Le care et la contention chez l'enfant

Amandine Papin

▶ **To cite this version:**

Amandine Papin. Le care et la contention chez l'enfant. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02473511

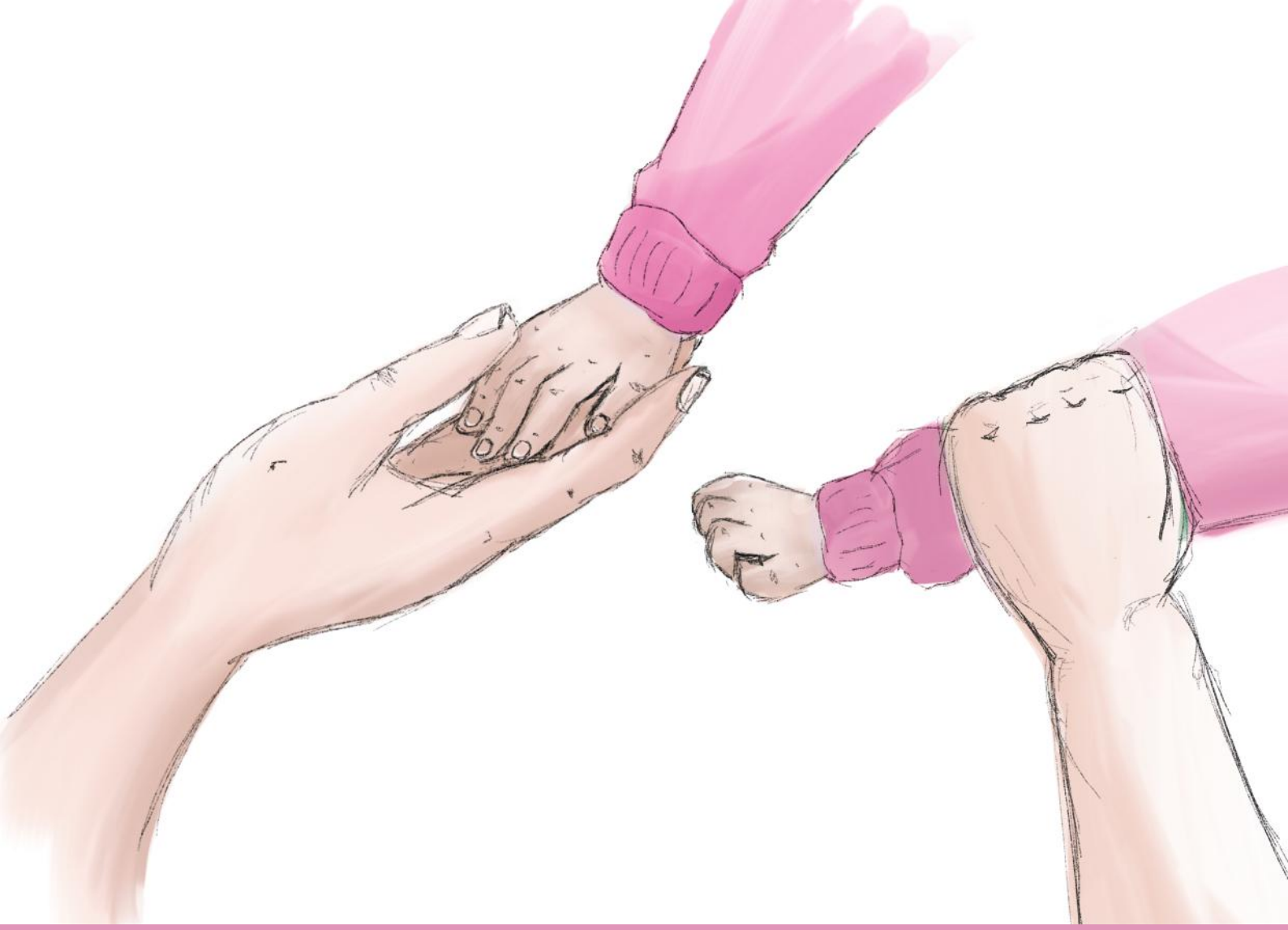
HAL Id: dumas-02473511

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02473511

Submitted on 10 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



PAPIN Amandine

Le CARE & La Contention

Chez l'enfant

Projet professionnel

Promotion 2019

École de Puéricultrices
IFSanté

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Duran, formatrice de suivi de ce projet professionnel qui m'a accompagné dans le cheminement de ce travail. Merci de m'avoir rassurer autour de ce sujet qui m'a tenu à cœur.

Je tiens à remercier les membres de ma famille… Hélène et Maxime pour le dessin de ce projet professionnel, votre présence et votre aide. Ma mère et ma grand-mère pour leur écoute et leur soutien quotidien…
Un énorme merci à ma marraine et Richard, sans qui je n'aurais pas pu prendre ce chemin pour réaliser l'un de mes rêves en m'occupant des plus petits. Merci de croire en moi depuis toutes ces années, de me soutenir, de m'écouter et d'avoir toujours été près de moi.

Merci à Hélène, Émilie, Louise, Lucie… de fabuleuses rencontres pour un énorme soutien… cette année aurait été tellement différente sans vous.

Merci aux professionnels de santé que j'ai pu rencontrer afin de réaliser mes entretiens. Merci d'avoir contribué à l'élaboration de ce travail au travers de nos échanges qui ont été enrichissants.

Et merci à vous, qui allez lire ce travail.

Sommaire

I. Introduction....1
II. Constat....2
A. La situation d'appel....2
B. Le questionnement....4
C. La question de départ....5
III. Le cadre conceptuel....5
A. Le CARE....5
1. Le CARE et le CURE....6
2. L'éthique du CARE....7
3. Le CARE en sciences infirmières....8
4. Vers un CARE pédiatrique....10
B. L'enfant....14
1. Le développement psycho-affectif de l'enfant....15
2. Le développement psycho-social de l'enfant....17
3. Le développement cognitif....20
C. La contention....23
1. Définition....23
2. La législation....24
a. La législation concernant l'utilisation de la contention....24
b. Les droits de l'enfant et de sa famille....25
c. La législation face à la puéricultrice....26
3. La contention dans les soins douloureux en pédiatrie....27
a. Des études sur la contention lors des soins....28
b. Le ressenti des soignants :....29
c. Le ressenti des enfants....30
d. Des recommandations pour éviter la contention....31
4. La contention en situation d'agressivité....31
D. Conclusion du cadre théorique....33
IV. La question de recherche et les hypothèses....34
A. La question de recherche....34
B. Les hypothèses....34
V. L'enquête....34

A. La méthodologie d'enquête....34
B. Présentation des soignantes interrogées....35
C. L'analyse de l'enquête....36
1. Le CARE....37
2. La place de l'enfant....39
3. La contention....41
4. La place de la famille....45
5. Les éléments mis en place....49
6. Le travail d'équipe :....52
D. La conclusion de l'analyse....54
1. Synthèse de l'analyse....54
2. La réponse aux hypothèses....55
VI. La conclusion de ce projet professionnel....56

<u>Annexes</u> :

Annexe n°1 : Le CARE pédiatrique de Bénédicte Lombart
Annexe n°2 : La Charte de l'Enfant Hospitalisé de 1988
Annexe n°3 : Éviter la contention chez l'enfant lors des soins – Association Sparadrap
Annexe n°4 : Le guide d'entretien
Annexe n°5 : L'entretien de la puéricultrice n°5
Annexe n°6 : Le tableau d'analyse des entretiens
La bibliographie

I. Introduction

A l'heure où j'écris ces lignes, je me spécialise afin de devenir puéricultrice. Ce n'est pas un choix au hasard, c'est le souhait d'essayer d'accompagner ces enfants et ces familles dans ces hospitalisations, ces moments stressants, angoissants, déroutants… c'est donner le meilleur de moi-même pour veiller à ce que son développement évolue au mieux. C'est lui permettre de vivre son hospitalisation non pas comme un adulte, mais comme un enfant avec son imagination, son insouciance, son besoin de jeux. Le CARE est un concept que j'ai pu travailler durant ma formation initiale. C'est une notion qui m'a intéressée et en même temps questionnée sur ma prise en soin relationnelle auprès de mes patients.

Puis une pratique est venue quelque peu heurter mes valeurs personnelles et professionnelles… la contention. Une technique qui m'a souvent questionnée en tant qu'Amandine étudiante infirmière, étudiante puéricultrice, mais aussi Amandine.. la petite-fille de Mr D.
Ces liens, ces situations de débat, de détresse, de colère, de refus… mais aussi ces situations où je voyais l'enfant s'apaiser dans les bras du professionnel m'ont toujours interpellées.

C'est ainsi qu'après quelques semaines où le mot éthique sonnait en moi comme une sensation de peur, j'ai décidé de me lancer vers ce sujet qui pourtant me tient beaucoup à cœur.

Je vous laisse à présent découvrir au travers de ce projet professionnel et des différentes étapes de mon cheminement et de mon questionnement, si le CARE pourrait avoir un effet sur l'utilisation de la contention auprès de nos jeunes patients.

II. Constat

A. La situation d'appel

Ma situation se déroule dans un service de pédiatrie, lors de mes études en Institut de Formation en Soins Infirmiers.

J'étais en poste de nuit, lorsqu'un appel des urgences adultes (étage 0 du centre hospitaliser) nous est passé vers 23h00. Les professionnels nous annoncent la venue d'une enfant agitée aux urgences pédiatriques qui se trouvent au 2ème étage de l'établissement. Quelques minutes plus tard, nous rencontrons une jeune fille de 13 ans, contentionnée à l'aide de sangles au niveau des hanches, des genoux et de la taille au brancard des pompiers, ses mains étaient maintenues par l'un d'entre eux. Son agressivité s'est déployée suite à une dispute avec un veilleur du foyer, elle a essayé de fuguer, et est devenue auto et hétéro agressive. Lorsque nous nous approchons d'elle, nous pouvons remarquer que L reste très agitée, elle crie, se débat dans tous les sens en essayant d'enlever les sangles qui la protègent d'une chute, de fuguer et/ou d'être agressive ou violente avec les professionnels qui l'entourent. Les pompiers nous expliquent qu'elle est dans cet état depuis 2 heures et que malgré plusieurs tentatives de discussion, elle ne leur répond pas et reste fortement agitée. J'ai tout d'abord laissé les infirmières du service s'avancer vers elle afin d'essayer d'ouvrir la discussion. Nous avons pu remarquer que la jeune fille n'était pas réceptive et que les marques d'attention (caresse sur le visage…) apportées par les infirmières, ne la calmaient pas du tout. Lorsque j'ai vu que les infirmières se reculaient, j'ai décidé d'essayer à mon tour d'accompagner cette jeune fille, suite au stage que j'avais pu réaliser précédemment en pédopsychiatrie. Je me suis d'abord présentée, lui ai dit que je n'étais pas beaucoup plus âgée qu'elle (essayant de créer un lien peut être plus facilement), puis je lui ai demandé si elle souhaitait discuter et elle m'a répondu « non » dans un cri. Suite à cette réponse, j'ai compris qu'elle m'écoutait malgré son agitation. J'ai donc décidé de lui parler malgré la présence de 3 pompiers, 2 infirmières, une auxiliaire de puériculture, une interne, un urgentiste et un pédiatre dans un box d'urgence pédiatrique d'environ 11m2. Le nombre de professionnels présents autour de L, entraînait à mes yeux des difficultés à entrer en communication avec cette adolescente. En effet, notre esprit n'était pas seulement tourné vers cette jeune fille, mais également autour de chaque professionnel qui essayé de parler. J'ai décidé de m'approcher de son oreille, afin de lui parler doucement et calmement. Il est vrai qu'il est très difficile de voir une jeune fille se mettre

dans un état émotionnel aussi intense, et de plus contentionnée par des sangles. Après plusieurs minutes, le pédiatre a décidé de réaliser une injection de Tercian étant donné que l'état de L ne s'améliorait pas. Puis une deuxième. C'était la première fois que j'assistais à cette situation, ou chaque professionnel ne trouvait pas d'autre solution que d'aider cette jeune fille au travers d'une contention chimique. Une prescription médicale que j'ai vécu comme un échec de prise en soin, et qui m'a laissé le sentiment d'abandonner cette jeune fille sans avoir essayé d'entrer en communication suffisamment avec elle, afin de l'accompagner à trouver l'apaisement. Le sentiment aussi, de ne pas être bienveillante envers cette jeune fille. Suite à cette injection, l'urgentiste de garde est allé chercher des contentions aux urgences adultes après que le pédiatre ait réalisé la prescription. En effet, le service de pédiatrie, n'avait pas de contention à disposition. Nous avons donc installé la patiente dans une chambre d'unité de soins de courte durée. Celle ci se trouve derrière la porte séparant les urgences pédiatriques du service de pédiatrie. Tous les professionnels étaient présents dans la chambre afin de contentionner L au lit, à l'aide d'une ceinture abdominale ainsi que des maintiens poignets et chevilles. Puis nous l'avons laissé s'apaiser dans la chambre.

Dans mon mémoire de fin d'étude à l'institut de formation en soins infirmiers, j'ai pu travailler autour de la gestion du stress de l'infirmière dans la prise en soin d'un enfant agressif. Ce travail, m'a permis d'axer mes recherches ainsi que mes entretiens autour de la prise en soin de l'enfant en pédopsychiatrie. Outre le fait que les soignants ne ressentaient plus de stress négatif lors de prises en soin d'enfants agressifs, grâce à l'acquisition d'une certaine expérience et les effets bénéfiques que pouvaient apporter un travail en équipe pluridisciplinaire. Il pouvait tout de même, arriver aux professionnels de ressentir une forme de stress positif, qui leur permettait d'aller aider l'enfant dans sa crise. Cela même si l'enfant débuté son accueil et qu'ils ne connaissaient pas sa façon d'extérioriser ses frustrations ou ses angoisses. A travers mes entretiens, j'ai pu recueillir des éléments communs dans l'importance de la connaissance de l'enfant, la communication verbale et non verbale, un environnement calme et s'il le faut l'utilisation d'une contention physique. Ces différents éléments permettaient à l'enfant en mal être de ressentir la présence du soignant, mais également de construire une relation privilégiée. Auprès des enfants de 6 à 11 ans, il était rare pour les professionnels d'utiliser une contention matérielle et chimique.

Il est vrai que la prise en charge de cette adolescente en pédiatrie m'a beaucoup

questionnée sur ma place de soignante, mais aussi au sein de l'équipe. En effet, les notions de prendre soin, de bienveillance, de bientraitance font parties de mes valeurs personnelles et professionnelles et dans cette situation, il a été difficile pour moi de les retrouver.

B. Le questionnement

Suite à cette situation, de nombreuses questions se sont posées :

- Le nombre de professionnels autour de cette patiente l'aide t-elle à se sentir en confiance malgré cette situation de crise ?
- Pourquoi ne pas essayer d'entrer en contact d'avantage avec cette jeune fille ?
- La contention matérielle en première intention avec cette jeune patiente n'a t-elle pas exacerbée sa crise ?
- Quelle est la limite de l'utilisation de la contention chimique et matérielle dans le champ de la bientraitance ?
- La contention chimique est elle nécessaire alors que l'essai de prise de contact à été rapide ?
- Est-elle toujours agressive par rapport à la dispute avec son éducateur, où alors ce sentiment s'est-il modifié ?
- Peut-on qualifier le comportement de l'équipe de bientraitant face à cette jeune fille ?
- Le nombre de professionnels dans cette pièce n'a-t-il pas éveillé les sentiments d'infériorité et de peur de L ?
- L'utilisation de la contention jusqu'au lendemain matin, associée à la contention chimique reçue à la fin de la situation, est-elle adaptée?
- Comment prendre en soin de cette patiente lorsque les avis des professionnels peuvent diverger ?
- Comment réaliser son rôle de soignant, lors que la situation semble nous échapper et que nous la subissons ?
- Comment réaliser notre rôle en collaboration, lorsque celui ci est à l'opposé de nos valeurs et de nos idées ?
- L'entrée en communication difficile entre les soignants et la patiente à son arrivée dans le service, va t-elle avoir un impact sur la future prise en soin réalisée par l'équipe ?

C. La question de départ

En quoi le care de la puéricultrice peut il limiter l'utilisation de la contention chez l'enfant ?

III. Le cadre conceptuel

A. Le CARE

Nous allons vous présenter dans un premier temps, la notion du CARE, Le mot care peut être relié aux notions d'attention, d'émotions, de soins comme nous le montre l'expression anglaise « take care of » qui signifie « prendre soin de ». Comme nous pouvons le voir, le mot care met en avant des notions de prendre soin de l'autre et de ses émotions, Voyons maintenant, plus en détail ce que signifie le care

1. Le CARE et le CURE

Pour Marie-Françoise Collière, enseignante en soins infirmiers (1930-2005), explique que le care représenterait « le prendre soin » et s'identifierait aux soins d'aide et d'accompagnement que nous pouvons réaliser à nous même, à nos proches ou à nos patients. C'est d'ailleurs cette même auteur qui a participé à l'écriture de la définition du rôle propre infirmier présente dans l'Article R4311-3 dans le Code de la Santé Publique. : *« Relève du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. »*[1]. Elle identifie le cure aux « soins de réparation » et donc aux traitements sur prescription médicale.

1 Code de la Santé Publique - Article R4311-3 : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913890&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808

2. L'éthique du CARE

Dans un premier temps, de nombreux philosophes ont établi des travaux autour de « l'éthique du care ». Selon Margot Phaneuf, professeur de sciences infirmière, l'éthique « *traite [...] de ce qu'il nous faut faire ou ne pas faire, mais surtout du raisonnement, pour ou contre, à appliquer pour déterminer le choix d'une conduite devant un problème moral. »*[2] Le pilier de cette approche est considéré pour beaucoup comme étant Carol Gulligan[3]. Elle reprend les travaux de Mr Lawrence Kohlberg, qui exprime le fait que l'homme à une morale alors que la femme est naïve. En désaccord avec cette idée, elle expliquera que le care est une éthique féministe, car la femme par sa nature maternante est amenée à prendre soin, à se soucier et à répondre aux besoins d'autrui de façon spontanée et naturelle.

Joan Tronto[4] définit le care comme une *« activité caractéristique de l'espèce humaine, qui recouvre tout ce que nous faisons dans le but de maintenir, de perpétuer et de réparer notre monde, afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nos personnes et notre environnement, tout ce que nous cherchons à relier en un réseau complexe en soutien à la vie »*[5] Comme nous pouvons le voir, la définition de Joan Tronto ne parle pas spécifiquement des soins infirmiers, sa théorie repose sur bons nombres de situations qui pourraient se dérouler dans le cadre professionnel, familial ou encore environnemental. Elle met en avant le fait que le CARE n'est pas seulement une interaction entre deux personnes. Il peut être en lien avec nous même, nos proches mais également le monde et notre environnement. De plus, ce concept ne se cantonnerait pas seulement à l'attention et au soutien que l'on offre à autrui mais également aux activités (Accompagnement, assistance, éducation) que nous mettons en avant pour favoriser le développement de l'autre ou de notre monde (environnement...). Cette politologue met en avant 4 phases qui permettraient aux individus d'entrer dans une démarche de « caring » que nous avons souhaité corrélé au domaine infirmier :

2 PHANEUF MARGOT. L'éthique : quelques définitions [En ligne]. Révisé en octobre 2012. p2 Disponible sur : http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/11/Lethique-quelques_definitions.pdf
3 Carol GULLIGAN (1936-) - philosophe et psychologue américaine
4 Joan TRONTO – (1952 -) - politologue et professeur de sciences politiques et féministe amérinaire.
5 ZIELINSKI Agata . L'éthique du care, une nouvelle façon de prendre soin. *Etudes*, 2010, Tome 413 2010 - p 631 à 641 – p 632

- *« Caring about »* (se soucier de) : C'est le moment où le soignant va remarquer la présence d'un besoin, reconnaître l'importance d'y répondre et évaluer s'il est possible d'y apporter une réponse.
- *« Taking care of »* (prendre en charge) : C'est la responsabilité d'agir en vu d'apporter une réponse au besoin précédemment aperçu. Seulement, les différentes ressources ne seront déployées que si le soignant est convaincu du résultat et donc de la satisfaction du besoin du patient
- *« Care giving »* (prendre soin) : C'est ici la rencontre avec l'individu dans son unicité et la singularité de la situation. Cela se traduit également par l'importance de l'acquisition de compétences professionnelles dans la dimension relationnelle. Celles ci pourraient palier au manque de solution dans le contentement du besoin du patient, et donc éviter un certain malaise face à la relation de corps à corps entre les 2 acteurs de la relation.
- *« Care receiving »* (recevoir le soin) : Voici le moment de la réciprocité, *« Celui qui donne le soin à besoin de la réponse de l'autre »*[6]. En effet, le soignant va observer la réaction du patient face au soin pour apprécier la satisfaction du besoin précédemment observé. Cela lui permettra d'évaluer sa compréhension et sa perception du besoin initial, grâce au contentement ou non du patient.

Nous pouvons retrouver au travers de ces différents stades, le cheminement que nous avons appris à acquérir lors de notre formation initiale. Il est important de prendre en compte la personne dans sa globalité et de ne pas seulement se focaliser sur les soins techniques. Cette approche nous montre bien l'importance de l'entrée en relation entre les acteurs afin de percevoir le(s) besoin(s), accompagner le patient vers sa satisfaction et évaluer le contentement de l'interlocuteur dans la réponse à son besoin. Corrélait ici aux soins infirmiers, il est important de se rappeler que le caring pensé par Joan Tronto concerne des situations qui peuvent être personnelles, professionnelles, familiales et ne concernent pas seulement les besoins relevant des soins médicaux/paramédicaux. Suite à cela, nous avons pu réaliser des recherches qui nous ont permis de découvrir un CARE dédié aux soins infirmiers, que nous allons maintenant vous présenter.

6 ZIELINSKI Agata . L'éthique du care, une nouvelle façon de prendre soin. *Etudes*, 2010, Tome 413 2010 - p 635

3. Le CARE en sciences infirmières

Le « Caring » est un champs du CARE dédié aux soins infirmiers, et travaillé par Jean Watson[7]. Elle l'a défini comme étant *« Un ensemble de facteurs qui fondent une démarche soignante étayés à la fois par une philosophie humaniste et par un ensemble de connaissances issues des sciences humaines et des sciences exactes. »* [8] Comme nous pouvons le voir, cette auteur met en avant l'association des valeurs humaines aux sciences, différenciant ainsi la prise en soin infirmière et médicale.

