exerçant aux urgences pédiatriques.</p> <p>Ce travail de recherche m'a permis de mettre en évidence des outils qui me seront utiles pour ma future pratique professionnelle. Ces différents outils vont me permettre de réaliser des soins à des enfants tout en prenant en compte leurs émotions afin de qu'ils vivent au mieux cette expérience. Cependant, il ne faut pas oublier les parents qui ont impact sur la prise en soin de leur enfant de façon positive comme négative.</p>
<p>MOTS CLES : Pediatrics, Care, Emergency, Distraction, Emotions</p>
<p>MOTS CLES : Pédiatrie, Soins, Urgence, Distraction, Emotions</p>
<p>INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :</p> <p>Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé.          CHU Pontchaillou.          2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes</p>
<p>TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2020 - 2023</p>