Afin de guider les infirmières à acquérir une posture de caring, Jean Watson a élaboré 10 concepts *« caratifs »*, qui sont :

« 1) Système de valeurs humanistes et altruistes ;
2) Croyance-espoir ;
3) Prise de conscience de soi et des autres ;
4) Relation thérapeutique d'aide et de confiance ;
5) Expression de sentiments positifs et négatifs ;
6) Processus de caring créatif visant la résolution de problèmes ;
7) Enseignement-apprentissage transpersonnel ;
8) Soutien, protection et/ou modification de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel
9) Assistance en regard des besoins de la personne ;
10) Forces existentielles-phénoménologiques-spirituelles. »[9]

Dans un premier temps, nous pouvons remarquer que Madame Watson fait la distinction entre la prise en soin infirmière (valeur humaniste du facteur 1) et la prise en soin médicale (méthode scientifique du facteur 6).

Le caring est basé sur des valeurs humaines (facteur 1), telles que le respect, l'humanité, l'empathie , l'accompagnement, l'unicité. Elles ont pour but d'offrir une prise en soin préservant la dignité du patient et de son entourage. Ces valeurs sont d'ailleurs inculqués

7 Jean WATSON (1940 -) - professeur émérite en sciences infirmières
8 MICHAUX Lise . *Les mots du prendre soin* . Edition Seli Arslan . 2017 p29-30
9 CARA Chantal et O'REILLY Louise. S'approprier la théorie du human caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers, 2008, n°95, p37 à 45* p 39

durant la formation en soins infirmiers (UE 1.3 : Législation, éthique, déontologie, UE 4.2 : Soins relationnels), afin d'adopter un « bon comportement » en tenant compte des bien-séances (bienfaisance, bientraitance, bienveillance…) et ainsi « être caring ».

Les facteurs 3 et 4 font le liens avec l'attitude de caring, en énonçant la relation d'aide et de confiance. Carl Rogers[10] défini la relation d'aide comme étant « *une des formes de relation interpersonnelle ayant pour vocation de favoriser chez l'autre la croissance, la maturité, une plus grande capacité à affronter la vie, en mobilisant ses propres ressources. »*[11]. Elle a aussi pour but d'accompagner le patient dans sa maladie, vers un changement dans son autonomie, en s'appuyant sur ses propres ressources à travers un bon nombre de qualités humaines, indispensables à l'entrée en relation d'aide (la congruence, l'empathie...). Selon Alexandre Manoukian, dans son livre *« Relation soignant soigné»* aux éditions Lamarre, la création de cette relation est basée sur les concepts d'émergence positive inconditionnelle qui se caractérise par : l'acceptation du patient sans jugement sur son vécu et ses comportements, l'authenticité et l'empathie. Quant à la relation de confiance, Lise Michaux définit la confiance comme *« une sensation ,un ressenti d'assurance en soi. La confiance peut aussi être démontrée : une personne témoigne de la confiance vers autrui ou envers une institution. »*[12]. Pour cette auteur, la relation de confiance s'acquiert grâce au professionnalisme du soignant, de son savoir, son savoir faire et son savoir être face au patient.

Les facteurs 2 et 5 : le soignant et le soigné se rencontrent, chacun avec son histoire de vie et ses différentes expériences (sentiments, sensations physiques, pensées, buts, espérances...). Le soignant doit être en adéquation avec cette idée, la respecter et mettre les choses en œuvre de façon individualisées afin de prendre en soin et accompagner le patient en respectant ce qu'il a vécu et ce qu'il vit au moment présent.

10 Carl Rogers (1902-1987) – psychologue américain – La relation d'aide
11 FLOCH Mireille et BERNARD-LAMOUR Nathalie. *Le développement de la personne de Carl Rogers* – Fiche de lecture. DESU Coaching. Université Paul Cézanne Aix en provence. 2011 (p3)
12 MICHAUX Lise . *Les mots du prendre soin* . Edition Seli Arslan . 2017. p36

A travers ses différents facteurs, l'infirmière pourrait influencer la guérison et l'évolution de la maladie, grâce à l'association de son savoir, son savoir faire et de son savoir être, en soutenant les croyances et l'espoir du patient : *« afin de l'aider à accepter les informations […] et à modifier son comportement en vue de mener une vie saine. »*[13].

Très intéressant dans la prise en soin des adultes ou des personnes âgées, le CARE dans les sciences infirmières n'est cependant pas adapté à la prise en soin des enfants selon Bénédicte Lombart. En effet, ces derniers étant entrain d'évoluer à travers leurs différents développements (psychoaffectif, psychosocial, cognitif...), ils nécessitent une prise en soin différente de celle apportée aux adultes. C'est ainsi que cette auteur a élaboré « Le care pédiatrique » que nous vous présentons dès à présent.

4. Vers un CARE pédiatrique

Bénédicte Lombart[14], a réalisé de nombreux travaux autour de l'éthique dans la prise en soin des enfants. Dans un article de la revue « Recherche en soins infirmiers » intitulé « Le care pédiatrique », elle met en avant l'importance qu'il y aurait à créer un CARE adapté à l'accompagnement des plus jeunes dans un milieu médical. En effet, l'enfant est par définition dépendant, il a besoin que l'on s'occupe de lui et qu'on lui donne de l'attention. Ceci dans le but de favoriser son développement et sa future autonomie. Ainsi, nous pouvons voir que les 4 étapes développées précédemment par Joan Tronto, caractérisent les soins apportés à l'enfant sain : Il a *« besoin que l'on se soucie de lui (caring about) pour pouvoir se développer et grandir. L'adulte doit « se charger de » l'enfant (taking care of), en assumant des besoins spécifiques que l'enfant ne peut satisfaire par lui même. […]. Il faut lui donner concrètement des soins (care giving), ce qui implique d'être en contact avec lui. […] L'enfant réagit aux soins qu'il reçoit, à la sollicitude qu'on lui témoigne (care receiving) »*[15]

Aujourd'hui, il existe 2 concepts qui permettent d'encadrer la pratique des puéricultrices et des professionnels travaillant auprès des enfants. Ces concepts permettent d'allier les soins médicaux au respect du développement harmonieux de l'enfant sur tout les

13 MICHAUX Lise . *Prendre soin, CARE et CARING* . Edition Seli Arslan . 2018 p71
14 Bénédicte LOMBART – Cadre de santé, docteur en philosophie pratique et éthique hospitalière, coordinatrice paramédicale recherche en soins des Hôpitaux universitaires de l'Est Parisien.
15 LOMBART Bénédicte . Le care pédiatrique. *Recherche en soins infirmiers,* 2015, n°122, p 67 à 76 . p69

points précédemment évoqués (psycho moteur, psychoaffectif, cognitif…). D'ailleurs, Le suivi de l'enfant dans son développement fait parti des missions confiées à la puéricultrice dans l'article R4311-13 du décret du 29 juillet 2004[16] du Code de La Santé Publique : *« Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :*
1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ; [...]
3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps »

Nous pouvons retrouver le premier en service de néonatalogie ou de maternité, qui s'appelle le NIDCAP®[17]. Les soins de développement *« vise à optimiser les ressources du bébé en soutenant la relation parentale, en adaptant l'environnement et les soins, en favorisant l'activité spontanée du bébé en prévenant les dystimulations »,* selon Pierre Delion et Roger Vasseur [18] . Cette façon de prendre en soin les bébés a permis l'arrêt de l'utilisation de la contention en favorisant une position permettant leur bien être et leur apaisement. Ces dernières années, les soins de développement ont été au centre de nombreuses études. Elles ont permis de mettre en avant l'effet positif de cette méthode sur la prise en soin de la douleur, l'évolution des problèmes de santé mais également le temps d'hospitalisation des nourrissons.

Nous pouvons retrouver ensuite « Family centered care ». Cette notion permet de mettre en avant l'importance du soutien affectif de l'entourage de l'enfant lors de la prise en soin hospitalière. Ce concept a été travaillé autour de la théorie de l'attachement de John Bowlby[19] (Cf développement psychoaffectif). Cette méthode gravite autour de valeurs professionnelles qui sont la prise en considération de la dignité, le respect, le partage des renseignements, la participation et la collaboration des proches de l'enfant. Le « Family centered care » va permettre à la famille et aux soignants de travailler ensemble afin d'aider et d'accompagner l'enfant à vivre ce moment. La présence des professionnels et de la famille dans cette approche, va permettre à l'enfant de vivre cette hospitalisation pouvant être teintée de peur et d'angoisse, dans un environnement un peu plus sécurisant. La présence des parents

16 Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id
17 NIDCAP : neonatal individualized developmental care assessment program
18 VASSEUR R. et DELION P. . *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans* - R. Edition Eres . 2010
19 John BOWBLY (1907-1990) - psychiatre et psychanalyste britannique

auprès de leur enfant possède d'ailleurs un article (n°3) dans la Charte de l'enfant hospitalisé de 1988 *« On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles. »*[20] . Ainsi que dans l'article n°2 *« Un enfant hospitalisé à la droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui »*[21]. Vous pouvez retrouver l'ensemble de cette charte en Annexe n°2 de ce travail.

Bénédicte Lombart, a donc souhaité travailler autour d'un concept de CARE pédiatrique. En effet, les spécificités de la prise en soin d'un enfant demande encore aujourd'hui, une spécialisation de formation pour les professionnels paramédicaux. Mettre sur papier les différents besoins de l'enfant face à son accompagnement, pourrait permettre aux professionnels de prendre conscience de chaque item à prendre en considération dans sa prise en soin. Ceci dans le but de favoriser le bien être et le développement de ces petits patients, malgré ces hospitalisations qui peuvent être à la base d'une grande anxiété. Madame Lombart à ainsi mis en avant une proposition de CARE pédiatrique en s'appuyant sur les concepts du CARE de Jean Watson, du NIDCAP®, du prendre soin de W.Hesbeen. Vous pouvez retrouver son travail dans l'annexe n°1 de ce cadre conceptuel.

Dans ce CARE pédiatrique, nous pouvons voir que le professionnel va s'attacher aux ressources de la famille mais également de l'enfant. Il pourra ainsi accompagner l'enfant et ses proches en entretenant une relation d'aide et de confiance, afin de favoriser ses différents types de développement (psychomoteur, cognitif, social…) et la verbalisation de leurs pensées. Pour cela, le soignant entrera en relation avec l'enfant en tenant compte de son imaginaire, selon l'âge et le niveau de son développement. Ce dernier ne pouvant pas toujours lié le geste technique à un acte bénéfique pour sa santé, selon le stade de développement cognitif dans lequel il se trouve, il est important de l'y accompagner d'une façon qui lui est adaptée. Afin de rejoindre le patient dans sa perception de la situation qui est très souvent basée sur ses émotions ou encore ses représentations (peur, colère, angoisse..). En effet, c'est son imagination qui régit ses émotions et ses émotions qui régissent son comportement. Cela permettra au soignant d'entrer en relation avec l'enfant et de l'accompagner pendant la réalisation du soin. En effet, les enfants ont besoin de jeux, de sourire, de réassurance, de partage, de valorisation et de présence, auxquels il est important de répondre d'autant plus dans ces moments pouvant être traumatisants et source d'angoisse. Nous pouvons remarquer,

20 Article n°3 de la Charte de l'Enfant Hospitalisé. 1988
21 Article n°2 de la Charte de l'Enfant Hospitalisé. 1988

que la place de la famille, au sein de la prise en soin offerte par la puéricultrice dans le care pédiatrique, est très importante. En effet, la puéricultrice va accompagner les parents afin qu'ils puissent soutenir leur enfant dans cette période qui peut être très angoissante pour lui. C'est ainsi qu'elle va pouvoir les guider dans la parentalité, dans un milieu hospitalier qui peut être tout aussi déroutant et anxiogène pour eux.

La place des parents auprès de l'enfant à d'ailleurs une place significative dans la charte de l'enfant hospitalisé (Annexe page n°4), créée à Leiden en 1988. Nous pouvons retrouver dans les articles 2 et 3, le fait que l'enfant *« a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état »*[22], *« on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant. »*[23]. Favoriser la présence des parents auprès de l'enfant pourra ainsi permettre un soutien et une sécurité affective importante, comme nous le verrons dans la partie consacrée à l'enfant de ce cadre conceptuel.

Pour favoriser et permettre cette prise en soin, l'auteur met en avant l'importance pour le professionnel d'oublier ce qui le protège de la vulnérabilité de l'enfant soit :

- La réalisation du soin : la technicité et donc le savoir faire du professionnel s'acquiert avec l'expérience du terrain en association avec les savoirs théoriques précédemment acquis. Dans ses travaux, Patricia Bernner a mis en avant 5 niveaux de compétences cliniques : l'infirmière novice, débutante, compétente, performante et experte. Les étudiants ou les jeunes diplômés, représentés dans les niveaux novice et débutant, peuvent être parfois amenés à se focaliser sur le geste technique, pour avoir la garantie que le soin soit réalisé avec succès, ceci dans le but de maintenir la santé de l'enfant.
- Ses représentations sur le comportement du patient durant les soins (caprices, la nécessité d'une contention pour la réalisation de tous les soins)
- Le savoir rationnel et scientifique qui n'est pas toujours acquis pour l'enfant de part le stade du développement cognitif dans lequel il se trouve.

22 Charte de l'enfant hospitalisé- Article n°2 – 1988
23 Charte de l'enfant hospitalisé – Article n°3 – 1988

Pour conclure cette partie, nous pouvons voir que la CARE était, avant d'être relié aux sciences infirmières, un concept qui touchait toutes les professions, les familles et nous même. Suite aux différents travaux et études, le CARE infirmier a fait son apparition afin de permettre une prise en soin de l'adulte, où il reste l'acteur principal de son état de santé. Le rôle du soignant étant ainsi de l'accompagner de façon bienveillante et respectueuse afin de lui faire prendre conscience de ses propres ressources en créant une relation d'aide et de confiance basée sur l'honnêteté, l'écoute et l'empathie. Difficilement transposable aux enfants suite à leur maturation développementale, Bénédicte Lombart a souhaité s'appuyer du CARE infirmier et du prendre soin afin de créer le CARE pédiatrique. Lui aussi basé sur une relation individualisée de confiance et d'aide, il met en avant l'importance d'entrer en contact avec l'enfant, en utilisant son imaginaire à travers des jeux, une communication adaptée, afin de lui apporter une prise en soin sereine, la moins traumatisante possible où il pourrait verbaliser ses émotions et ainsi permettre une meilleure adhérence au soin. Ce concept met en avant également la présence importante des parents et représentants auprès de l'enfant. Le soin réalisé à l'enfant peut être aussi angoissant pour ses proches, il est donc important de prendre en considération leur présence et de les accompagner eux aussi.

Nous allons à présent, parler de l'enfant et des différents développements qui entre en jeu durant sa croissance.

B. L'enfant

Dans notre profession, l'enfant est au centre de notre prise en soin. L'infirmière puéricultrice doit être attentive à ses divers développements comme nous l'indique l'article R4311-13 du Code de la Santé Publique : *« Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :*

1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie».[24]

Nous allons donc vous présenter les développements psychoaffectif, psychosocial,

24 Décret R4311-13 du Code de la Santé Publique https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913901&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808

cognitif. Cette partie nous permettra de comprendre et d'acquérir des repères afin de nous permettre de nous adapter à l'enfant lors de la prise en soin, mais également d'évaluer dans quel stade il se trouve.

1. Le développement psycho-affectif de l'enfant

Le développement psychoaffectif à été observé et détaillé par le neurologue autrichien et fondateur de la psychanalyse Sigmund Freud[25].

a. De 0 à 1 an, nous retrouvons le stade oral

La première zone érogène découverte par l'enfant est la bouche. Celle ci lui permettra d'entrer en contact avec le monde extérieur de façon privilégiée, mais aussi et avant tout avec sa maman au travers de l'allaitement. C'est également au travers de cette zone érogène et de l'alimentation que le bébé va trouver une source d'apaisement à ses pulsions. Au début de sa vie, l'enfant n'est pas capable de différencier le soi, du non soi et n'a donc pas accès à la relation d'objet. Ainsi, il n'est traversé que par des éléments dits « primaires » comme des sensations, des émotions ou des hallucinations. Ces dernières n'ont pas de sens pour lui étant donné qu'il ne peut pas les lier à des représentations personnelles du fait de l'immaturité de son développement cognitif. Cependant, il vivra ces éléments primaires de façon agréables ou désagréables, les exprimera à travers des cris, des mimiques ou des mouvements, mais n'aura aucune maîtrise sur eux. Pour palier à l'incapacité de l'enfant à penser, sa mère ayant un psychisme mature, donnera un sens aux éléments primaires ressentis par l'enfant et répondra ainsi à ses besoins. C'est la fonction « Alpha » de Wilfred R. Bion. Cette dernière est primordiale, étant donné que la disponibilité de la mère à réconforter son enfant, permettra de transformer *«l'intolérable et l'impensable en tolérable et pensable »*[26] C'est cette fonction qui permettra à l'enfant de développer sa propre capacité à penser au cours de son enfance.

25 Sigmund FREUD (1856-1939) – Neurologue – Fondateur de la psychanalyse
26 MERKLING Jacky et LANGENFELD SERRANELLI Solange. *Psychologie Sociologie et Anthropologie les essentiels en IFSI* . Edition Masson . 2010. p21

b. De 1an à 2 ans, nous retrouvons le stade anal

La nouvelle zone érogène découverte par l'enfant est l'anus. C'est lors de ce stade, que l'apprentissage de la propreté va se dérouler, après l'acquisition de la loi céphalo-caudale. En effet, l'enfant va apprendre à contrôler ses sphincters et ressentir du plaisir à pouvoir contrôler son environnement. Sa relation à l'autre va donc évoluer, étant donné qu'il aura maintenant la satisfaction de faire attendre l'autre, en offrant ou non son boudin fécal. Cet emprise fait place à l'ambivalence. L'enfant prend maintenant ses propres décisions et va découvrir l'impact que cela à sur son interlocuteur (ses parents ou substitut) mais également sur la relation qu'ils entretiennent ensemble. Il est donc important que les parents mettent en place des interdits afin de limiter l'enfant dans sa toute puissance et qu'il puisse apprendre à gérer ses pulsions.

c. De 2 ans à 7 ans, nous retrouvons le stade phallique

La zone érogène est maintenant le pénis. C'est lors de ce stade que les enfants vont découvrir le sexe féminin et masculin, en s'exhibant et en faisant preuve de voyeurisme. Cette découverte est source d'angoisse et de questionnement pour l'enfant, concernant la présence ou non du pénis, car il est le symbole de la toute puissance pour l'enfant. D'après Freud, l'enfant va maintenant être d'avantage curieux et serait un dérivé de sa curiosité sexuelle. Il va ainsi développer ses attentions pour la socialisation afin de « repousser » ses pulsions sexuelles. Une étape importante existe lors de ce stade : Le complexe d'œdipe qui doit se dérouler entre 6 et 7 ans. Il va permettre à l'enfant de construire son identité sexuelle mais aussi d'intérioriser les interdis sociaux, comme l'inceste et donc développer son SURMOI. En effet, l'enfant va ressentir une attirance pour le parent du sexe opposé et des sentiments de rivalité envers le parent du même sexe. Pour la petite fille, le père deviendra le nouvel objet d'amour. La petite fille va dans un premier temps ne plus souhaiter avoir un pénis mais bel et bien un enfant de son père. Le complexe d'œdipe prend fin lorsque la petite fille s'identifie à la féminité maternelle et renonce à son père comme objet d'amour. Quant au petit garçon, l'objet d'amour restera sa maman. Ce dernier remarquera la place importante du père dans la vie de sa mère et entrera en confrontation avec lui. Cependant, l'angoisse de castration, permettra à l'enfant d'accepter la relation privilégiée qu'entretiennent ses 2 parents. Il s'identifiera enfin à son père et le complexe d'œdipe sera terminé.

d. De 6 ans à 12 ans, nous retrouvons la période de latence

Il est considéré comme une pause dans le développement affectif. L'enfant entre à l'école, il va ainsi élargir son champ relationnel en réalisant des jeux en groupe ou des activités sportives collectives. La socialisation lui permettra d'intérioriser d'avantage de règles de groupe pour mieux vivre en collectivité.

e. À partir de la puberté, nous rencontrons le stade génital

Ce stade marque le début de la puberté et le retour des affects au premier plan. De plus, d'importantes modifications corporelles vont faire leurs apparitions dues au bouleversement hormonal. Celles ci vont entraîner des difficultés pour l'adolescent d'accepter cette nouvelle image corporelle, entraînant ainsi un grand mal-être. De plus, une nouvelle problématique œdipienne fait son apparition, ne visant plus les parents, elle se porte à présent sur les professeurs ou les artistes…

Comme nous pouvons le voir dans ce développement psychoaffectif, au delà des zones érogènes expérimentées par l'enfant afin d'évoluer dans son développement. Nous pouvons observer les différentes personnes qui entre dans sa vie affective et qui vont-elles aussi avoir un rôle dans le passage des différents stades. Elles lui permettront d'évoluer d'une dépendance affective vers son indépendance en intériorisant les interdis sociaux.

C'est ainsi que nous allons maintenant aborder le développement psychosocial, qui met en avant les différents acteurs entrant dans la vie de l'enfant et de leur rôle dans la socialisation de ce dernier.

2. Le développement psycho-social de l'enfant

Ce développement repose sur la socialisation de l'enfant. Elle est définie comme étant *« Le processus par lequel l'enfant intériorise les divers éléments de la culture environnante (valeurs, normes, codes symboliques et règles de conduite) et s'intègre à la vie sociale »* par le Dictionnaire Larousse. Erik Erikson[27] a travaillé sur le développement psychosocial et a

27 Erik ERIKSON (1902-1994) – psychanalyste et psychologue – Auteur de la théorie du développement psychosocial.

découvert 8 stades[28] ou apparaissent des personnes significatives à chaque étape de la vie sociale de l'individu : Nous allons vous développer les 5 stades de ce développement, qui concernent l'enfant de la naissance à 20 ans.

a. 1er stade : Confiance versus Méfiance.

Ce stade se déroule pendant la 1ère année de vie et la 1ère personne significative est la mère qui est le premier objet d'amour. Ils vont ainsi créer une réelle relation d'attachement, besoin inné pour l'enfant, comme a pu l'expliquer John Bowlby[29]. Ce lien *« se caractérise par tout ce que l'enfant va mettre en œuvre (pleurs, sourires, succion, babillement) pour s'assurer la protection de sa mère jusqu'à ce qu'il soit capable de se débrouiller par lui-même. »*[30], et s'organise entre 6 mois et 1 an. Monsieur Bowbly décrit 3 types d'attachement :

- « L'attachement confiant » : C'est le meilleur attachement. Lorsque sa mère est près de lui, l'enfant explore le monde qui l'entoure et ne s'intéresse pas à elle car il sait, qu'il peut compter sur elle. Cependant, lorsqu'elle s'éloigne, il s'inquiète, pleurs et arrête d'explorer l'environnement qui l'entoure, jusqu'à ce qu'elle réapparaisse.
- « L'attachement évitant » : L'enfant va explorer le monde qui l'entoure, sans tenir compte de la présence ou non de sa mère, car il n'a pas confiance en sa disponibilité.
- « L'attachement ambivalent » : L'enfant n'est pas sur de l'assistance que sa mère peut lui apporter. Il va donc avoir des difficultés à explorer le monde qui l'entoure lorsqu'elle est présente et sera inquiet lorsqu'elle ne sera pas près de lui. Seulement, lorsqu'elle reviendra vers lui, l'enfant ne semblera pas apaisé.

C'est grâce à cette notion d'attachement et à la capacité de la mère à répondre aux besoins de son enfant que ce dernier développera un sentiment de confiance OU de méfiance, envers sa famille et à long terme envers lui même et les autres. Ce sentiment permettra d'observer si bébé estime que son environnement familial est un lieu sécurisant, aimant et fiable, ou à contrario, hostile et rejetant. Cela pourrait ainsi avoir un impact sur la future socialisation de l'enfant, avec des difficultés pour lui d'aller vers les autres.

28 DELOUIS DUTREUIL Joseph. Chapitre 3 – Les stades du développement psychosocial. [En ligne] Travail autour du comportement sexuel non autonome et risque à l'infection au VIH. Licence en psychologie. 2007 Disponible sur : https://www.memoireonline.com/01/10/3124/m_Comportement-sexuel-non-autonome-et-risque--linfection-au-VIHsida3.html

29 John BOWLBY (1907-1990) – psychiatre et psychanalyste

30 MERKLING Jacky et LANGENFELD SERRANELLI Solange. *Psychologie Sociologie et Anthropologie les essentiels en IFSI* . Edition Masson . 2010 . p24-25

b. 2ème stade : Autonomie versus Honte et Doute

Après avoir acquis le sentiment de confiance résultat d'un environnement sécurisant, l'enfant peut aborder ce nouveau stade. Il se déroule entre 1 an et 3 ans et coïncide avec le stade anal du développement psychoaffectif. Une nouvelle personne significative fait son entrée, et n'est autre que le papa. Ses parents vont, à présent, aider l'enfant à acquérir les prémices de son autonomie. Ils vont l'accompagner à réaliser ses propres choix en le valorisant et/ou en lui posant des interdits. Les notions de « honte et doute » font échos à l'importance d'une éducation équilibrée, ni trop stricte, ni trop souple. En effet, si l'enfant se sent trop contrôlé, il pourrait ressentir un sentiment de doute et de honte.

c. 3ème stade : Initiative versus Culpabilité

Ce stade se déroule entre 3 et 6 ans. L'enfant est en maternelle et commence à jouer avec ses camarades à imiter les adultes dans leurs activités quotidiennes. L'enfant ressentira l'envie de tout réaliser comme les adultes, sans prendre compte de ses limites ou de ses capacités. Les obstacles qu'il rencontrera, le mettront face à son incapacité de tout réaliser et entraînera un sentiment de culpabilité. A cette étape, le rôle des parents nécessite de jongler entre l'orientation de l'enfant à acquérir un comportement adapté à la situation et lui laisser de l'autonomie afin qu'il puisse prendre des initiatives. Il est donc important, que l'enfant ait acquis une autonomie de base, afin de vivre de façon positive, cette partie du développement psycho-social.

d. 4ème stade : Créativité versus infériorité

L'enfant est maintenant âgé de 6 à 12 ans. Le milieu social s'agrandit grâce à l'entrée à l'école primaire, et laisse entrer la nouvelle personne significative, symbole d'autorité, qu'est l'institutrice/instituteur. C'est dans son environnement scolaire, que l'enfant va pouvoir développer ses compétences grâce à ses acquisitions depuis la naissance. De plus, l'instituteur, comme les parents, devra entretenir avec l'enfant une relation basée sur la valorisation de l'acquisition des compétences de son élève. Ceci, dans le but que l'enfant puisse se sentir compétent et non inférieur à ses camarades, avec qui il se compare et est entré en compétition.

e. 5ème stade : Identité versus Confusion de rôles

Cette phase se déroule pendant l'adolescence soit entre 12 et 20 ans. L'influence des pairs tient maintenant une grande place identitaire dans la vie de l'adolescent, qui devrait maintenant s'adapter aux normes de la société, tout en essayant de construire sa propre identité. C'est aussi, pendant cette période, que l'individu va vivre de grands changements physiologiques qui entraîneront des répercussions sur sa propre image mais aussi sur sa relation avec les autres, et par la même occasion un grand questionnement sur son futur. Il est important que l'adolescent puisse se différencier des autres et avoir ses propres idées face aux normes et valeurs qu'il rencontrera dans ces différents lieux de vie. Ceci dans le but de ne pas vivre « une confusion des rôles » mais d'avoir sa propre « Identité »

Les 3 derniers stades concernant l'adule sont :

- Le 6ème stade : Intimité versus Isolement
- Le 7ème stade : Générativité versus Stagnation
- Le 8ème stade : Intégrité versus Désespoir

En conclusion, nous pouvons voir que l'apparition des différents acteurs dans la vie sociale de l'enfant vont lui permettre de s'épanouir ou non. En effet, il pourra acquérir des formes de caractères qui pourront l'aider dans le futur (confiance, créativité, initiative) ou au contraire des traits de caractère qui pourront le freiner dans son épanouissement social (méfiance, honte, doute…). Il est important que la puéricultrice puisse relever ces éléments afin de lui apporter un accompagnement individualisé qui s'appuiera sur ses besoins sociaux, de réassurance ou de valorisation.

Après avoir parler des développements psycho affectif et psycho social, nous allons maintenant aborder son développement cognitif de l'enfant et donc la construction de son appareil à penser.

3. Le développement cognitif

Jean Piaget est le précurseur du développement cognitif, qui est à ses yeux,

l'adaptation de l'enfant à son environnement. L'acquisition des différents stades, illustrés comme des paliers, se réalise grâce à la répétition des événements. Pour ce psychologue, l'adaptation de l'enfant repose sur « *l'équilibre entre le sujet et le milieu à travers 4 facteurs qui sont corrélés :*

- *La maturation biologique du système nerveux […]*
- *L'environnement matériel, qui procure au sujet des possibilités infinies d'expériences : manipulation d'objets, abstractions… ;*
- *L'environnement social, qui lui offre des possibilités d'interactions diversifiées ;*
- *L'équilibration, qui assure la coordination entre les 3 facteurs précédents et permet au sujet de prendre en compte les obstacles présentés par son environnement en se modifiant de manière autonome. »*[31]

Monsieur Piaget à mis en avant 4 stades :

a. De la naissance à 2 ans : Le stade sensorimoteur

L'enfant va découvrir le monde à travers la sensorialité et la motricité, l'intelligence est donc ici pratique. C'est en répétant les gestes, et les assimilant que l'enfant va transformer ses mouvements involontaires en mouvements volontaires. Ceci, dans le but de leur donner du sens afin de réaliser une action. Il sera ensuite en capacité d'adapter et modifier ses gestes face à de nouvelles situations. Jean Piaget appelle cela « l'accommodation » qui se traduit comme étant *« le mécanisme par lequel les schèmes sont modifiés pour les ajuster aux données nouvelles »*[32] De plus, c'est pendant ce stade, que l'enfant vers 18 mois va acquérir progressivement « la permanence de l'objet ». Il sera alors capable de *« se représenter un objet qui a momentanément disparu pour imaginer sa trajectoire »*[33]. Entre 18 mois et 2 ans, le début du symbolisme fait son apparition, faisant ainsi évoluer l'enfant vers le stade pré-opératoire.

b. De 2 ans à 7 ans : Le stade pré-opératoire

Pendant cette période, l'enfant ne va plus seulement utiliser la perception sensorimotrice mais aussi l'activité symbolique. Elle se définit comme étant : *« la capacité d'évoquer des objets*

31 MERKLING Jacky et LANGENFELD SERRANELLI Solange. *Psychologie Sociologie et Anthropologie les essentiels en IFSI* . Edition Masson . 2010. p31 .
32 La psychologie du développement . Orientation cognitivo-constructiviste [En ligne]
Disponible sur : http://www.la-psychologie.com/orientation%20cognitivo-constructiviste.htm
33 MERKLING Jacky et LANGENFELD SERRANELLI Solange. *Psychologie Sociologie et Anthropologie les essentiels en IFSI* . Edition Masson . 2010 . p33

absents physiquement »[34] grâce à l'imitation différée, le jeu, le dessin, l'image mentale, le langage. C'est une période très importante car elle va permettre à l'enfant de travailler son imaginaire à travers le jeu, en réalisant des expériences à plus petite échelle et sans danger. Enfin, l'enfant reste convaincu de ses idées et n'accepte pas le point de vue des autres, sa pensée reste intuitive et égocentrique. *« L'imagination de l'enfant prédomine ainsi sur sa raison »*[35].

c. De 7 ans à 12 ans : Le stade des opérations concrètes ou de l'intelligence opératoire

L'enfant va à présent passer à une pensée logique, et pourra se décentrer de son point de vu pour en acquérir un nouveau. Il va ainsi prendre en compte l'avis des autres et va prendre conscience de la causalité des choses. Il va alors raisonner de manière concrète en s'appuyant sur sa propre expérience.

d. De 12 ans à 16 ans : l'intelligence formelle

L'adolescent est maintenant capable de raisonner sans supports concrets, en mélangeant des représentations. Il pourra continuer d'affiner ses connaissances mais ne changera plus radicalement sa vision portée sur le monde.

Pour conclure, nous pouvons voir que c'est à travers ce développement que l'enfant va acquérir ses capacités de raisonnement en s'appuyant sur ses représentations et celles des autres. Il s'appuiera dans un premier temps sur sa perception sensorimotrice, puis de son imaginaire, puis prendra compte de l'avis des autres et sera capable de raisonner sans support concret. Comme nous avons pu le voir au travers du CARE pédiatrique, il est important de prendre en compte le stade de développement dans lequel l'enfant se trouve afin de l'accompagner avant, pendant et après la réalisation du soin de façon adéquate. Comme nous pouvons le voir dans les 2 premiers stades, l'enfant n'est pas dans la capacité de relié le soin à un effet bénéfique pour sa santé. Il est donc important que la puéricultrice s'adapte à sa façon de penser afin de l'accompagner dans la réalisation du soin qu'il pourrait vivre comme une attaque et donc entraîner un traumatisme, De plus, nous pouvons que la place des parents est très importante dans chacun des développement de l'enfant. Madame Lombart, leur laissant ainsi toute leur place son travail sur le CARE pédiatrique.

34 MERKLING Jacky et LANGENFELD SERRANELLI Solange. *Psychologie Sociologie et Anthropologie les essentiels en IFSI* . Edition Masson . 2010 ; p35

35 LOMBART Bénédicte . *Les soins en pédiatrie - faire face au refus de l'enfant* . Edition Seli Arslan . 2016 . p 112

Nous allons à présent parler de l'utilisation de la contention chez l'enfant dans les centres de soins.

C. La contention

1. Définition

D'après le dictionnaire Larousse, la contention est définie comme étant un *« procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité. »* . Selon l'Agence Régionale de Santé, la contention *« recouvre tous les moyens mis en œuvre pour limiter les capacités de mobilisation de tout ou une partie du corps ou pour limiter la libre circulation des personnes dans un but sécuritaire pour une personne ayant un comportement jugé dangereux ou mal adapté.»*
Dans un premier temps, nous pouvons voir que ces 2 définitions mettent en avant des notions de restrictions de mouvements et donc d'atteinte à la liberté. De plus, nous pouvons retrouver également la notion de protection de l'individu.

Il existe différents types de contention :

- La contention chimique, qui est l'administration d'un traitement sédatif (neuroleptiques…)
- La contention relationnelle, qui est l'ensemble des moyens de communication verbal ou non verbal qui incitent le patient à rester calme.
- La contention physique, qui vise au « *maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique. »,* selon la Haute Autorité de Santé[36]
- La contention mécanique, qui met en avant l' *« utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui »*, toujours selon la Haute Autorité de Santé[37]

36 Haute Autorité de Santé . Recommandation de bonne pratique : isolement et contention en psychiatrie générale [En ligne]. Février 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf p9
37Haute Autorité de Santé . Recommandation de bonne pratique : isolement et contention en psychiatrie générale [En ligne]. Février 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf p9

Nous allons maintenant parler du cadre juridique qui défini les conditions d'utilisation de la contention.

2. La législation

a. La législation concernant l'utilisation de la contention

La mise en place de la contention repose sur la loi n°2016-41 aussi appelée « Modernisation de notre système de santé ». L'article L3222-5-1 du Code de la santé publique (article 72, de la loi n°2016-41) stipule que *« l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui »*[38]. En effet, l'utilisation de la contention doit être utilisée après plusieurs échecs de prise en soin relationnelle et de recherche d'apaisement ne nécessitant pas l'atteinte à la liberté de l'individu. De plus, nous pouvons remarquer que cet article vise l'ensemble des types des contentions précédemment définis. Concernant la contention pendant les soins, aucun texte législatif ne met en avant les conditions d'utilisation et de surveillance de l'immobilisation de l'enfant.

Afin de limiter les abus d'utilisation de la contention, ce même article demande la tenue d'un registre qui comptabilise les événements nécessitant la mise en place d'une contention. Y-sont inscrits la date, l'heure, la durée et le nom des professionnels responsables de la surveillance de ce moyen d'immobilisation. Ces documents sont ensuite présentés à la commission départementale des soins psychiatriques, au contrôleur général des lieux de privation de liberté et aux parlementaires._Enfin, nous pouvons retrouver la réalisation d'un rapport annuel contenant les statistiques d'utilisation des contentions et de l'isolement au sein des établissements, il est ensuite transmis à la commission des usagers et au conseil de surveillance, afin de limiter la banalisation de cette pratique pouvant être traumatique physiquement et psychologiquement.

En février 2017, la Haute Autorité de Santé publie un nouveau texte de recommandation autour de l'isolement et de la contention mécanique en psychiatrie général et donc chez les adultes. Nous pouvons y retrouver les informations concernant « le chemin »

38 https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;?idArticle=LEGIARTI000031918948&cidTexte=LEGITEXT000006072665

du début de la mise en place d'une contention jusqu'à son arrêt. Ces recommandations ne concernent pas les enfants, et à ce jour aucun texte législatif ou de recommandation n'est établi pour l'utilisation de la contention dans la prise en soin des mineurs exclusivement.

Nous allons à présent vous parler des textes législatifs qui mettent en avant les droits des enfants, des représentants légaux face à la mise en place d'une contention.

b. Les droits de l'enfant et de sa famille

La mise en place d'une contention nécessite pour les personnes mineures, l'acquisition du consentement des personnes détenant l'autorité parentale (Article R4127-42 du Code de la santé publique). De plus, le patient même s'il est mineur, peut participer, selon son degré de maturité, à la prise de décision concernant les soins qui lui seront prodigués, cela seulement s'il est APTE à participer à la prise de décision et à exprimer sa volonté. Afin d'acquérir ce consentement, la Charte de l'Enfant Hospitalisé met en avant dans son article n°4, que *« 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. »*[39]. Nous pouvons voir que cette charte parle des droits de l'enfant, mais également des parents, afin de favoriser une prise de décision éclairée par les explications sur l'état de santé de l'enfant. Dans le cas où le représentant légal refuse la réalisation des soins et en cas de risque d'atteinte à l'intégrité corporelle ou à la santé du mineur, le médecin chef de service peut faire appel au ministère public afin de demander la mise en place de mesures d'assistance éducative. Elles lui permettront de réaliser les soins adéquats et ainsi répondre aux besoins de l'enfant. (Article R 1112-35 du Code de la Santé Publique).
Dans le cadre de l'urgence, L'Article R.4127-42 du CSP, met en avant que le médecin doit donner les soins nécessaires à l'enfant, dans le cas où le représentant légal n'est ni joignable et ni dans la possibilité de donner son consentement.

Comme nous pouvons le voir, l'enfant mineur possède lui aussi des droits face aux soins qu'il pourrait recevoir. Ainsi, Il est important pour les professionnels d'évaluer si oui ou non l'enfant est en capacité de donner une décision réfléchie. De plus, la présence des représentants légaux est elle aussi très importante afin qu'ils donnent leur accord. Dans les 2

39 Article n°4 de la Charte de l'Enfant Hospitalisé. 1988

cas, il est nécéssaire que les acteurs reçoivent des informations claires et adaptées à leurs capacités de compréhension afin de prendre une décision éclairée sur les futurs soins qui seront réalisés . Suite aux droits et devoirs des patients mineurs et de leurs familles, nous allons à présent vous parler des devoirs de l'infirmière puéricultrice face à la contention.

c. La législation face à la puéricultrice

L'infirmière puéricultrice détient un rôle propre et un rôle sur prescription médicale qui sont tout deux régis par le Code de la Santé Publique. Dans le cas de la contention, La mise en place du matériel par l'infirmière puéricultrice est visible dans l'article R4311-9 du Code de la Santé Publique (décret du 26 juillet 2005). Cet article met en avant les différents soins pouvant être réalisés par l'infirmière puéricultrice sur prescription médicale. L'ablation du matériel est érigée par l'article 4311-7 de ce même code. Le retrait du matériel peut être réalisé à la seule condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment si un soucis faisait son apparition, et suivant la prescription médicale.

Dans les situations d'urgences l'infirmière puéricultrice peut, suite à l'article R.4311 14 du Code de la Santé Publique, mettre en place des protocoles préétablis par le médecin (écrits, daté et signé), après évaluation d'une situation considérée comme urgente. Nous pouvons imaginer que si une situation fait son apparition en service, et qu'elle nécessite la mise en place d'une contention, la présence d'un protocole peut permettre à la puéricultrice d'agir sans la présence du médecin. A son arrivée, le médecin réévaluera la situation et la nécessité du maintien ou non de la contention suivant l'état du patient.

Le rôle propre de l'infirmière puéricultrice est défini dans l'article R4311-3 du Code de la Santé Publique. La soignante peut accomplir les soins énoncés dans les articles R.4311-5 et R4311-6. Dans l'article R4311-5 du Code de la santé publique, nous pouvons voir que les soins relevant du rôle propre sont ceux qui permettent :

- De répondre aux besoins physiologiques du patient et donc ici de l'enfant (hygiène, alimentation, élimination, sommeil)
- Surveillance de l'apparition de trouble de comportement
- Réaliser la surveillance et la prévention de l'apparition d'escarres

- Rechercher les signes de complications lié à la contention par une observation clinique et la prise de paramètres vitaux (pression artérielle, rythme respiratoire, pulsations, saturation, diurèse, état de conscience…)
- Apporter un soutien psychologique à l'enfant et sa famille afin de protéger l'alliance thérapeutique et de protéger la santé mental de l'enfant et sa famille (comme nous pouvons le retrouver dans l'article R4311-2 du Code de la Santé Publique)

De plus, dans l'article R.4311-6 nous pouvons voir que la surveillance des patients en isolement concerne également le rôle propre de l'infirmière puéricultrice.
La mise en place et l'ablation du matériel sont inscrits dans les textes relevant du rôle sur prescription médicale de l'infirmière puéricultrice. Il est cependant également important de ne pas oublier son rôle propre et d'effectuer les différentes surveillances pouvant mettre en avant une complication de type hémodynamique, cutanée, nutritionnelle ou encore psychologique.

Maintenant que nous avons pu mettre en avant les droits des patients et de leur famille ainsi que les devoirs des soignants. Nous allons explorer la mise en place de la contention dans la réalisation des soins en pédiatrie et la mise en place de la contention en pédopsychiatrie.

3. La contention dans les soins douloureux en pédiatrie

Aujourd'hui et depuis toujours, la réalisation des soins douloureux chez l'enfant est très souvent accompagnée d'une immobilisation de ses membres. En effet, le souhait 1er du soignant est de préserver la vie de l'enfant, de restaurer sa santé et peut donc primer *« sur le reste, notamment sur le refus de l'enfant »*[40] mais pour son bien, comme l'explique Bénédicte Lombart, cadre de santé dans son livre « Les soins en pédiatrie - faire face au refus de l'enfant ». Elle met également en avant que la contention peut être utilisé afin de réaliser son devoir de soignant, celui de réaliser les soins. En effet, les gestes sont prescrits par les médecins, cette pratique est légiférée et les actes ne peuvent être réalisés que par des personnes diplômées[41]. C'est ainsi que la contention peut être aussi utilisée par anticipation. De plus, *« le degré d'immobilisation est déterminé par la nature du geste, mais aussi par le*

40 LOMBART Bénédicte . *Les soins en pédiatrie - faire face au refus de l'enfant* . Edition Seli Arslan . 2016. p 136
41 LOMBART Bénédicte . *Les soins en pédiatrie - faire face au refus de l'enfant* . Edition Seli Arslan . 2016 p 3

comportement de l'enfant, par sa réaction face au geste »[42] mais aussi *« de l'environnement, des situations et des personnes en interactions »*[43] Il est cependant important de rappeler qu'aucun texte législatif ne concerne l'utilisation de la contention pendant la réalisation des soins, il est donc primordial qu'elle ne soit pas banalisée dans les pratiques professionnelles et qu'elles fassent l'objet d'un réflexion d'abord individuelle puis collective

a. Des études sur la contention lors des soins.

Lors de la 18ème journée de « La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? » les 8 et 9 décembre 2011, l'équipe de l'hôpital Trousseau a exposé les résultats et les conclusions de 2 enquêtes concernant l'utilisation de la contention dans les soins douloureux chez l'enfant.

Dans ces études, le type de contention le plus utilisé dans ces situations est la contention physique, les soignants utilisent alors leur force physique. Les mains ne viennent plus soigner l'enfant mais le maintenir afin de réaliser un soin. L'équipe de recherche a alors réalisé une échelle de cotation concernant la contention physique :

- *« Niveau 0 = pas de contention, l'enfant est calme et détendu.*
- *Niveau 1 = « contention douce » : une partie du corps de l'enfant est juste maintenue (par une personne) sans réaction de retrait de l'enfant.*
- *Niveau 2 = « contention moyenne » : Une ou plusieurs parties du corps de l'enfant sont maintenues (par une personne) avec réaction de retrait de l'enfant.*
- *Niveau 3 = « Contention forte » : une ou plusieurs parties du corps de l'enfant son maintenues fermement (par plusieurs personnes », l'enfant proteste, crie, pleure.*
- *Niveau 4 = « Contention très forte » : une ou plusieurs parties du corps de l'enfant sont maintenues (par plusieurs personnes) avec réaction de retrait, agitation importante de l'enfant, se début fortement malgré la contention. »*[44]

La première a eu lieu en 2009. Cette enquête à pu mettre en avant l'utilisation

42 LOMBART Bénédicte . *Les soins en pédiatrie - faire face au refus de l'enfant* . Edition Seli Arslan . 2016 . p 152
43 LOMBART Bénédicte . *Les soins en pédiatrie - faire face au refus de l'enfant* . Edition Seli Arslan . 2016 p 173
44 LOMBART B. , ANNEQUIN D . , CIMERMAN P. , MARTRET P. , CHARY-TARDY AC., TOURNIAIRE B. , GALINSKI M. - Utilisation de la contention lors des soins douloureux chez l'enfant. *Pédiadol.* 2011 . p 9

importante de la contention en l'absence de mise en place d'antalgique dans la prise en soin de l'enfant. De plus, cela a pu montrer que 14,4 % des enfants âgés de 1 à 4 ans recevaient une contention forte (de niveau 3 et 4) lors des soins contre 2,9 % des enfants des plus de 4 ans, qui quant à eux reçoivaient, dans 97,1 % des contentions simples.. Les enfants âgés de moins d'un an, de part leur petite taille, reçoivaient d'avantage une contention faible.

La deuxième enquête à été réalisé en 2011, après la mise en place d'un guide de recommandations par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) qui concernent la prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant . Elle montre que malgré la prise en soin antalgique, l'utilisation de la contention est toujours d'actualité, et notamment selon l'âge de l'enfant. Les enfants de 1 à 4 ans seront le plus sujet à l'utilisation d'une contention forte. L'équipe met en avant des hypothèses de réponse, afin d'éviter l'utilisation de contention forte chez l'enfant comme tune meilleure utilisation des moyens de distractions, d'hypnoanalgésie ou encore une meilleure préparation de l'enfant au soin, en l'exposant et le laissant découvrir le matériel avec lequel il sera pris en soin (masque de MEOPA…). Nous verrons plus tard, les recommandations élaborées par Bénédicte Lombart en collaboration avec l'association SPARADRAPS. Au-delà de cette étude, nous pouvons parfois retrouver l'utilisation de draps ou de serviette chez les plus jeunes afin de les immobiliser et donc de limiter leurs mouvements afin de permettre au soignant de réaliser le soin. Cette forme de contention peut être reliée aux contentions mécaniques.

b. Le ressenti des soignants :

Dans une étude réalisée à l'hôpital Trousseau et dans l'ouvrage de Madame Lombart sur la prise en soin de l'enfant malgré son refus de soin, nous avons pu découvrir le ressenti des soignants. Pour ces derniers, l'utilisation de la contention en pédiatrie malgré le refus de l'enfant, pouvait s'expliquer par le sentiment d'obligation de réaliser la prescription médicale dans l'intérêt du patient, afin de préserver sa vie. Ce sentiment d'obligation et l'utilisation de la force faisaient cependant ressentir des émotions importantes aux professionnels tel que de la gêne, un malaise ou encore de la tristesse. Pour terminer les soins et ne pas être freiné par leurs émotions, certains soignants vont occulter la présence et les émotions de l'enfant.

Madame Lombart nomme ce comportement la « cécité empathique transitoire ». Ce concept serait une forme de « mécanisme de défense », à la différence qu'il n'est pas inconscient mais conscient. L'intention du soignant est toujours positive, mais requiert un changement de priorité dans le but de soigner/guérir l'enfant . En effet, avant et après la réalisation du soin l'enfant est au centre des préoccupations du soignant, cependant pendant le geste l'attention du professionnel se focalise sur l'action du soin prescrit en occultant le ressenti et la vulnérabilité du patient.

c. Le ressenti des enfants

Le milieu médical est inconnu pour bon nombre d'adultes mais également d'enfants. Ces lieux où les professionnels sont tous habillés de blancs, inconnus physiquement pour l'enfant peut être très intimidant et source d'angoisse. Comme nous avons pu le voir dans la partie sur le développement cognitif de l'enfant, il peut ne pas être encore capable de relier l'hôpital à guérir, les soins au maintien de sa santé, à son bien. Ainsi, les sentiments et les émotions de l'enfant sont basés sur ce qu'il imagine, ce qu'il pense connaître et connaît de ce lieu qu'il rencontre pour la première fois ou non. Ainsi, *« l'enfant fait passer ses propres affections en priorité en ignorant les contingences extérieures […] Ses émotions, sa peur régissent ses réactions sans tenir compte des contingences du soin »*[45]. La peur d'un soin peut ainsi entraîner une forte agitation étant donné que *« L'enfant se sent menacé par la sonde, ce qui est la cause de son effroi et ce qui cause sa réaction. On assiste à un enchaînement de rapports de cause à effet »*[46]. D'ailleurs, nous pouvons voir que dans l'article « Éviter la contention de l'enfant lors des soins » présent sur le site de l'association SPARADRAP, les professionnels dont Bénédicte Lombart qui a élaboré le CARE pédiatrique, l'utilisation de la contention peut ainsi faire parti d'un cercle vicieux et décupler l'angoisse et la détresse de l'enfant pendant les soins, ajoutant ainsi un rapport de cause à effet. En effet, la détresse de l'enfant peut partir d'une émotion forte telle que de la peur, entraînant ainsi son agitation, qui pousseront ainsi les professionnels à le maintenir plus intensément. Cela entraînera une angoisse plus importante pour l'enfant, une agitation plus intense et ainsi de suite. Il est important de notifier, qu'ici l'agitation est la réponse à une menace, c'est le souhait pour

45 LOMBART Bénédicte . *Les soins en pédiatrie - faire face au refus de l'enfant* . Edition Seli Arslan . 2016 . p113
46LOMBART Bénédicte . *Les soins en pédiatrie - faire face au refus de l'enfant* . Edition Seli Arslan . 2016 . p 121

l'enfant de vouloir fuir devant quelque chose qui lui fait peur, il est donc important de prendre ce sentiment en considération afin d'apaiser l'enfant.

Nous allons à présent, vous présenter des recommandations établie par l'association SPARADRAP en collaboration avec Bénédicte Lombart qui permettrait de limiter l'utilisation de la contention pendant les soins

c. Des recommandations pour éviter la contention

Comme nous pouvons le voir, et en lien avec notre partie sur le Care pédiatrique, la distraction par la jeu en entrant en relation avec l'enfant en lien avec son imaginaire, pourrait avoir un effet sur le degré de contention utilisé chez ces jeunes patients. En effet, l'utilisation de la contention lors des soins peut être un vrai traumatisme psychique car vécu comme angoissante et négative. Ce traumatisme peut devenir par la suite une vrai phobie des soins. En 2016, Bénédicte Lombart et Carole Ballée ont publié sur le site de l'association Sparadrap, des recommandations permettant de prévenir et de limiter la contention forte chez l'enfant pendant les soins. C'est ainsi qu'elles nous font part des points incontournables tels que la prise en soin de la douleur, l'installation de l'enfant, la mise en place d'une relation de confiance, l'explication du soin, l'utilisation de la distraction, réaliser des pauses, s'adapter ou rythme de l'enfant. Vous pouvez retrouver ces recommandations dans l'annexe n°3
Dans ces conseils, nous pouvons voir que pendant la réalisation du soin, il est important de *« Lorsqu'un geste nécessite l'immobilité d'une partie du corps de l'enfant, il est conseillé de favoriser le mouvement de la partie du corps opposée à celle qui ne doit pas bouger. »*[47]. Une forme d'immobilisation serait donc toujours réalisée par nécessité, malgré les différents conseils mis en place.

En conclusion, différents éléments peuvent être mis en place afin de diminuer l'utilisation de la contention chez l'enfant. Ils tiennent ainsi compte du développement de l'enfant en y associant ses parents, afin de préserver son bien être malgré la réalisation du soin.

47 LOMBART Bénédicte. BALLEE Caroline. Eviter la contention de l'enfant lors des soins. [En ligne] Crée en avril 2016. Disponible sur : https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/eviter-la-contention-de-lenfant-lors-des-soins

2. La contention en situation d'agressivité

La contention utilisée en pédopsychiatrie à un but thérapeutique dans la prise en soin des enfants. Elle est utilisée sous une forme chimique pour certains traitements de fond ou les situations d'urgences afin de diminuer leur agitation et leur agressivité au travers de propriétés sédatives. Ce traitement permet également de diminuer les idées délirantes ainsi que les hallucinations qui pourraient toucher certains enfants, nécessitant une surveillance accrue lors de leur administration. Les professionnels peuvent également réaliser une contention physique qui elle aussi a pour but *« de prévenir une violence du patient envers lui-même ou autrui, alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ni appropriés ,ou de prévenir un risque de rupture thérapeutique »*[48].

Au travers de mon travail de fin d'étude à l'institut de formation en soins infirmiers qui avait pour thème « La gestion du stress de l'infirmière dans la prise en soin d'un enfant agressif. » et de ses entretiens. J'ai pu voir que les professionnels de pédopsychiatrie qui s'occupaient des enfants de 6 à 10 ans étaient plus amenés à utiliser la contention physique lors des situations d'urgence. Chez les adolescents, des contentions chimiques ou matérielles pouvaient quant à elle être utilisées. Avant cela, le soignant pouvait passer par différentes étapes afin d'accompagner l'enfant à s'apaiser et à prendre en soin ses troubles. Pour cela, les professionnels ont notifié qu'il était important d'apporter une communication verbale et non verbale adaptée à l'enfant et à ses troubles en se plaçant à sa hauteur, lui parler calmement… Grâce à leur observation, ils pouvaient faire prendre conscience aux enfants de leur agitation. Chaque jour, des médiations thérapeutiques leur été proposées et répondant à l'un de leur besoin. Elles sont basées sur des jeux, des activités physiques collectives ou individuelles, des sorties où des activités adaptées au développement de l'enfant. La connaissance de l'enfant, de son développement, son histoire, ses troubles et les choses qui peuvent l'aider à s'apaiser est importante et permet au professionnel d'apporter à l'enfant une prise en soin aidante et accompagnante individualisée

Dans le cas où le professionnel observe que l'enfant s'agite, ou qu'il le verbalise de lui-même, le professionnel va pouvoir, toujours de façon individualisée, passer par différentes étapes avant d'utiliser la contention. Il accompagnera l'enfant dans un endroit calme en lui en

48 OUDJANI C. , DANY L. , DEROME M. , BATAILLE J. , Représentations sociales de la contention en pédiatrie : regards de professionnels. *Elsevier Masson*. 2014 . p 5

expliquant les raisons, et essayera de le faire verbaliser sur ses frustrations où la cause de son agitation. Si l'enfant ne réussi pas à s'apaiser, le soignant pourra l'accompagner en réalisant une contention physique pour l'aider à se recentrer sur lui même. De plus, cela lui permet de se protéger de lui-même mais aussi de protéger les autres enfants et les professionnels du risque d'auto agressivité et/ou d'hétéro agressivité dont il pourrait être acteur. Cependant, il est important que la contention ne soit pas perçue comme agressive par l'enfant. Elle doit être ressenti comme un accompagnement, une aide et un soutien. Elle nécessite donc en plus du geste, un temps avec l'enfant qui permettra la verbalisation de ses émotions. Cela lui permettra de prendre conscience de la situation (cause..) et de ce qu'il a ressenti. Pour les professionnels qui fut interrogés l'utilisation de cette contention physique permettait la création d'une relation privilégiée avec l'enfant. Il aurait ainsi conscience du rôle d'aidant apporté par le soignant qui l'accompagne.

D. Conclusion du cadre théorique

L'utilisation de la contention est courante dans les services dédiés à l'enfant.
Parfois dans le but de les apaiser, d'éviter tout risque d'auto ou d'hétéro agressivité ou de réaliser un soin afin de restaurer leur santé. Manquant de législation sur l'utilisation de la contention dans la réalisation des soins, des recommandations sont mis en avant afin d'éviter cette technique qui peut parfois être dévastatrice et traumatisante pour l'enfant malgré qu'elle soit utilisée pour son bien, pour lui, pour sa santé. Qu'importe la situation dans laquelle elle est utilisée, une forme de prise en soin relationnelle nommé « le CARE » pourrait permettre de se baser sur les ressources de l'enfant afin de l'accompagner à recouvrer la santé, a diminuer son angoisse. Ouvrir les yeux sur l'enfant, prendre en considération son développement, ses émotions, son imaginaire, sa famille... telle est l'attitude que la puéricultrice pourrait peut être arborer afin de créer une relation de confiance et aider l'enfant à mieux vivre les soins qui lui sont apportés en entrant dans son univers. Cette posture relationnelle, mêlant de nombreux éléments, pourrait-elle avoir un effet sur l'utilisation de la contention pendant les soins ?

IV. La question de recherche et les hypothèses.

A. La question de recherche

Suite à nos recherches nous avons pu aborder la contention réalisée lors des soins douloureux mais également lors de situation où l'enfant pouvait être auto et/où hétéro agressif. Ayant eu des informations sur la prise en soin d'un enfant contentionné en pédopsychiatrie grâce à mon travail de fin d'étude infirmière. J'aimerais à présent travailler sur l'effet que peut avoir les éléments présents dans le CARE pédiatrique autour de l'utilisation de la contention physique lors des soins douloureux chez l'enfant de 2 à 7 ans en pédiatrie. Cette tranche d'âge représente les enfants se trouvant dans le stade préopératoire du développement cognitif, qui s'appuie sur l'activité symbolique de l'enfant, afin de se constituer des représentations. Grâce à nos recherches, une nouvelle question de départ fait son apparition :

En quoi le care de la puéricultrice peut-il limiter l'utilisation de la contention physique chez l'enfant de 2 à 7 ans en pédiatrie ?

B. Les hypothèses

Nous allons à présent vous présenter nos hypothèses concernant notre question de recherche :

- Le respect de l'imaginaire de l'enfant permet de réduire la force utilisée pour le contenir
- La présence parentale auprès de l'enfant lors des soins permet la réalisation d'un soin moins angoissant pour l'enfant et donc de diminuer la force utilisée pour le contenir

V. L'enquête

A. La méthodologie d'enquête

Le mode d'enquête que j'ai choisi est l'entretien semi directif. Il va me permettre de

guider le soignant vers le sujet que je travaille, tout en lui laissant la liberté de répondre grâce aux questions ouvertes que je lui poserais. Ces entretiens vont nécessiter une rencontre avec le professionnel qui me permettra d'observer son comportement, ses émotions, mais également de lui poser d'autres questions si je souhaite plus de détails sur certaines de ses réponses. Ceci permettra un vrai échange entre professionnels, qui peut être intéressant, enrichissant et qui plus est reste anonyme.

J'ai interrogé 5 professionnels de santé dans 2 services de pédiatrie différents afin d'avoir des informations sur la prise en soin qu'ils offrent aux enfants ainsi que le déroulement de leurs soins. Réaliser ces 5 entretiens dans 2 établissements hospitaliers différents pourrait ainsi me montrer s'il existe des différences de pratique face à l'utilisation de la contention dans les soins réalisés à l'enfant et ce qui peut être mis en place afin de la limiter.

Le guide d'entretien, que vous pouvez retrouver dans l'annexe n°4 de ce projet professionnel a été validé par ma directrice de mémoire ainsi que les cadres des services que j'ai pu rencontrer préalablement au travers d'un appel téléphonique ou d'un entretien. J'ai également réalisé un entretien test, qui apparaît dans ce travail suite à des éléments que je trouvais très intéressants, ce qui explique la présence de 5 entretiens dans mon analyse. En annexe n°5, j'ai souhaité vous partager l'entretien de la puéricultrice n°5 qui je trouve ressemble beaucoup à ce que j'ai pu travailler dans mon cadre conceptuel.

B. Présentation des soignantes interrogées

Dans un premier temps, nous allons vous présenter les différents professionnels que nous avons pu rencontrer :

La puéricultrice n°1est diplômée infirmière depuis 2001, elle a travaillé au sein d'un service de chirurgie pour enfant jusqu'en 2005, année où elle a réalisé sa spécialisation afin de devenir puéricultrice. Ensuite, elle a rejoint de nouveau le service de chirurgie pour enfant puis le service de pédiatrie qui associe le service d'hospitalisation, l'hôpital de jour ainsi que les urgences pédiatriques. Elle travaille aujourd'hui dans le service ainsi que de temps en temps aux urgences pédiatriques.

La puéricultrice n°2 a travaillé dans un service de réanimation, ainsi qu'aux urgences.

Elle a réalisé sa spécialisation pour devenir puéricultrice entre 2003. Pendant 2 ans, elle a rejoint le pool du pôle mère enfant, où elle pouvait travailler en néonatalogie, chirurgie enfant et au sein de l'hôpital de jour. Elle a travaillé pendant quelques années en chirurgie pour enfant puis après la fermeture de ce service, elle a retrouvé le service de pédiatrie.

L'infirmière n°3 a depuis l'obtention de son diplôme toujours travaillé au sein du pôle mère enfant. Elle a travaillé pendant 9 ans dans le service d'obstétrique puis 4 ans en gynécologie. Elle a ensuite travaillé en chirurgie pour enfant puis en pédiatrie. Pendant 4 ans, elle a quitté l'hôpital afin de travailler au sein d'une crèche. Après cette expérience extra hospitalière, elle a retrouver le service de pédiatrie.

La puéricultrice n°4 a été diplômé infirmière en 2006. Avant sa spécialisation, elle a travaillé au sein de tous les services de l'hôpital en poste de nuit. Elle a ensuite réalisé des remplacements en pédiatrie qui lui ont beaucoup plus et a décidé de postuler dans ce service en 2010, où elle a obtenu un poste. En 2017, elle réalise sa spécialisation afin d'obtenir son diplôme d'état de puéricultrice. Elle a travaillé 1 mois en maternité puis est revenue dans le service de pédiatrie.

La puéricultrice n°5 à été infirmière dans le service de pédiatrie pendant 28 ans. Elle a réalisé sa spécialisation en 2011 puis a retrouvé le même service d'exercice. Elle réalise aujourd'hui, environ 50 % de son contrat en pédiatrie et 50 % aux urgences pédiatriques de l'hôpital.

C. L'analyse de l'enquête

Nous allons à présent parler de l'analyse d'enquête qui m'a permis de mettre 6 grands thèmes en avant (vous pourrez retrouver l'ensemble du tableau d'analyse en annexe 6) :

- Le CARE
- La place de l'enfant.
- La contention
- La place de la famille
- Les éléments mis en place afin de limiter l'angoisse de l'enfant.
- Le travail d'équipe

1. Le CARE

Dans la 2ème question de mon guide d'entretien, j'ai souhaité savoir à quoi relié les professionnels de santé interrogés à la notion du CARE. Ceci afin de voir si elles citées des éléments présents dans mon cadre conceptuel. Ainsi, j'ai pu remarquer que le CARE était un terme peu connu par les professionnels interrogés. En effet, lorsque je leur présentais mon sujet, la majorité d'entre elles ne connaissaient pas ce concept et ce qu'il contenait. Ainsi, les 2 premières puéricultrices ont mis en avant que le CARE était le fait de *« prendre soin »* en s'appuyant sur la définition de l'anglais. L'infirmière n°3 a ajouté que c'était *« Apporter d'autres centres d'intérêts à l'enfant pour dévier son attention de son hospitalisation ».* Il est vrai que cette approche fait partie du Care en pédiatrie élaboré par Bénédicte Lombart. Il montre qu'il est important de ne pas pousser l'enfant dans le domaine médical mais de s'appuyer sur son imaginaire et son développement afin de lui permettre d'utiliser ses propres ressources. Pour la puéricultrice n°4, le CARE s'est *« favoriser tout ce qui peut sécuriser l'enfant ».* Elle énonce ainsi la présence de l'objet transitionnel, de la sucette physiologique mais aussi celle des parents auprès de l'enfant. Des éléments qui sont bien présents au sein de notre cadre théorique. De plus, ce professionnel de santé, cite l'utilisation du Kalinox lors des soins, un moyen médicamenteux qui ne peut pas être relié au CARE, emblème du soin relationnel.

Enfin, nous pouvons voir que la puéricultrice n°5, se rapproche plus de la définition du CARE établie par Bénédicte Lombart. En effet, elle explique que c'est le prendre soin personnalisé de l'enfant mais aussi des parents. La puéricultrice va ainsi *« ressentir comment se situ l'enfant »* selon son âge, son vécu et ses émotions. Ceci lui permettra d'apporter une prise en soin qui vise à diminuer l'angoisse et la peur de l'enfant, en anticipant aussi ce qui peut être douloureux: *« c'est essayer de faire soit de l'hypnoanalgésie, soit de l'amuser pour qu'il ai moins peur des soins ».* Elle met aussi en avant l'importance d'accompagner les parents à trouver leur place et leur rôle pendant l'hospitalisation qui peut être source de stress et de culpabilité.

J'ai souhaité poser une question aux professionnels autour de leur vision d'un soin réalisé dans la bienveillance. Une façon pour moi d'observer si la contention faisait son apparition dans leur discours. C'est ainsi que les puéricultrices n°2 et 4 ont mis en avant que

l'absence d'utilisation de contention était l'un des facteurs d'un soin bienveillant, tout comme la réussite du soin

- La puéricultrice n°2 *« Qu'il n'y ai pas eu de contention » « La contention c'est un rapport de force » - « Puis de réussir du premier coup mon soin »*
- La puéricultrice n°4 : *« Bien c'est quand on est pas à 4 sur l'enfant », « sans tenir l'enfant » - « que l'on a réussi à faire le soin »*

Ensuite, nous pouvons voir que les soignantes n°1,4 et 5 ont mis en avant l'effet de leur posture professionnelle sur le caractère bienveillant dans la relation de soin :

- La puéricultrice n°1 : *« Notre attitude à nous qui fait que l'on est pas agressif avec l'enfant »*
- La puéricultrice n°4 : *« ça s'est passé sans haine ni violence », « on sent que ça s'est déroulé sans violence »*
- La puéricultrice n°5 : *« En tout cas on essaye de ne pas être malveillant en faisant du chantage comme « Tu te calmes sinon maman sort » par exemple. »*

Nous pouvons voir ici, que les professionnels parlent naturellement de leur posture face à l'enfant. A leurs yeux un soin bienveillant s'interprète aussi grâce au comportement qu'elle ont eu avec le patient. Ainsi, elles utilisent des mots forts comme « agressif », « haine », « violence » qui sont parfois lié à l'utilisation d'une contention forte comme pour la puéricultrice n°4.

Ensuite, l'infirmière n°3 et les puéricultrices n°1, 2 et 4 ont parlé du comportement et des émotions ressentis par l'enfant pendant la réalisation du soin :

- La puéricultrice n°1 : *« Un enfant qui n'est pas angoissé, en pleurs, douloureux », sans se débattre pendant le soin »*
- La puéricultrice n°2 : *« Qu'il n'y ai pas eu de pleurs, de cris […] qu'il ne se débat pas »*
- L'infirmière n°3 : *« N'a pas pleuré » « qu'il n'a pas d'appréhension ou de peur »*
- La puéricultrice n°4 : *« Qu'il n'y a pas eu de cri ou de pleurs », « que l'enfant ne s'est pas senti agressé » « c'est selon lui, son comportement que l'on va pouvoir dire si un soin c'est bien déroulé ou pas. »*

Ici, nous pouvons voir que les professionnels de santé mettent clairement en avant le bien être de l'enfant pendant la réalisation du soin. Un bien être qui se caractérise par une absence d'angoisse, de pleurs, de peur, de débat pendant l'acte. En association avec leur posture, le

comportement de l'enfant pendant le soin leur permet d'évaluer si ce dernier à bien été vécu. Les puéricultrices n°2 et n°4 ont abordé les émotions ressenties par les 3 membres de la triade à la fin du soin :

- La puéricultrice n°2 : *« Que tout le monde est détendu »*
- La puéricultrice n°5 : *« Si toutes les personnes de la triade, c'est à dire le soignant, les parents et l'enfant ressortent de la chambre avec la banane »*

Comme nous le verrons plus tard, certains soins peuvent être difficile à vivre pour certains soignants et parents. Ces 2 puéricultrices mettent donc en avant le bien être qui doit être ressenti par l'ensemble des acteurs à la fin du soin et qui permettra à leurs yeux de déterminer que le soin s'est déroulé dans la bienveillance.

2. La place de l'enfant

La place de l'enfant dans la réalisation du soin est le thème de la 4ème question. L'ensemble des professionnels de santé interrogés mettent en avant la place principale de l'enfant pendant la prise en soin. En lien avec mon cadre conceptuel, nous pouvons voir que Bénédicte Lombart met l'enfant au centre du CARE. De cette façon, ils vont s'adapter à son rythme de vie comme le montre la puéricultrice n°4 *« Si c'est l'heure de la sieste j'attends »*, mais aussi à ses émotions :

- La puéricultrice n°2 *« J'essaye de le détendre […] d'attendre qu'il soit prêt ».*
- L'infirmière n°3 : *« s'il est trop anxieux on arrête le soin, on patiente, on prend le temps de faire autre chose »*,
- La puéricultrice n°4 *« s'il ne veut pas je décale le soin et je reviens », « recueillir ses émotions »*,

Chacune des soignantes a également mis en avant l'importance de la prise en considération du stade de développement de l'enfant.

- La puéricultrice n°1 *« Un enfant de 2 ans ne comprendra pas la même chose qu'un enfant de 8 ans, il faut savoir s'adapter »*,
- La puéricultrice n°2 : *« C'est un enfant...c'est important qu'il garde sa part d'insouciance »*
- L'infirmière n°3 *« L'enfant ne comprend pas toujours que c'est un mal pour un bien, que c'est pour sa santé »*,

- La puéricultrice n°4 *« j'utilise des mots qui sont adaptés à l'enfant et à son niveau de compréhension »*
- La puéricultrice n°5 *« Placer des images sur un discours ça peut aider leur imaginaire aussi ».*

Dans le CARE pédiatrique, Bénédicte Lombart explique qu'il est important de «*Connaître le développement de l'enfant, adapter ses attentes, […] et d'adaptation de l'enfant. »*[49], cette capacité d'adaptation à une place toute importante dans la prise en soin relationnelle des enfants, afin de leur apporter un soutien personnalisé en lui expliquant de façon approprié ce qu'il va se dérouler. Pour adapter leur communication, elle s'appuie sur le développement cognitif de l'enfant afin d'utiliser des mots à sa porté et en utilisant certains supports pour être en adéquation avec la pensée symbolique de l'enfant. C'est ainsi qu'elles sont toutes amenées à rassurer l'enfant et à lui expliquer ce qu'il va se passer :

- La puéricultrice n°1 : *« Je trouve important que l'enfant ai conscience de ce qu'il va se passer »*
- La puéricultrice n°2 *« Au départ, on essaie de voir avec les parents comment on peut lui expliquer »*
- L'infirmière n°3 : *« Il faut vraiment le rassurer et lui expliquer les choses »*
- La puéricultrice n°4 : *« Je prend toujours le temps d'expliquer à l'enfant et aux parents le soin », « Je discute avec lui », « j'essaye de prévenir un maximum avant afin que l'enfant puisse se préparer un maximum. »*
- La puéricultrice n°5 : *« Expliquer comment va se dérouler le soin et que les enfants puissent voir un peu comment ça va se passer »*

Nous pouvons retrouver ce point dans les recommandations décrites par l'association SPARADRAP, qui ont pour but d'éviter l'utilisation de la contention pendant les soins. En effet, l'explication du soin en amont à l'enfant lui permettra de ne pas se sentir trahi par les soignants et ses proches en préservant ainsi la relation de confiance. De plus, selon le stade cognitif dans lequel il se trouve, il est important que l'enfant puisse poser des images et des mots sur l'acte qui va être réalisé afin d'aider son imaginaire à se représenter les choses comme le montre le stade pré opératoire du développement cognitif défini par Jean Piaget.

Certaines soignantes ont parlé de la participation de l'enfant pendant le soin, la puéricultrice n°2 et n°5 ont expliqué que la participation de l'enfant dépendait de son âge :

- La puéricultrice n°2 : *« A partir de 5/6 ans, c'est possible qu'ils interviennent »*

49« Le care pédiatrique » - dans la revue Recherche en soins infirmiers n°122 – Bénédicte Lombart – 2015 - p74-75

- La puéricultrice n°5 : *« Selon son âge, on peut le faire participer »*

L'infirmière n°3 quant à elle, peut faire participer l'enfant en le laissant retirer sa bande afin de le responsabiliser *« le laisser nous aider pour qu'il se responsabilise ...(SILENCE) ... En décollant son pansement ou enlever la bande qu'il y a autour. Le faire participer parfois peut minimiser la peur et la douleur. »*

Seule la puéricultrice n°2 , aborde la notion de relation de confiance entre le professionnel, l'enfant et la famille : *« J'essaie d'établir une relation de confiance entre l'enfant, moi et les parents, que l'on soit à 3 dans le soin. »*. Bénédicte Lombart y fait échos dans le CARE pédiatrique « […] *afin d'établir une relation de confiance aidante pour le soigner »*[50] . Nous pouvons également retrouver cette posture au sein des recommandations réalisées par l'association SPARADRAP. Il est important de prendre ce temps pour communiquer avec l'enfant afin de prévenir ou d'agir sur une éventuelle anxiété qui pourrait apparaître et qui serait due à la présence d'un individu inconnu habillé d'une blouse blanche. Passons au prochain thème qui est la contention.

3. La contention

A présent, nous allons aborder le thème de la question n°6 qui est la contention et qui est l'un des 2 principaux thèmes de ce projet professionnel.

Dans un premier temps, nous allons parler des types de contention principalement utilisés dans les services de pédiatrie lors de la réalisation des soins. Toutes les soignantes mettent en avant l'utilisation de la contention physique :

- La puéricultrice n°1 : *« Quelqu'un va avoir une main sur le bras de l'enfant », « il va y avoir quelqu'un qui va aussi maintenir les jambes […], va s'allonger sur le torse de l'enfant comme pour lui faire un câlin »*
- La puéricultrice n°2 : *« La manuelle la plus souvent »*
- L'infirmière n°3 : *« ça va être nos mains pour l'immobiliser en tenant ses membres »*
- La puéricultrice n°4 : *« Parfois on tient juste le bras pour que l'enfant ne bouge pas »*
- La puéricultrice n°5 : *« On tient le bras de l'enfant quand on pique », « les muscles de l'auxiliaire »*

L'étude établie par l'équipe de l'Hôpital Trousseau, que l'on peut retrouver dans le cadre conceptuel, met en avant que la contention physique est la plus utilisée dans ce genre de situation. Elle permet de limiter la mobilité des membres de l'enfant et ainsi pouvoir réaliser

50 LOMBART Bénédicte . Le care pédiatrique. *Recherche en soins infirmiers,* 2015, n°122, p 67 à 76. p74-75

le soin « plus facilement ». Cette pratique est utilisée lorsque les enfants sont agités, et qu'il devient difficile pour les soignantes de réaliser le soin : l'infirmière n°3 explique *« L'enfant est opposant et que même avec la discussion, il n'arrive absolument pas à se maîtriser et à se calmer. »* L'infirmière n°3 et les puéricultrices n°4 et 5 utilisent la contention lorsqu'elles n'ont *« vraiment pas le choix »*, *« en dernier recours »* (puéricultrice n°4), dans le but de réaliser le soin malgré l'agitation de l'enfant. Comme nous avons pu le voir dans le cadre conceptuel, l'utilisation de la contention par les professionnels auprès des enfants, et souvent le résultat du souhait des soignants à maintenir la santé ou sauver la vie de l'enfant. Elle n'est pas réalisée dans le but de lui faire du mal, d'être irrespectueux envers lui, mais bien de faire le soin pour sa santé et donc pour son bien. De plus, l'utilisation de la contention physique peut dépendre également des soins qui sont réalisés à l'enfant, comme nous avons pu le voir dans le livre de Bénédicte Lombart, *« le degré d'immobilisation est déterminé par la nature du geste, mais aussi par le comportement de l'enfant, par sa réaction face au geste »*[51] *« Elle dépend de l'environnement, des situations, et des personnes en interaction »*[52]. Les soignantes interrogées en font d'ailleurs part, la puéricultrice n°1 l'utilise plus souvent pour la pose de cathéter ou de sonde nasogastrique ou pour des sutures (puéricultrice n°4 et n°5) ou plus le soin sera invasif, plus la contention est amenée à être utilisée selon l'infirmière n°3.

Malgré l'opposition de certains enfants, les puéricultrices n°1 et 4 mettent en avant le caractère important de la réalisation de l'acte dans le but de maintenir la santé de l'enfant :

- La puéricultrice n°1 : *« Ce sont des soins que l'on fait pour leur santé »*
- La puéricultrice n°4 : *« C'est pour lui, pour qu'il aille mieux… c'est soit on lui fait le soin, soit il peut dans certains cas décéder… sa santé prime »*

C'est d'ailleurs un point que Bénédicte Lombart a pu mettre en avant dans son livre « Les soins en pédiatrie : faire face au refus de l'enfant » : *«il ne s'agit pas ici de faire le mal, mais de s'écarter temporairement des principes de bienfaisance, ou de charité pour le salut du malade»*[53].

Dans un second temps, les professionnels mis à part la puéricultrice n°1, ont mis en avant l'utilisation d'un type de contention matérielle : l'utilisation du draps.

51 LOMBART Bénédicte . *Les soins en pédiatrie - faire face au refus de l'enfant* . Edition Seli Arslan . 2016 . p 152
52 LOMBART Bénédicte . *Les soins en pédiatrie - faire face au refus de l'enfant* . Edition Seli Arslan . 2016 . p 173
53LOMBART Bénédicte . *Les soins en pédiatrie - faire face au refus de l'enfant* . Edition Seli Arslan . 2016 . P 14

- La puéricultrice n°2 *« C'est déjà arrivé le draps… plus pour les enfants autistes ou plus agités »*
- L'infirmière n°3 : *« un draps autour pour l'immobiliser et faire le soin »*
- La puéricultrice n°4 : *« Alors moi j'appelle ça la momie […] je prend une alaise ou un draps »*
- La puéricultrice n°5 : *« C'est déjà arrivé de faire un emballage dans le draps […] chez le tout petit, en général ils ont moins de 2 ans ».*

Cette technique est ainsi utilisée pour les soignantes pour certains troubles pédopsychiatriques, selon l'âge de l'enfant, mais aussi selon son degré d'agitation. Néanmoins, la puéricultrice n°2 explique que l'utilisation de cette méthode ne se rencontre plus beaucoup étant donné que : *« l'on met des choses en place qui permettent à l'enfant de s'échapper du soin [...] ça leur permet d'être moins agités. »,* en faisant référence aux recommandations apportées par l'association SPARADRAP.

Si nous reprenons l'outil d'évaluation de la force utilisée lors de la contention chez l'enfant dans les travaux réalisés par l'Hôpital Trousseaux. Nous pouvons voir que 4 professionnels sur 5 utilisent de façon quotidienne une contention de niveau 1 *« contention douce : une partie du corps de l'enfant est juste maintenue (par une personne) sans réaction de retrait de l'enfant »*[54] afin d'éviter tout geste de retrait de l'enfant malgré son calme pendant l'acte :

- La puéricultrice n°1 : *« On maintient quand même au cas où.. au moment de piquer »*
- L'infirmière n°3 : *« Même si on doit toujours maintenir un minimum le membre »*
- La puéricultrice n°4 : *« Il y a toujours quelqu'un qui tient le bras de l'enfant sans appuyer… juste qu'il y ait au moins sa main posé sur le bras au cas où il y a un mouvement de recul »*
- La puéricultrice n°5 : *« On est toujours un peu obligé de maintenir, de tenir la main par exemple… on ne peut pas faire sans ».*

De plus, nous pouvons remarquer que les professionnels n'utilisent pas le mot « contenir » mais le mot « maintenir ». Dans la partie précédente le mot « contention » est relié, par les soignantes, à la prise en soin d'un enfant agité, qui se débat. Cependant, nous pouvons voir dans le cadre conceptuel, que cette forme de maintient est également considéré comme une

54 «Utilisation de la contention lors des soins douloureux chez l'enfant» - B.Lombart, D.Annequin, P.Cimerman, P. Martret, AC.Chary-Tardy, B.Tourniaire, M.Galinski - Pediadol – 2011 – p 9

forme de contention, étant donné qu'elle vise à atteindre la mobilité du sujet qui en bénéficie, même si la force utilisée est moindre. Bénédicte Lombart met ainsi cette pratique en avant dans son livre *« Mais il arrive aussi que les professionnels devancent la réaction et l'agitation de l'enfant. Dans ces cas, la contention est réalisée par anticipation, au cas où l'enfant s'agiterait »*[55]. Cette technique est utilisée afin de réussir le soin sur prescription médicale. Sa réalisation est un devoir pour l'infirmière puéricultrice *« Le soignant agit aussi par devoir. C'est une obligation qu'il s'impose à lui-même mais aussi un devoir qui s'impose à lui sous la forme de la prescription. […] Celle-ci oblige à effectuer un geste, un soin […] seules les personnes diplômées, telles les infirmières, sont habilitées à effectuer ses gestes »*[56] comme nous avons pu le voir au travers de notre cadre théorique.

Pour l'infirmière n°3, la puéricultrice n°4 et 5, il est rare de demander aux parents de participer à la contention de leur enfant, elles mettent toutes les 3 en avant l'importance de préserver leur rôle :

- L'infirmière n°3 : *« Ce n'est pas à eux d'être présent et de devoir assumer cette tâche » « ils doivent rester à leur place de parent et ne doivent pas rentrer dans ce rôle »*
- La puéricultrice n°4 : *« J'essaye à ce qu'elles ne prennent pas part, qu'elles ne maintiennent pas l'enfant », « je ne veux pas qu'elles maintiennent car ce n'est pas leur place »*
- La puéricultrice n°5 : *« Je demande plus de détourner le regarde » « ça leur permet de garder leur rôle aussi… ils ne peuvent pas le contenir et lui faire un câlin après… tu t'es mis dans le camps de l'ennemi et tu reviens comme si de rien juste après »*

Permettre aux parents de garder leur place, leur rôle est très important. Cela leur permet de préserver la relation qu'ils entretiennent avec leur enfant. Comme nous le verrons plus tard, le rôle des accompagnateurs de l'enfant est de le rassurer et de l'accompagner dans ce milieu qui lui est inconnu, et face à ces gestes qui peuvent être effrayants. L'accompagnement des parents par les professionnels de santé fait d'ailleurs partie des points clés du CARE pédiatrique, permettant ainsi de préserver l'évolution du développement psychoaffectif et social de l'enfant pendant son hospitalisation.

Nous allons à présent parler des émotions que les soignantes ont mis en avant lors de

55 LOMBART Bénédicte . *Les soins en pédiatrie - faire face au refus de l'enfant* . Edition Seli Arslan . 2016. P 152
56 LOMBART Bénédicte . *Les soins en pédiatrie - faire face au refus de l'enfant* . Edition Seli Arslan . 2016 . p 31

nos entretiens. Je n'avais pas réalisé de question autour du ressenti des puéricultrices, de l'enfant et de la famille face à cette pratique. Cependant, certaines d'entre elles en ont parlé naturellement, comme c'est le cas pour la puéricultrice n°2. Elle exprime son sentiment de malaise après la réalisation d'un soin où la contention a été pratiqué : *« Ba on ne maintient pas, c'est un rapport de force […] je ne supporte pas ça », « on se sent tous un peu démuni »*. Pour palier à ces moments difficiles, elle trouve important d'en discuter avec la famille afin d'apaiser les choses : « *Après à la fin du soin on est plus dans le réconfort.. l'enfant en a besoin les parents aussi et nous également »* et s'excuse de ce qui a pu arriver. Une façon pour elle de préserver la relation de confiance mais surtout que l'enfant et sa famille puisse repartir en se sentant mal. Le recueil des émotions et l'accompagnement à la verbalisation de la famille et des enfants est un point présent dans le CARE pédiatrique de Bénédicte Lombart. Il est ainsi important de pouvoir apporter un soutien relationnel pour recueillir, guider, déculpabiliser les familles face à ces moments qui peuvent être désagréables physiquement et psychologiquement.

La puéricultrice n°5 quant à elle a mis en avant qu'*« il faut limiter le plus possible la contention, car c'est ça qui génère du stress chez les enfants… »* . Comme nous avons pu le voir dans le document présenté par l'association SPARADRAP, l'utilisation de la contention s'inscrit dans un cercle vicieux : la peur de l'enfant va entraîner une certaine agitation pendant le soin qui amène ainsi les professionnels à renforcer la contention afin de limiter d'avantage les mouvements de l'enfant ce qui décuplera le stress et l'agitation du jeune patient.

4. La place de la famille

Nous allons maintenant aborder la place de la famille dans la prise en soin de l'enfant (thème de la question n°7). Ici, l'ensemble des professionnels de santé mettent en avant le caractère primordial de la présence des parents pendant le soin, véritable repère pour l'enfant :

- La puéricultrice n°1 : *« C'est une présence et un visage qu'ils connaissent »* , *« c'est le seul repère quand ils sont avec nous, ils sont dans un endroit qu'il ne connaissent pas »*
- La puéricultrice n°2 : *« c'est important pour eux d'avoir un repère de l'extérieur, quelqu'un qu'ils connaissent »*

Comme nous avons pu le voir dans le cadre conceptuel, la charte de l'enfant hospitalisé notifie dans son article n°3 que les professionnels encouragerons l'implication des parents dans le processus de soin et donc leur présence. Ainsi que dans l'article n°2 *« Un enfant hospitalisé à la droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui »*[57]. Nous pouvons également retrouver la notion de présence des parents auprès de l'enfant dans les recommandations de l'association SPARADRAP, qui notifies que chaque participant (enfant, parents, soignant) aura une place définie pendant le soin. De plus, ce principe est présent au sein du CARE pédiatrique élaboré par Bénédicte Lombart : « *Valoriser les compétences et l'imaginaire de l'enfant en associant ses parents. ».*[58]

C'est ainsi que les 5 professionnels laissent toujours le choix aux parents d'être présents ou non pendant le soin, une façon de ne pas leur imposer l'acte médical qui peut être parfois mal vécu :

- La puéricultrice n°1 : *« On leur demande si les parents veulent venir, certains ne se sentent pas capable »*
- La puéricultrice n°2 : *«On laisse toujours le choix aux parents de leur présence ou non »*
- L'infirmière n°3 : *« Si des parents veulent venir ils viennent, je ne vais pas les empêcher de venir »*
- La puéricultrice n°4 : *« Je demande toujours avant le soin si les parents veulent rester… je n'impose pas »*
- La puéricultrice n°5 : *« à ce moment là on respecte et on les laisse sortir »*

Malgré tout, il arrive aux soignantes de demander aux accompagnants de sortir de la chambre. Cette demande est due aux émotions qu'ils ressentent ou au type de soin réalisé à l'enfant. Des situations où la présence du parent pourrait mettre davantage en détresse l'enfant selon les infirmières puéricultrices :

- La puéricultrice n°1 : *« Nous préférons qu'ils ne viennent pas plutôt qu'ils tombent dans les pommes... »* → *« Quand le parent est stressé, l'enfant est plus angoissé »*
- La puéricultrice n°2 : *« ça nous arrive d'avoir des parents « non aidants », « parfois ça nous arrive de leur dire « si vous voulez vous pouvez sortir, pour ne pas qu'ils*

57 Article n°2 de la Charte de l'enfant hospitalisé . 1988
58 LOMBART Bénédicte . Le care pédiatrique. *Recherche en soins infirmiers,* 2015, n°122, p 67 à 76 . p74-75

ajoutent du stress » → « Si l'enfant ressent le stress de son parent, il va angoisser encore plus »

- L'infirmière n°3 : *« Il y a des choses où les parents ne sont pas… enfin ils sont plus gênants que aidants » → « Si c'est une ponction lombaire il faut éviter qu'il soit dans la pièce car ça demande plus d'hygiène et d'isolement »*
- La puéricultrice n°4 : *« La maman, le papa ou les 2 n'étaient pas aidant dans le soin […], donc on était amené à leur demander de sortir » → « Ils énervaient encore plus l'enfant » « Pour une ponction lombaire on ne garde pas de parents »*
- La puéricultrice n°5 : *« Après il y a des parents qui ne supportent pas du tout la vue du sang […] donc à ce moment là on respecte ça et, on les laisse sortir »* .

Dans cette situation, la puéricultrice n°5 explique revenir sur le soin afin d'expliquer comment cela s'est déroulé : *« Je reprend avec eux comment cela s'est passé, on leur dit que l'on a fait ça, que ça c'est bien ou moins bien passé.. on leur fait part du courage de leur enfant…»*, notons qu'elle transmet les informations aux parents en regard de leur droit d'information comme il est noté dans la charte de l'enfant hospitalisé. De plus, elle valorise le courage de l'enfant pendant le soin, qui est point présent dans le CARE de Bénédicte Lombart qui indique qu'il est important de le féliciter et de la valoriser lors de ces étapes qui peuvent être difficiles.

Ensuite, les professionnels n°1,2,4 et 5 font part de l'importance d'accompagner les parents. De prendre un temps pour leur expliquer, les déculpabiliser, les guider, les aider à trouver leur place de parent dans ce milieu qui peut être aussi impressionnant et terrifiant pour eux :

- La puéricultrice n°1 : *« S'ils ne s'en sentent pas capable, on va les rassurer en leur disant que ce n'est pas grave, qu'il ne faut pas qu'ils s'en veuillent »*
- La puéricultrice n°2 : *« Après à la fin du soin on est plus dans le réconfort […] les parents aussi » « Je pense qu'il est important que l'on en parle pour préserver la relation que l'on a créé et déculpabiliser les parents dans ces moments difficiles »*
- La puéricultrice n°4 : *« Je demande toujours à la fin du soin comment ça s'est passé à leurs yeux » « s'ils culpabilisent d'être sorti, je leur explique et on en discute »*
- *La puéricultrice n°5 : « On essaye de les guider en leur disant de lui caresser la joue ».*

La puéricultrice n°5 parle directement de l'importance d'accompagner les parents à retrouver leur rôle lors de leur arriver et leur séjour à l'hôpital : *« Il faut leur redonner un rôle et les y*

accompagner ». L'accompagnement à la parentalité apparaît dans le CARE pédiatrique de Bénédicte Lombart, que nous avons pu mettre en avant dans le cadre conceptuel : « *Soutien à la parentalité positive ».* Cette prise en soin des parents leur permettra ainsi d'accompagner à leur tour leur progéniture, en le soutenant de quelque façon que ce soit comme peut l'expliquer la puéricultrice n°4 *« Si la maman est plus alaise et détendue et qu'elle a bien compris ce que l'on faisait ça aide beaucoup l'enfant, et nous aussi par la même occasion ».* De plus, ils pourront ainsi s'associer au professionnel de santé dans la recherche du bien être de l'enfant pendant les soins et durant toute son hospitalisation, lui apportant ainsi un équilibre psycho affectif qui n'est pas négligeable.

C'est ainsi que nous pouvons à présent parler du rôle des parents vu par les professionnels. Il est de rassurer, de distraire ou encore d'accompagner l'enfant pendant cet acte, qui peut être source d'anxiété et de douleurs :

- La puéricultrice n°1 : *« Ils sont là pour rassurer l'enfant »*
- La puéricultrice n°2 : *«Moi je leur dis « vous êtes là pour le soutenir et le distraire » »*
- L'infirmière n°3 : *« ça le rassure »*
- La puéricultrice n°4 : *« C'est de rassurer l'enfant, de lui tenir la main » « qu'elles soutiennent, rassurent et qu'elles accompagnent leur enfant »*
- La puéricultrice n°5 : *« Oui, le rassurer avant,pendant, après… l'accompagner… le distraire aussi ».*

Dans le CARE pédiatrique, nous pouvons voir que le dernier item est de s'appuyer *« sur les compétences de l'enfant et celles de sa famille à le soutenir. ».* De plus, nous avons pu voir dans la partie concernant l'enfant du cadre conceptuel, que la présence des parents ou de son substitut ayant un comportement adapté est indispensable au bon développement de l'enfant. Cela permettra de lui apporter un soutien psycho affectif, mais aussi de favoriser son développement cognitif et social. D'ailleurs, les puéricultrices 1, 2 définissent les parents comme des partenaires dans la réalisation des soins. Ceci afin de lui apporter une prise en soin la plus adaptée possible, grâce aux connaissances des parents sur la personnalité de leur enfant *«Au départ on essaie de voir avec les parents, comment on peut lui expliquer »* (puéricultrice n°2). Face à cet environnement inconnu et les soins qui peuvent lui être prodigué l'enfant nécessite d'être réconforté, rassuré, guidé car il ressent beaucoup d' *« appréhension et de la peur, chez l'enfant c'est beaucoup ça quand même. »* (puéricultrice n°4)

5. Les éléments mis en place

Le thème de la question n°5 sont les éléments mis en place par la puéricultrice afin de diminuer l'anxiété de l'enfant pendant le soin et d'ainsi savoir si cela pouvait permettre de diminuer la force de contention utilisée

Dans un premier temps, l'ensemble des soignantes interrogées a mis en avant l'importance de distraire l'enfant pendant le soin, afin de l'aider à penser à autre chose qu'à l'événement qui se déroule :

- La puéricultrice n°1 : *« On peut ensuite regarder des dessins animés, lire un livre » « utiliser le livre pour cacher le geste ».*
- La puéricultrice n°2 : *« Je préfère utiliser la distraction pendant le soin », « Je vais le divertir », « On a acquis des livres avec des bruits… des musiques »* pour *« qu »il ne se rende pas compte »*
- L'infirmière n°3 : *« des chants, des histoires… qu'il nous parle de ce qu'il aime, ce qu'il n'aime pas… de ses amis, de l'école »* afin d' *« essayer de ne pas traumatiser l'enfant »* et le *« rassurer le plus possible ».*
- La puéricultrice n°4 : *« Je parle avec l'enfant, de ses frères et ses sœurs, ses animaux », « je demande aussi à maman de chanter des chansons, de jouer avec le doudou »*, cela permet de *« faire penser l'enfant à autre chose pour éviter qu'il soit stressé »*
- La puéricultrice n°5 : *« Ça peut être aussi chanter, raconter les vacances, une histoire », « apporter justement des sensations sensitives sur un autre membre » , ce « qui va lui permettre de rester détendu »*

Dans les recommandations établie par l'association SPARADRAPS, nous pouvons voir que l'utilisation de la distraction est un point à ne pas négliger. De plus, c'est aussi une façon de rejoindre l'enfant dans son univers, d'utiliser son imaginaire afin de le faire avancer dans le soin sans angoisse, ni peur et permettre de concurrencer la sensation désagréable pouvant être ressenti durant le soin. Cet axe fait d'ailleurs partie du CARE établie par Bénédicte Lombart qui est également à l'origine des écrits précédemment présenté par l'association SPARADRAP : « *Valoriser les compétences et l'imaginaire de l'enfant en associant ses parents. Prendre en compte la pensée magique de l'enfant, s'appuyer sur son imaginaire. […]*

Renoncer à inviter l'enfant à entrer dans l'univers rationnel médical qui justifie les soins mais à l'inverse chercher à rejoindre l'univers de l'enfant »[59],

La puéricultrice n°5 parle également de la réalisation de l'hypnoanalgésie pour laquelle elle a été formé et qui est également représenté dans les recommandations de l'association.

Dans un second temps, nous pouvons voir que toutes les soignantes ont mis en avant l'importance d'expliquer et de présenter le soin à l'enfant. Ainsi, les puéricultrices n°1, n°4 et n°5 expliquent qu'elles présentent le soin avant et pendant sa réalisation :

- La puéricultrice n°1 : *« Avant de faire le soin, on va lui dire qu'on va faire une piqûre »* , *« j'explique au fur et à mesure mon soin aussi »*
- La puéricultrice n°4 : *« Je prend toujours le temps d'expliquer, pas seulement au moment où je vais faire le soin mais aussi 10/15 minutes avant » , « Je lui explique ce que je fais et l'auxiliaire de puériculture prend le relais »*
- La puéricultrice n°5 : *« Que l'on puisse expliquer comment va se dérouler le soin », « Donc nous on décrit »*

Pour la puéricultrice n°2 et l'infirmière n°3, il est important d'expliquer le soin au départ :

- La puéricultrice n°2 *« Au départ on essaie de voir avec les parents, comment on peut lui expliquer »*
- La puéricultrice n°3 : *« On va lui expliquer les choses »*

La présentation du soin est une étape importante pour l'enfant, comme peut l'expliquer l'association SPARADRAP. C'est une façon de le préparer à ce qu'il va se passer mais aussi d'acquérir sa confiance pour la réalisation de l'acte mais également pour les soins à venir. Comme nous avons pu le voir, selon le stade cognitif dans lequel il se trouve, il utilisera son imaginaire pour se représenter les choses à travers le jeu etc . Il est donc important de lui apporter des informations qui seront compréhensives et qui lui permettront de se préparer à ce qu'il va se passer.

Les puéricultrices n°1, 4 et 5 ont abordés des façons de réaliser cette présentation :

- La puéricultrice n°1 : *« Je vais lui dire que l'on va mettre le bracelet qui sert... »*
- La puéricultrice n°4 : *« Je prend le temps de lui expliquer tout le déroulement, de lui montrer mon matériel », « on a aussi des petits livrets créés par Sparadraps que l'on utilise beaucoup », « j'utilise des mots qui sont adaptés à l'enfant et à son niveau de compréhension, par exemple « Est ce que tu t'es déjà piqué sur un rosier ? »»*

59« Le care pédiatrique » - dans la revue Recherche en soins infirmiers n°122 – Bénédicte Lombart – 2015 - p74-75

- La puéricultrice n°5 : *« Ici on utilise beaucoup les livrets sparadraps », « c'est aussi d'expliquer par des mots positifs… ne pas dire faire un pique, c'est froid… plutôt dire c'est frai, ça va être mouillé » « la manière aussi dont tu poses la voix, dire maintenant, tout doucement et calmement.. ralentir le rythme de ta voix et amener comme ça le soin »*

Les 2 dernières puéricultrices mettent en avant l'utilisation de livrets réalisés par l'association SPARADRAP. Ces livrets sont adaptés à l'enfant et permettent ainsi de mettre des images sur des mots, afin d'aider l'imaginaire de l'enfant à se représenter le soin. Il est ainsi très important de prendre en compte le stade de développement de l'enfant afin de lui apporter des informations adaptés qui pourront l'aider à se représenter les choses. C'est aussi un moment que l'enfant peut vivre avec ses parents, qui comme nous avons pu le voir sont un véritable repère pour l'enfant et une source de soutien, la puéricultrice n°4 nous l'explique : *« On a aussi des petits livrets créés par Sparadraps que l'on utilise beaucoup… je la donne à l'enfant et aux parents comme ça ils prennent un moment ensemble »*

Ensuite, 4 professionnels de santé mettent en avant l'utilisation de moyens analgésiques :

- La puéricultrice n°1 : *« car la crème n'a pas marché »*
- L'infirmière n°3 : *« On va d'abord utiliser du MEOPA® ou de l'ENTONOX® »*
- La puéricultrice n°4 : *« Le glucosé 30 %, le KALINOX® »*
- La puéricultrice n°5 : *« le MEOPA®, l'EMLA®, le KALINOX® »*

Les moyens analgésiques font également parti des éléments regroupés sur les recommandations SPARADRAP. La douleur est une sensation désagréable, qui peut beaucoup angoisser l'enfant. C'est un élément qu'il ne faut pas négliger et qu'il est important de prendre en considération

Enfin, la puéricultrice n°5 m'a parlé de l'importance de l'organisation du soin *« Si tu as préparé tout ton environnement, ton soin en lui même va être très rapide […] ce que j'essaye de faire aussi c'est d'enlever le garrot le plus vite possible parce que c'est ça qui génère de l'inconfort »*. Il est vrai que nous avons beaucoup discuté toutes les 2, de la place de l'expérience professionnelle dans les gestes techniques, qui à ses yeux pouvait se révéler être un point fort pour éviter l'inconfort de l'enfant pendant les soins et donc son agitation : *« Avant tu apprends donc tu te concentres sur les soins techniques… après ça il faut que tu penses à ce qui engendre de la douleur et en quoi tu peux diminuer cette douleur […] Au début tu as besoin de maîtriser ton soin technique donc tu ne peux pas te disperser. »*. Dans le

cadre conceptuel, nous avons pu voir que Bénédicte Lombart montrait que l'un des éléments qu'il fallait occulté pour permettre une position de CARE pédiatrique était l'acte à réaliser. Nous pouvons d'ailleurs voir, que pour certains soins, certaines professionnelles expriment leur besoin d'être concentrée sur l'acte afin de le réussir malgré leurs années de pratique. Ceci, nécessitant la présence d'une membre de l'équipe de soin afin de s'occuper de la distraction de l'enfant :

- La puéricultrice n°1 : *« Après c'est vrai que moi, quand je fais un soin, par exemple une pose de KT, je vais plus être sur le soin, Par contre, seulement parce que je sais que l'une de mes collègues va être avec l'enfant.. » « Moi je vais le faire aussi mais ça va être assez bref car je vais être sur le truc de chercher ma veine, de piquer, réfléchir. »*
- La puéricultrice n°4 : *« c'est vrai que quand c'est une pose de KT ou une prise de sang ou une gazométrie c'est vrai qu'a un moment donné je suis plus concentrée… enfait je parle et à un moment je me concentre sur ce que je fais, et l'AP prend le relais »*

Pour terminer sur ce thème, il était important pour moi de savoir si ces différents éléments permettaient de réduire l'utilisation de la contention pendant les soins chez les enfants. Ainsi, comme nous avons pu le voir précédemment, un certain maintient reste de rigueur pour certaines soignantes (1,3,4,5) afin d'éviter tout geste de recul, même si l'enfant est calme. Cependant, la force utilisait pour le maintenir est beaucoup plus moindre que si ces éléments n'étaient pas réalisés comme l'explique la puéricultrice n°2 *« Oui, si on ne fait pas ça, l'enfant se sentirait agressé et c'est là que la contention est la plus utilisée car il agit pour se défendre ».*

6. Le travail d'équipe :

Parlons a présent de la notion de travail d'équipe, un concept que je n'ai pas abordé dans mon cadre conceptuel et qui a pourtant toute sa place dans la prise en soin de l'enfant. Ainsi, toutes les puéricultrices ont pu me parler de la présence d'une auxiliaire puéricultrice ou d'une infirmière/puéricultrice pendant la réalisation de l'acte selon la possibilité financière de l'hôpital. Ainsi, cette nouvelle professionnelle auprès de l'enfant va le distraire afin qu'il puisse penser à autre chose pendant le soin comme le montre les puéricultrices n°1, 4 et 5

- La puéricultrice n°1 *« D'avoir un personnel soignant qui va pouvoir s'occuper de la distraction »*
- La puéricultrice n°2 : *« Je demande à quelqu'un de venir m'aider pour réaliser mon soin convenablement »*
- La puéricultrice n°4 : *« Au moins elle discute avec lui aussi »*
- La puéricultrice n°5 : *« Elle s'occupe de distraire l'enfant »*

La puéricultrice n°2 mettant en avant des restrictions budgétaires qui l'a pousse à réaliser le soin seule et donc à demander la participation des parents à la contention : *« Maintenant, il y a des réductions de personnel donc ça m'arrive de plus en plus souvent de piquer seule. Dans ces cas là, j'interviens avec les parents. ».* Ensuite, le travail d'équipe permet également la réalisation de la contention auprès de l'enfant. En effet, toutes les soignantes ont mis en avant que c'est l'auxiliaire de puériculture ou une infirmière puéricultrice qui l'a réalisé.

- La puéricultrice n°1 : *« La collègue auxiliaire ou infirmière qui est avec moi »*
- La puéricultrice n°2 : *« S'il y a une contention, ce n'est pas moi […] je demande à quelqu'un de venir m'aider »*
- L'infirmière 3 : *« On va être au moins avec une collègue supplémentaire.. une auxiliaire, une infirmière ou une puéricultrice »*
- La puéricultrice n°4 : *« Il y a toujours une auxiliaire de puériculture », « on essaye quand même plus les soins à deux »*
- La puéricultrice n°5 : *« Il faut qu'il y ai une tiers personne qui soit là pour maintenir ».*

Cela permet à la puéricultrice n°1 d'être plus concentrée sur son soin, comme elle nous l'explique *« Après c'est vrai que moi, quand je fais un soin, par exemple une pose de KT, je vais plus être sur le soin. Par contre, seulement parce que je sais que l'une de mes collègues va être avec l'enfant. Donc je sais qu'il y a quelqu'un d'autre qui s'occupe de lui ».* Pour la puéricultrice n°4 le travail en binôme avec une auxiliaire de puériculture est un vrai point positif : *« Comme on a l'habitude de travailler ensemble, ça devient un binôme et on a l'habitude de travailler ensemble. On connaît les habitudes de l'autre et les AP ont cette capacité de se calquer à la façon d'agir de la puéricultrice ou de l'infirmière qui va faire le soin, c'est pas mal. »* Nous pouvons voir que le travail en binôme est un réel point positif pour les soignantes, l'une distrait et/ou maintien et la deuxième peut ainsi réaliser le soin en sachant que l'on s'occupe de l'enfant et qu'il est distrait pendant l'acte.

D. La conclusion de l'analyse

1. Synthèse de l'analyse

Comme nous avons pu le voir, les professionnels de santé tendent à mettre l'enfant au centre des soins qui lui sont apportés. En effet, certaines d'entre elles vont s'adapter à lui, à son rythme de vie, à ses émotions afin d'organiser la réalisation du soin. Pour les soignantes, l'organisation ne prend pas en compte seulement l'acte en lui même, mais aussi les explications en amont du soin, celles qui seront adaptées à l'âge de l'enfant, à sa compréhension pour l'aider à s'approprier ce qu'il va se passer autour de lui. Elles vont alors se baser sur son âge, son développement cognitif et la pathologie par laquelle il pourrait être touché. C'est ainsi, qu'elles vont apporter des explications orales à l'enfant et ses parents, ou utiliser des supports papiers comme des livrets établi par l'association SPARADRAP qui permettent d'expliquer le soin au plus jeune à travers des images. De plus, la distraction garde une grande place dans le discours des soignantes, une façon de détourner l'attention de l'enfant du soin qui se profil. Cette distraction va passer par des éléments que l'enfant aime et que les parents ont pu mettre en avant… des chants, des histoires, des dessins animés… des moyens de l'aider à oublier son angoisse et ses craintes. C'est aussi ici que le travail en équipe fait son apparition. La puéricultrice (ou l'infirmière) réalise le soin, pendant que l'auxiliaire continu à distraire l'enfant en association avec la présence des parents. Au delà de cette distraction, les professionnels de santé mettent également en avant l'utilisation de moyens médicamenteux, tels que des patchs EMLA®, le KALINOX® ou l'ENTONOX®, une façon de prévenir la douleur de l'enfant qui peut aussi être source d'une grande angoisse. Les soignantes mettent également en avant la place primordiale des parents auprès de l'enfant, qui sont une source de repère, de soutien. Elles vont ainsi les accompagner dans leur rôle de soutien, en les déculpabilisant, les rassurant, les aidant à trouver leur place auprès de l'enfant dans ce lieu qui peut être déstabilisant et anxiogène. Cependant, il leur arrive parfois, de proposer aux parents trop stressé ou mal alaise avec certains soins de sortir de la pièce le temps de l'acte. Une façon pour elles, de ne pas augmenter l'angoisse de l'enfant, en ressentant les émotions de ses parents. Malgré ces éléments qui selon les professionnels permettent de limiter l'angoisse de l'enfant et la force de contention utilisée afin de l'immobiliser, la contention est encore très présente dans la réalisation des soins des professionnels de santé. En effet, nous pouvons voir que selon les soins, l'utilisation d'une contention physique ou matérielle (grâce à un draps) est réalisée alors que l'enfant est calme.

Une façon pour elles de prévenir un geste de recul, mais aussi afin de réaliser et réussir le geste du premier coup. Ceci afin de restaurer la santé de l'enfant mais également de réaliser leur devoir de soignante. L'immobilisation est avant tout réalisée par la 2ème soignante qui distrait aussi l'enfant, la majorité des professionnels de santé ne souhaitant pas faire intervenir les parents dans le maintien de leur enfant et ainsi leur permettre de garder leur rôle de soutien. Pour la plupart des professionnels de santé, la CARE était une notion inconnue, qu'elles ne pouvait définir que comme « le prendre soin » en s'appuyant sur la traduction de l'anglais. Cependant, nous pouvons voir, que chacune d'entre elles apporte des choses présentent dans le CARE afin d'aider l'enfant à apaiser ses angoisses pendant la réalisation des soins.

2. La réponse aux hypothèses

A travers cette enquête nous avons cherché à répondre à cette question qui est : En quoi le care de la puéricultrice peut-il limiter l'utilisation de la contention physique chez l'enfant de 2 à 7 ans en pédiatrie ?

Nous avons pu voir que sans connaître les différents items du CARE, et donc sans savoir elles même si elles étaient dans une posture de CARING, les professionnels mettent en place des éléments représentés dans le CARE pédiatrique de Bénédicte Lombart, et qui permettent à l'enfant de diminuer sa peur, ses angoisses en s'appuyant sur ses capacités.

Cependant, il n'est pas possible pour moi de valider mes hypothèses qui étaient :

- Le respect de l'imaginaire de l'enfant permet de réduire la force utilisée pour le contenir
- La présence parentale auprès de l'enfant lors des soins permet la réalisation d'un soin moins angoissant pour l'enfant et donc de diminuer la force utilisée pour le contenir

En effet, même si ces 2 caractéristiques du CARE permettent bien de diminuer la force utilisée par les professionnels pour contenir l'enfant. Le CARE est un concept qui regroupe plusieurs éléments qu'il est à mes yeux important de mettre bout à bout afin d'être véritablement dans une posture de CARING. Comme nous avons pu le voir au travers des entretien, ce concept n'est pas connu par plusieurs professionnels, qui ne mettent pas en place l'ensemble des items proposés par Bénédicte Lombart. C'est ainsi que nous pourrions dire, qu'il n'est pas forcement nécessaire d'être dans le CARE pour permettre la diminution de la contention pendant la réalisation des soins.

VI. La conclusion de ce projet professionnel

Pour conclure ce projet professionnel, je pense qu'aujourd'hui nous pouvons nous rendre compte que la législation adaptée aux enfants en matière de contention, lors des situations d'urgences ou lors des soins est moindre voir inexistante. Il est vrai que dans certaines situations, elle est nécessaire pour l'enfant, sa sécurité, le maintien de sa santé, sa vie… seulement, je pense qu'il est important que son utilisation ne soit pas banalisée.

J'ai appris tout au long de cette année de spécialisation, et à travers ce projet professionnel, que l'enfant est un être en développement. Il a besoin de sécurité, d'écoute, de présence, que l'on s'adapte à lui, pour créer une relation de confiance indispensable dans notre relation de soin. Il est vrai que mon regard sur cette pratique a évolué. J'ai compris que parfois elle pouvait être réalisée pour la santé de l'enfant. Seulement, je pense que sa mise en place nécessite une réflexion individuelle et collective, étant donné l'impact qu'elle peut avoir sur lui même, sa représentation des soins, sur son vécu. Certains actes peuvent être angoissants pour lui, sa perception peut être totalement différente de la notre : une épicranienne se transforme en épais qui peut le transpercer, une sonde naso gastrique en un méchant serpent. Je pense qu'il est très important de prendre cela en considération, de l'accompagner en s'adaptant à ses besoins mais aussi de prendre le temps de lui expliquer, de revenir s'il n'est pas prêt, de le distraire… (cf recommandations de l'association SPARADRAP et le CARE pédiatrique). A travers cela, il est important de ne pas oublier l'accompagnement des parents, qui sont de vrais piliers pour leur progéniture dans ce moment plus qu'angoissant. Cependant, quelque chose me questionne encore, après tout ces éléments mis en place y-a t-il une nécessité à immobiliser l'enfant par anticipation alors qu'il est calme ? Tout adulte peut un jour avoir un mouvement de recul lors d'un soin et moi la première… seulement nous ne sommes quasiment jamais maintenu, alors pourquoi réaliser cela à l'enfant ?

N'oublions jamais de permettre à l'enfant de vivre son hospitalisation « au mieux », en s'appuyant sur ses ressources, sa force de petit combattant. Cependant, il est important de ne jamais oublier qu'il reste un enfant avec son insouciance, ses idées farfelues qui nous font sourires mais qu'il faut entendre pour entrer en relation avec lui et l'accompagner tout au long de ce chemin qui sort de l'ordinaire.

Les annexes

Annexe n° 1 : Le care pédiatrique de Bénédicte Lombart

- *« Prendre en compte l'enfant en qualité d'être en devenir qui nécessite un support social affectif émotionnel spécifique. Valoriser les compétences et l'imaginaire de l'enfant en associant ses parents.*
- *Prendre en compte la pensée magique de l'enfant, s'appuyer sur son imaginaire.*
- *Connaître le développement de l'enfant, adapter ses attentes, promouvoir les capacités d'apprentissage et d'adaptation de l'enfant.*
- *[…] Renoncer à inviter l'enfant à entrer dans l'univers rationnel médical qui justifie les soins mais à l'inverse chercher à rejoindre l'univers de l'enfant afin d'établir une relation de confiance aidante et de confiance pour le soigner. Faire du lien avec les actions d'aide à la parentalité positive pour tisser autour de l'enfant un faisceau de relations aidantes.*
- *Permettre à l'enfant d'exprimer ses sentiments. Accueillir les émotions, favoriser leurs expressions, favoriser la communication positive*
- *Observer les réactions de l'enfant.*
- *Relier les éléments du corpus théorique des soins à l'enfant en lien avec le care.*
- *Soutien à la parentalité ET valorisation des ressources propres de l'enfant en favorisant un environnement respectueux du rythme et des capacités de l'enfant.*
- *Réponse aux besoins psycho-affectifs, physiologiques et développemental ; Encourager, féliciter. Valoriser la parole de l'enfant en l'invitant à exprimer ce qu'il ressent sans disqualifier ses dires.*
- *S'appuie sur les compétences de l'enfant et celles de sa famille à le soutenir. Les compétences de l'enfant doivent être dissociées d'une quelconque compétence intellectuelle ou rationnelle. Le recours à l'imaginaire doit permettre à l'enfant d'accéder à ses ressources intérieurs. »*[1]

1« Le care pédiatrique » - dans la revue Recherche en soins infirmiers n°122 – Bénédicte Lombart – 2015 – p74-75

Annexe n°2 : La charte de l'enfant hospitalisé

CHARTE DE L'ENFANT HOSPITALISÉ

Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé adoptée par le Parlement Européen le 13 mai 1986.
Circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé de 1999 préconise son application.

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 sont 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. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire 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.

5 On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.

6 Les enfants doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives, adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge..

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

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

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

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

Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Annexe n°3 : Éviter la contention de l'enfant lors des soins

LOMBART Bénédicte. BALLEE Caroline. Eviter la contention de l'enfant lors des soins. [En ligne] Crée en avril 2016. Disponible sur : https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/eviter-la-contention-de-lenfant-lors-des-soins

Prévenir et limiter la contention

Une prise en charge insuffisante de la douleur et de l'état émotionnel de l'enfant engendrent sa détresse et son agitation. Les contraintes organisationnelles et la nécessité de réaliser le geste conduisent à la contention. Les alternatives interviennent donc à plusieurs niveaux.

Les incontournables

L'analgésie

Il est avant tout important que tout soit mis en œuvre systématiquement pour éviter ou limiter la douleur provoquée par les soins.
Les moyens les plus courants sont :

- L'administration d'antalgiques,
- La crème anesthésiante,
- Le MEOPA.

> Voir aussi : Douleur de l'enfant l'essentiel (Pediadol)
Un guide de poche Pediadol qui permet aux soignants de trouver rapidement des propositions de traitement notamment concernant la douleur liée aux soins.

L'installation

L'installation de l'enfant est essentielle au bon déroulement du soin.
Pour l'optimiser, il convient d'anticiper la place de chacun : enfant, parent, soignant.

1. De manière générale, évitez d'allonger l'enfant. En effet, lorsqu'il est allongé, l'enfant n'est pas libre de regarder ce qui se déroule autour de lui, il a le sentiment de perdre le contrôle de la situation. Préférez une position semi-assise.

2. Amenez l'enfant à prendre la bonne position en lui proposant une distraction attrayante. Par exemple, proposez-lui un écran avec un dessin animé dans un angle de vue qui l'oblige à tourner la tête s'il s'agit d'un examen d'oreille. Ou encore, demandez-lui de faire sur une poupée ce que vous lui faites, en installant celle-ci dans la bonne position.

> Voir aussi : Comment s'installer lors d'un soin : 21 fiches avec photos
21 fiches avec photos pour aider les professionnels à trouver une position confortable pour chacun selon le soin et l'âge de l'enfant.

En amont du soin

Les principales alternatives à la contention se mettent en place en amont de la phase d'agitation de l'enfant, pour prévenir sa détresse.

La prise de contact

Le temps de la prise de contact est primordial.

1. Laissez l'enfant s'acclimater à un environnement et des personnes inconnus en le laissant un temps dans les bras de ses parents ou à distance du soignant.
   Profitez-en pour demander aux parents ce qui attirera le mieux l'attention de leur enfant.

2. Allez à la rencontre de l'enfant en rejoignant son univers, en l'approchant avec un jouet ou un objet attrayant.

3. Ce n'est qu'une fois le climat de confiance installé que les explications concernant le soin pourront être données ou rappelées en fonction du souhait ou non de l'enfant, du caractère programmé ou non du geste.

L'information, la préparation de l'enfant et de ses parents

Pour maitriser au mieux la situation, l'enfant doit savoir ce qu'on va lui faire, qui va s'occuper de lui, combien de temps cela va durer, ce qui risque d'être difficile, douloureux, inconfortable et surtout les solutions proposées pour éviter ou limiter ces difficultés... A défaut, il risque de se sentir trahi et abandonné au moment du soin, si ce dernier s'avère plus difficile que prévu pour lui.

De nombreux moyens d'information existent : films, vidéos, rubriques internet, photos, posters, documents écrits illustrés, poupées ou marionnettes pour montrer les soins et donner l'opportunité à l'enfant de jouer à le faire lui-même, se familiariser avec le matériel médical...

> Voir aussi : Les fiches SPARADRAP
(également déclinées sous forme de posters)
des supports pour expliquer aux enfants certains soins ou examens.

Pendant le soin

Obtenir l'immobilité

Lorsqu'un geste nécessite l'immobilité d'une partie du corps de l'enfant, il est conseillé de favoriser le mouvement de la partie du corps opposée à celle qui ne doit pas bouger.
Exemples :

- Faire agiter un hochet par le bras qui ne doit pas rester immobile
- Faire taper dans les mains pendant qu'on soigne la jambe, qu'on fait un vaccin sur la cuisse...

De plus, donner quelque chose à faire à l'enfant permet de détourner son attention du soin et l'aide à faire abstraction du geste. Par exemple, pour un enfant à partir de 5 ans, vous pouvez lui proposer un jeu des 7 erreurs et lui lancer un défi : « Je te parie que j'aurai fini le soin avant que tu n'aies trouvé les 7 erreurs ! ».

Détourner l'attention

La distraction agit en saturant la sensorialité de l'enfant. Il s'agit de solliciter différents sens (vue, ouïe, toucher, goût, odorat) pour concurrencer la sensation désagréable ou douloureuse liée au soin.

De plus, l'utilisation d'objets ludiques, de chansons, de marionnettes, de bulles de savon, de caresses ou de comptines permet d'installer une atmosphère détendue et d'obtenir la confiance de l'enfant. Lorsqu'il est sollicité selon ses compétences propres, l'enfant devient acteur là où initialement il subissait les événements.

À partir de 3 ou 4 ans, il est également possible d'utiliser son imaginaire pour l'aider à se dissocier de la réalité du soin, grâce à l'hypnoanalgésie.

Faire des pauses

Pour les soins pédiatriques longs, dont la durée peut être source d'agitation pour l'enfant, il est utile de réaliser de courtes pauses tout au long du geste.
De même, si l'enfant s'agite, la première étape est de stopper le soin pour lui laisser quelques instants de récupération. Renseignez-vous auprès de lui ou de ses parents pour connaître ce qui a pu déclencher sa détresse :

- Parfois une simple explication ou un court délai suffisent pour pouvoir reprendre le soin

- D'autre fois, la douleur a été mal évaluée et un réajustement antalgique permet de poursuivre.

Suspendre le soin, indique aussi à l'enfant que vous tenez compte de sa parole, cela a pour effet de renforcer sa confiance.

Conclusion

Si malgré toutes ces mesures simples l'enfant ne se calme pas, et lorsque son état médical le permet, il est recommandé de reporter le soin à un autre jour.

Ce report est particulièrement indiqué dans les situations de pathologies chroniques qui nécessitent une prise en charge longue ou face à un enfant très anxieux qui pourrait développer une phobie des soins.

Voici les signaux d'alerte qui doivent vous encourager à arrêter le geste :

1. L'agitation désordonnée de l'enfant, qui empêche toute approche ;
2. La nécessité de tenir plusieurs parties du corps de l'enfant ;
3. Le fait de faire appel à des collègues pour immobiliser l'enfant.

Auteurs

- Bénédicte Lombart, Cadre de santé Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Hôpital St Antoine, Docteur en philosophie pratique et éthique hospitalière
- Caroline Ballée, chargée de communication numérique, SPARADRAP

Annexe n°4 Le guide d'entretien

1. Quel est votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme ?
   Objectif : Déterminer le temps d'expérience du professionnel dans le domaine de la pédiatrie

2. Selon vous, que signifie le mot « CARE » dans votre prise en soin aux enfants ?
   Objectif : Identifier si le professionnel identifie le « Care » comme développé dans le cadre théorique.

3. Comment déterminez vous qu'un soin s'est déroulé dans la bienveillance ?
   Objectif : Identifier les différents aspects qui permettent de laisser penser au professionnel qu'il a été bienveillant avec l'enfant.

4. Quelle est la place que vous accordez à l'enfant pendant la réalisation du soin ?
   Objectif : Identifier si le soignant place l'enfant en tant qu'acteur lors de la réalisation du soin.

5. Que mettez vous en place pour diminuer l'angoisse de l'enfant pendant la réalisation du soin ?
   Objectif : Identifier les éléments utilisés par la puéricultrice afin d'aider l'enfant à s'apaiser pendant le soin.

   Relance: Ces éléments permettent ils de limiter l'utilisation de la contention lors des soins ?

6. A quel moment êtes-vous amenés à utiliser la contention dans la réalisation des soins ?
   Objectif : Identifier si la pratique de la contention lors des soins chez l'enfant est une pratique courante pour le professionnel.

   Relance:
   Quelle type de contention utilisée vous ?

7. Selon vous, quelle est la place de la famille auprès de l'enfant pendant la réalisation des soins ?
   Objectif : Déterminer si la présence des proches de l'enfant durant la réalisation des soins peut être rencontré et si cela à un effet sur le comportement de l'enfant.

   Relance : Pensez vous que leur présence peut avoir un effet sur la contention réalisée pendant le soin à l'enfant ?

Annexe n° 5 : L'entretien n°5

1. EPDE : Quel est votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme ?

PDE 5 : J'étais infirmière pendant 28 ans en pédiatrie, j'ai fais ma formation de puéricultrice en 2011, je suis revenue dans le même service et je fais les urgences également. Environ 50 % service et 50 % aux urgences.

2. EPDE : Selon vous, que signifie le mot CARE ?

PDE 5 : C'est vraiment le prendre soin personnalisé… (SILENCE)…

EPDE : De l'enfant ?

PDE 5 : De l'enfant et de sa famille. Il ne faut jamais oublier les parents, leur donner toute leur place. Quand ils arrivent, aux urgences par exemple c'est la case départ, ils sont un petit peu perdu, stressés car ils ont un peu l'impression qu'ils n'ont pas su faire tout ce qu'il fallait pour leur enfant. puisque qu'ils en sont à l'accompagner ici car il n'est pas bien, donc il faut leur redonner un rôle et les y accompagner. C'est donc prendre soin l'enfant mais aussi les parents.

EPDE : Qu'est ce que vous entendez par personnalisée ?

PDE 5 : c'est par rapport à l'âge de l'enfant, son vécu. Il y a des enfants qui sont très craintifs, d'autres qui ont beaucoup d'expérience, de vécu à l'hôpital. Parfois il y a un ras le bol, c'est difficile… parfois c'est de la peur et des parents qui n'arrivent pas à rassurer donc c'est trouver un compromis. C'est un peu ressentir comment se situ l'enfant et ce que l'on va pouvoir lui amener pour qu'il soit le moins possible dans l'angoisse et la peur. Moi, dans le care je mets l'angoisse et la peur… c'est donc anticiper ce qui va être douloureux, c'est essayer de faire soit de l'hypnoanalgésie, soit de l'amuser pour qu'il ai moins peur des soins. C'est tout un ensemble de choses mais pour moi c'est pour ça que ça doit être personnalisé.

3. EPDE Comment déterminez vous qu'un soin s'est déroulé dans la bienveillance ?

PDE 5 : Si toutes les personnes de la triade, c'est à dire le soignant, les parents et l'enfant ressortent de la chambre avec la banane (RIRE)

EPDE : Vous évaluez cela à la fin du soin du coup ?

PDE 5 : Déjà ça dépend du soin, de l'état de l'enfant. Des fois on est amenés à faire des soins invasifs en urgence car l'enfant est en urgence vitale donc on ne peut pas dire forcément que l'on ai tout fait dans la bienveillance étant donné que l'on a œuvré dans l'urgence. On a essayé de favoriser la présence des parents auprès de l'enfant, on a rassuré tout le monde. En tout cas on essaye de ne pas être malveillant en faisant du chantage comme « Tu te calmes sinon maman sort » par exemple.

4. EPDE Quelle est la place que vous accordez à l'enfant pendant la réalisation du soin ?

PDE 5 : La place principale, car c'est lui à qui on fait le soin et ce n'est pas aux parents. Donc c'est important de se centrer sur l'enfant. Selon son âge, on peut le faire participer… si à partir d'un an / un an et demi, il peut comprendre que l'on va lui faire un médicament qui va le soulager… on explique aussi que l'on va mettre un élastique qui serre autour du bras, on peut apporter justement des sensations sensitives sur un autre membre qui va lui permettre de rester détendu. Il faut limiter le plus possible la contention, car c'est ça qui génère du stress chez les enfants… si tu les plaques… (SILENCE)… enfin dans un monde idéal… mais il faut toujours l'avoir en tête, parfois c'est peine perdu mais ce n'est pas majoritaire.

5. EPDE : Que mettez vous en place pour diminuer l'angoisse de l'enfant pendant la réalisation du soin ?

PDE 5 : C'est la distraction s'il a moins de 6 ans, après on peut utiliser l'hypnoanalgésie en même temps. Ça peut être aussi chanter, raconter les vacances, une histoire… enfin un tas de chose. Après il y a les moyens médicamenteux… le MEOPA, l'EMLA. En non médicamenteux, il y aura tout ce que le professionnel aura appris lors de formation par exemple… Ici on utilise beaucoup les livrets sparadrap.. je les ai fait agrandir et plastifier pour que l'on puisse expliquer comment va se dérouler le soin et que les enfants puissent voir un peu comment ça va se passer. Placer des images sur un discours ça peut aider leur imaginaire aussi. C'est important qu'il soit au courant de ce qu'il va se passer. De ma formation d'hypnoanalgésie c'est aussi d'expliquer par des mots positifs… ne pas dire ça va faire un pique, c'est froid… plutôt dire c'est frai, ça va être mouillé et expliquer par des choses positives. Par exemple le cathéter… ne pas dire que c'est un tuyau mais une petite paille… tout des mots qui sont apaisant.. la manière aussi dont tu poses la voix (Utilise une voix douce) dire maintenant tout doucement et calmement … ralentir le rythme de la voix et amenés comme ça le soin.

EPDE : Pensez vous que cela permet de limiter la contention chez l'enfant ?

PDE 5 : On est toujours un peu obligé de maintenir, de tenir la main par exemple.. on ne peut pas faire sans rien. Si le soin à été expliqué, si on va dire tu as une habilité technique car tu es es expérimentée ton soin va être extrêmement rapide. Si tu as préparé tout ton environnement, ton soin en lui même va être très rapide, je ne sais pas.. le temps que tu nettoies, que tu poses ton cathéter.. tu en as pour 2/3 minutes… ce que j'essaye de faire aussi c'est d'enlever le garrot le plus vite possible parce que c'est ça qui génère de l'inconfort. En fait il faut essayer de penser tout ton soin dès que tu es professionnel, car avant tu apprends donc tu te concentres sur les soins techniques… après ça il faut que tu penses à ce qui engendre de la douleur et en quoi tu peux diminuer cette douleur, ça il faut toujours l'intégrer.

EPDE : Donc pour vous cette capacité vient avec l'expérience ?

PDE 5 : Oui, de toute façon c'est tout le monde… au début tu as besoin de maîtriser ton soin technique donc tu ne peux pas te disperser. Tu peux confronter ton expérience à celle de professionnels plus aguerris ou demander des conseils mais après ça va être en allant que tu vas te sentir beaucoup plus à l'aise et du coup faire des choses plus dans la détente on va dire.

6. EPDE A quel moment êtes-vous amenés à utiliser la contention dans la réalisation des soins ?

PDE 5 : Euh… on tient le bras de l'enfant quand on pique, comme j'ai pu le dire tout à l'heure.. pour éviter le réflexe de retrait.. Après, on maintient un peu plus intensément aussi quand le médecin doit faire des sutures par exemple. Ça dépend des soins en fait… Là on va être amené à faire plus de sondage vésicaux chez les petites filles parce qu'il y a des méta analyses qui montrent que c'est moins douloureux que de poser X sachets... donc on va se mettre à en faire de plus en plus. A un moment, après lui avoir expliqué bien sur… il faut maintenir ses cuisses.. tu n'as pas le choix… tu es avec tes gants stériles, ta sonde stérile et il faut qu'il y ai une tiers personne qui soit là pour maintenir les cuisses écartées… ça ne dure pas longtemps, mais ce pas longtemps qui va durer 10/15 secondes et bien il ne faut pas le rater…

EPDE : Quel type de contention utilisez vous ?

PDE 5 : Les muscles de l'auxiliaire (rire)… que ça … enfin c'est déjà arrivé de faire un emballage dans les draps mais c'est quand même un cas sur 20 ou 30, c'est rare qu'on l'utilise car ce n'est pas recommandé.

EPDE : Vous utilisez le draps dans quel situation ?

PDE 5 : Parfois chez le tout petit, en général ils ont moins de 2 ans à qui on doit faire une suture et qui bouge beaucoup. En général c'est le temps que le kalinox face de l'effet après on relâche la contention.

EPDE : Vous êtes toujours avec une auxiliaire de puériculture pour faire les soins ?

PDE 5 : Oui, oui .. c'est le binôme… Elle s'occupe de distraire l'enfant, et maintenir le membre sujet au soin.

7. EPDE : Selon vous quelle est la place de la famille auprès de l'enfant pendant la réalisation du soin ?

PDE 5 : Pour moi, elle est primordiale car normalement… je dis bien normalement… ils sont là pour rassurer l'enfant et en plus ils sont beaucoup moins inquiets s'ils voient la réalisation du soin. Moi j'ai connu l'époque où on faisait sortir les parents pour tout et n'importe quoi… comme on fait encore chez les adultes d'ailleurs... tu as l'enfant qui pleurs alors qu'on n'a pas encore commencé le soin car son parent est dehors, et le parent lui derrière la porte entend son enfant pleurer… donc pleurs de son enfant plus étrangers donc ça y est ils font déjà du mal à mon enfant alors que le soin en lui même n'était pas encore commencé… Maintenant que les parents sont là, c'est vraiment au dernier moment où on va poser l'enfant dans le lit pour faire le soin et avec la présence des parents.

EPDE : Donc pour vous le rôle des parents est de rassurer l'enfant ?

PDE 5 : Oui, le rassurer avant, pendant, après… l'accompagner… le distraire aussi…

En plus ça leur permet de mieux comprendre ce que l'enfant vit. Après il y a des parents qui ne supportent pas du tout la vu du sang par exemple.. alors on leur demande 2choses… soit de regarder ailleurs pendant le soin et d'autre ne peuvent pas du tout et tourne de l'œil donc à ce moment là on respecte ça, on les laisse sortir. Puis, on explique à l'enfant que papa ou maman ne supporte pas de voir le sang et qu'il se trouve juste derrière la porte et qu'il va revenir dès que l'on aura terminé ce qui lui fait peur… il faut vraiment insister sur le fait qu'il est juste derrière la porte.. tout près de lui et qu'il va revenir .. car on est tenu de le faire pour qu'il aille mieux donc on va devoir faire ce soin sans papa ni maman. C'est vraiment important de l'expliquer à l'enfant dans ces moments là, qu'il ne s'angoisse pas d'avantage a cause de l'absence de ses parents. Il faut respecter le parent aussi… c'est vrai que nous étant dans le milieu ça ne nous étonne plus, mais il faut se dire que ça a de quoi impressionner aussi.

EPDE : Comment ça se passe quand le soin est terminé ?

PDE 5 : Je reprend avec eux comment cela s'est passé, on leur dit que l'on a fait ça, que ça c'est bien ou moins bien passé.. on leur fait part du courage de leur enfant… tout les enfants sont courageux, ce n'est pas drôle d'être malade, on ne va pas lui dire qu'il n'est pas courageux car il est petit et qu'il a pleuré…

EPDE : Est ce que vous pensez que la présence des parents à un effet sur la contention ?

PDE 5 : Cela dépend des situations, certains vont prévenir l'enfant, lui expliquer, le rassurer… puis il y en a d'autre qui sont dans un état de sidération énorme car ils ont peur, que c'est la première fois qu'ils sont face à cette situation, qu'ils ne savent pas où trouver leur place… alors on essaye de les guider en leur disant de lui caresser la joue… ils sont présents sans vraiment l'être… ils ne savent plus trop rassurer, donc parfois ça ne change rien. Puis parfois ils mettent un petit dessin animé ou une chanson enfantine sur le téléphone.

EPDE: Est ce que vous êtes amenés à leur demandé de maintenir l'enfant ?

PDE 5: Maintenir l'enfant, je ne demande pas trop… je demande plus de détourner le regard parce que quand tu arrives avec le cathéter ça fait peur… ou de poser le doudou près du visage… Il y a des études qui ont été faites et qui montre que voir arriver le cathéter ça fait plus mal que si on le voit pas arriver et ça c'est avéré ! C'est vrai que c'est impressionnant… Donc nous on décrit, l'enfant ne le voit pas, le parent le distrait, lui parle d'autre chose… donc pour moi c'est plus le visage. Ça leur permet de garder leur rôle aussi… ils ne peuvent pas le contenir et lui faire un câlin après.. sinon tu es un peu un traite (RIRE) ... tu t'es mis dans le camps de l'ennemi et tu reviens comme si de rien juste après.. (RIRE) Non… sans rigoler, c'est important qu'ils gardent leur place de parents et ce lien de confiance qu'ils ont avec leur enfant.

Annexe n°6 : Le tableau d'analyse

Thème : LE CARE					
Sous thèmes	**Passages entretiens**				
	PDE1	PDE2	IDE3	PDE4	PDE5
Prendre soin	« En anglais c'est "prendre soin" ça a peut être un lien avec ça. »	« c'est en rapport avec le soin, c'est prendre soin l'enfant… »	« c'est prendre soin. »	« c'est favoriser tout ce qui peut sécuriser l'enfant » (4)	« le prendre soin personnalisé » « Selon l'âge de l'enfant, son vécu» (5) « C'est un peu ressentir comment se situ l'enfant » «l'on va pouvoir lui amener pour qu'il soit le moins possible dans l'angoisse et la peur. » « parfois c'est de la peur » « anticiper ce qui va être douloureux, »
Qui ?					
enfant		« c'est prendre soin l'enfant » (2)		« l'enfant soit apaisé » (4)	« De l'enfant » « Il y a des enfants qui sont très craintifs »
Les parents					« De l'enfant et de sa famille » « Il ne faut jamais oublier les parents,

					leur donner toute leur place. » «il faut leur redonner un rôle et l'y accompagner. »
Comment ?					
Distraction			« Apporter d'autres centres d'intérêts à l'enfant pour dévier son attention de son hospitalisation. »	«le doudou, la tétine »	« l'hypnoanalgésie, soit de l'amuser pour qu'il ai moins peur des soins »
Présence des parents				« je laisse la place aux parents »	« il faut leur redonner un rôle »
Moyens médicamenteux				**«** la Glucosé 30 %, le kalinox »	

Thème : LA BIENVEILLANCE					
Sous thèmes	**Passages entretiens**				
	PDE1	PDE2	IDE3	PDE4	PDE5
	Le soignant				
Pas de contention		« Qu'il n'y ai pas eu de contention »		« bien c'est quand on est pas à 4 sur l'enfant » « sans tenir l'enfant »	
Réussite du soin		« réussir du premier coup mon soin. »		« l'on a réussi à faire le soin »	

Comportement avec l'enfant	« Notre attitude à nous qui fait qu'on est pas agressif avec l'enfant »	«la contention [...] c'est un rapport de force »		« on a continué à communiquer avec l'enfant » « ça s'est passé sans haine ni violence » « on sent que ça s'est déroulé sans violence »	« en faisant du chantage comme « Tu te calmes sinon maman sort »
Absence de bienveillance					« soin invasifs en urgence car l'enfant est en urgence vitale donc on ne peut pas dire forcément que l'on ai tout fait dans la bienveillance étant donné que l'on a œuvré dans l'urgence »
L'enfant					
Son Comportement	« Un enfant qui n'est pas angoissé, en pleurs, douloureux » « sans se débattre pendant le soin. »	« qu'il n'y ai pas eu de pleurs de cris » « se débat »	« n'a pas pleuré » « qu'il n'a pas d'appréhension ou de peur » « en fonction de l'état de l'enfant et de sa réaction » « Que l'on peut revenir faire un soin »	« qu'il n'y a pas eu de cri ou de pleurs » « l'enfant non plus (Stress) » « l'enfant ne s'est pas senti agressé » « c'est selon lui, son comportement que l'on va pouvoir dire si un soin s'est bien déroulé ou pas »	
La famille					

				« la maman n'était pas stressée » (4) « La maman garde sa place de maman » (4)	« on a rassuré tout le monde » (5) « favoriser la présence des parents auprès de l'enfant » (5)
La triade					
		« que tout le monde est détendu » (2)			« Si toutes les personnes de la triade, c'est à dire le soignant, les parents et l'enfant » ressortent de la chambre avec la banane »

Thème : L'ENFANT					
Sous thèmes	**Passages entretiens**				
	PDE1	PDE2	IDE3	PDE4	PDE5
La place principale	« c'est un peu le principal acteur.C'est à lui que l'on réalise le soin, donc c'est vers lui que tout le monde va être centré »	« Pour moi c'est primordial pour que l'enfant soit bien » «J'essaie d'établir une relation de confiance entre l'enfant, moi et les parents »	« la 1 ère… Il doit être au centre de l'attention car c'est lui qui doit recevoir le soin »	« Ah ba il a la place principale, c'est lui qui est acteur et qui nous aide à réaliser le soin » « Donc c'est lui qui à la place principale car c'est lui qui est acteur »	« La place principale, car c'est lui à qui on fait le soin »
Participation					
Oui		« A partir de 5/6 ans, c'est possible qu'ils	« le laisser nous aider pour qu'il se	« Je lui demande aussi s'il accepte ou non »	« Selon son âge, on peut le faire

		interviennent »	responsabilise »	« lui demande toujours s'il veut que je le prévienne ou non avant que je pique »	participer » « explique aussi que l'on va mettre un élastique qui serre autour du bras »
Non		« Je ne vais pas lui donner la place d'acteur »			
Adaptabilité					
	« Tout dépend de l'âge et de l'anxiété de l'enfant… »	« J'essaye de le détendre, de ne pas le presser, d'attendre qu'il soit prêt »	« S'il est trop anxieux on arrête le soin, on patiente, on prend le temps de faire autre chose » « ça peut être plein de sujets différents selon âge… »	« Tout est fait à partir de lui, on se base vraiment sur l'enfant. Si c'est l'heure de la sieste j'attends, s'il ne veut pas je décale le soin et je reviens »	
Selon son développement					
	« Un enfant de 2 ans ne comprendra pas la même chose qu'un enfant de 8 ans.. il faut savoir s'adapter en lui proposant des distractions adaptées à lui. »	« C'est un enfant, c'est important qu'il garde sa part d'insouciance »	« L'enfant ne comprend pas toujours que c'est un mal pour un bien...que c'est pour sa santé… »	« J'utilise des mots qui sont adaptés à l'enfant et à son niveau de compréhension »	« Placer des images sur un discours ça peut aider leur imaginaire aussi. »
Écoute					
	« le rassure »	« J'essaie d'établir une relation de confiance	« il faut vraiment le rassurer et lui expliquer	« Sinon je prend toujours le temps	

		entre l'enfant, moi » « J'essaye de le détendre, de ne pas le presser, d'attendre qu'il soit prêt »	les choses. »	d'expliquer à l'enfant et aux parents le soin » « j'essaye de prévenir au maximum avant afin que l'enfant puisse se préparer un maximum » « je reprend toujours avec lui après le soin pour savoir si ça lui a fait mal [...] pour savoir ce qu'il a pensé du soin » « recueillir ses émotions »	

Thème : Les éléments mis en place					
Sous thème	**Passage entretiens**				
	PDE1	PDE2	IDE3	PDE4	PDE5
La distraction					
Quoi ?	« du doudou, de la tétine » « On peut ensuite regarder des dessins animés, lire un livre » « certains sont musicaux donc il vont appuyer	« J'essaie de mettre ce climat de jeu » (2) « Je préfère utiliser la distraction pendant le soin » « je vais le divertir » « On a acquis des livres	« chants, des histoires… qu'il nous parle de ce qu'il aime, de ce qu'il n'aime pas … de ses amis, de l'école »	« je parle avec l'enfant, de ses frères et sœurs, ses animaux » « Je demande aussi a maman de chanter des chansons, de jouer avec le doudou »	« C'est la distraction s'il a moins de 6 ans » « Ça peut être aussi chanter, raconter les vacances, une histoire » « apporter justement des sensations

	dessus, ils aiment bien et sont facilement attirés » « des dessins animés, lire un livre »	avec des bruits... des musiques » « j'essaie de pendre un temps pour détendre l'enfant, je fais écouter la musique ou je lis l'histoire, »		« le doudou, la tétine »	sensitives sur un autre membre »
Le but	« On va pouvoir utiliser le livre pour cacher le geste »	« qu'il ne s'en rend pas compte. C'est un enfant, c'est important qu'il garde sa part d'insouciance »	« pour essayer de ne pas traumatiser l'enfant après » « le but s'est de le rassurer le plus possible pour éviter toutes contentions. »	« faire penser l'enfant à autre chose pour éviter qu'il soit stressé » « pour qu'il pense à autre chose »	« qui va lui permettre de rester détendu »
Le travail d'équipe					
Qui ?	« d'avoir une auxiliaire avec moi ou une collègue infirmière, enfin dans un premier temps une auxiliaire » « on va juste avoir la collègue auxiliaire ou infirmière qui est avec moi »	« Souvent on est à 2, en binôme avec l'auxiliaire puéricultrice »	« une auxiliaire, une infirmière ou une puéricultrice ... (SILENCE)... enfin peut importe mais on va essayer de ne pas être seule. »	« il y a toujours une AP (auxiliaire de puériculture) »	« c'est le binôme » (auxiliaire)
Avantages	« D'avoir un personnel soignant qui va pouvoir s'occuper de la distraction » « du coup je vais pouvoir	« je demande à quelqu'un de venir m'aider pour réaliser mon soin convenablement » « elle essaie de palier a		« Au moins elle discute avec lui aussi, » « l'AP prend le relais… elle continue de parler avec l'enfant… »	« Elle s'occupe de distraire l'enfant, et maintenir le membre sujet au soin. »

	me concentrer sur mon soin pendant que quelqu'un détourne son attention, le rassure. » « qui va avoir une main sur le bras de l'enfant »	l'absence des parents »		« Comme on a l'habitude de travailler ensemble, ça devient un binôme et on a l'habitude de travailler ensemble. On connaît les habitudes de l'autre et les AP ont cette capacité de se calquer à la façon d'agir de la puéricultrice ou de l'infirmière qui va faire le soin, c'est pas mal. »	
Présentation du soin					
Quand ?	« j'explique au fur et à mesure mon soin aussi » « Avant de faire le soin on va lui dire qu'on va faire une piqûre » « Au fur et à mesure je vais lui expliquer aussi, même si ma collègue est en train de le distraire, je vais lui expliquer. »	« Au départ on essaie de voir avec les parents, comment on peut lui expliquer, »		« Je prend toujours le temps d'expliquer, pas seulement au moment où je vais faire le soin mais aussi 10/15 minutes avant » « Sinon je prend toujours le temps d'expliquer à l'enfant et aux parents le soin » « Je lui explique ce que je fais, fais une petite blague et l'AP prend le relais. »	« Donc nous on décrit » (pendant le soin)
La façon de faire	« après pour certaines choses je vais lui dire que l'on va mettre le bracelet qui sert… mais pour ce qui ai de la piqûre s'il y a,			« Je prend le temps de lui expliquer tout le déroulement, de lui montrer mon matériel » « On a aussi des petits	« Ici on utilise beaucoup les livrets sparadraps.. » « c'est aussi d'expliquer par des

	je ne vais pas lui mentir alors que ça peut être douloureux. »			livrets créés par Sparadraps que l'on utilise beaucoup » « J'utilise des mots qui sont adaptés à l'enfant et à son niveau de compréhension »	mots positifs… ne pas dire ça va faire un pique, c'est froid… plutôt dire c'est frai, ça va être mouillé et expliquer par des choses positives. » « la manière aussi dont tu poses la voix (Utilise une voix douce) dire maintenant tout doucement et calmement … ralentir le rythme de la voix et amenés comme ça le soin. »
Le but	« Oui, je trouve important que l'enfant ait conscience de ce qu'il va se passer » « il n'est pas surpris lorsqu'il ressent la fraîcheur de l'alcool ou encore la piqûre.. Même si tout est caché, ils peuvent le sentir et être surpris. »			« j'essaye de prévenir au maximum avant afin que l'enfant puisse se préparer un maximum »	« l'on puisse expliquer comment va se dérouler le soin et que les enfants puissent voir un peu comment ça va se passer »
Moyens médicamenteux	« car la crème EMLA® n'a pas marché »		« on va d'abord utiliser du MEOPA® ou de l'ENTONOX® »	« Glucosé 30 %, le KALINOX®… »	« le MEOPA®, l'EMLA®. » « KALINOX® face de l'effet »

Organisation du soin				« en fait je parle et à un moment je me concentre sur ce que je fais et l'AP prend le relais… elle continue de parler avec l'enfant »	« Si tu as préparé tout ton environnement, ton soin en lui même va être très rapide » « ce que j'essaye de faire aussi c'est d'enlever le garrot le plus vite possible parce que c'est ça qui génère de l'inconfort »
Expérience professionnelle	« Après c'est vrai que moi, quand je fais un soin, par exemple une pose de KT, je vais plus être sur le soin. Par contre, seulement parce que je sais que l'une de mes collègues va être avec l'enfant. » « Moi je vais le faire aussi mais ça va être assez bref car je vais être sur le truc de chercher ma veine, de piquer, réfléchir. »			« c'est vrai que quand c'est une pose de KT ou une prise de sang ou une gazométrie c'est vrai qu'a un moment donné je suis plus concentrée… enfait je parle et à un moment je me concentre sur ce que je fais et l'AP prend le relais »	« avant tu apprends donc tu te concentres sur les soins techniques… après ça il faut que tu penses à ce qui engendre de la douleur et en quoi tu peux diminuer cette douleur, ça il faut toujours l'intégrer. » « Oui, de toute façon c'est tout le monde… au début tu as besoin de maîtriser ton soin technique donc tu ne peux pas te disperser. Tu peux confronter ton expérience à celle de professionnels plus aguerris ou demander des conseils mais après ça va être en allant que

					tu vas te sentir beaucoup plus à l'aise et du coup faire des choses plus dans la détente on va dire. »
Effet sur la contention					
Oui	« Ba oui… Après on maintient quand même au cas où au moment de piquer s'il y a un mouvement de recule »	« Oui, si on ne fait pas ça, l'enfant se sentirait agressé et c'est là que la contention est la plus utilisée car il agit pour se défendre. »	« Oui, même si on doit toujours maintenir un minimum le membre pour éviter qu'il ne bouge par surprise »	« Oui, beaucoup beaucoup »	
Non					« On est toujours un peu obligé de maintenir, de tenir la main par exemple.. on ne peut pas faire sans rien. »

Thème : LA CONTENTION					
Sous thème	**Passage entretiens**				
	PDE1	PDE2	IDE3	PDE4	PDE5
Comment ?					
Physique	« qui va avoir une main sur le bras de l'enfant […] Elle aura d'abord la main posée mais prête à serrer s'il bouge. » « il va y avoir quelqu'un qui va aussi maintenir les jambes [...] va s'allonger sur le torse comme pour lui faire un câlin »	« La manuelle la plus souvent »	« ça va être nos mains pour l'immobiliser en tenant ses membres »	« parfois on tient juste le bras pour que l'enfant ne bouge pas, sans avoir besoin de maintenir tout son corps »	« on tient le bras de l'enfant quand on pique » « Les muscles de l'auxiliaire (rire) »
Matérielle		« c'est déjà arrivé le drap …(SILENCE)... plus pour les enfants autistes où plus agités »	« draps autour pour l'immobiliser et faire le soin » « mais c'est tout, ça ne va pas l'attacher avec des sangles ou quoique soit »	« Alors moi j'appelle ça la momie » « je prend une alaise ou un draps »	« c'est déjà arrivé de faire un emballage dans les draps »
Quand ?					
Enfant calme	« Le 1 er celui où l'enfant est relativement calme » « on maintient quand même au cas où au moment de piquer »		« Oui, même si on doit toujours maintenir un minimum le membre »	« il y a toujours quelqu'un qui tient le bras de l'enfant sans appuyer… juste qu'il y ait au moins sa main posé sur le bras au cas où il y a un mouvement de recul, mais c'est juste posé »	« On est toujours un peu obligé de maintenir, de tenir la main par exemple.. on ne peut pas faire sans rien »

Enfant agité	« c'est un enfant qui est agité »	« pour les enfants autistes où plus agités »	« l'enfant est opposant et que même avec la discussion et qu'il n'arrive absolument pas à se maîtriser ou se calmer »	« l'enfant se débat » « quand il hurle en disant qu'il ne veut pas la prise de sang »	« ils ont moins de 2 ans à qui on doit faire une suture et qui bouge beaucoup »
Selon les soins	« la pose de cathéter, de sonde naso gastrique et les pansements » « pour la prise de médicament par voie orale »		« en fonction du soin aussi car il y a des soins qui sont plus ou moins agressifs que d'autres »	« Quand il faut recoudre l'enfant par exemple » « qu'il est en déshydratation et qu'il faut le perfuser »	« on maintient un peu plus intensément aussi quand le médecin doit faire des sutures par exemple » « sondage vésicaux chez les petites filles »
Qui ?					
L'équipe	« la collègue auxiliaire ou infirmière qui est avec moi »	« S'il y a une contention ce n'est pas moi » « je demande à quelqu'un de venir m'aider »	« on va être au moins avec une collègue supplémentaire… une auxiliaire, une infirmière ou une puéricultrice »	« il y a toujours une AP (auxiliaire de puériculture) » « On essaye de faire quand même plus les soins à deux. »	« il faut qu'il y ai une tiers personne qui soit là pour maintenir les cuisses écartées » « Les muscles de l'auxiliaire (rire) » « Elle s'occupe de distraire l'enfant, et maintenir le membre sujet au soin. »
La famille					
Oui	« un parent qui va s'allonger sur le torse » « il faut caler contre l'un des parents »	« C'est soit l'un des parents qui maintient » « j'interviens avec les parents »	« C'est rare »	« dans la mesure du possible non »	« Maintenir l'enfant, je ne demande pas trop »
Non			« ce n'est pas à eux d'être	« J'essaye qu'elle ne	« je demande plus de

			présent et de devoir assumer cette tache » « ils doivent rester à leur place de parent et ne doivent pas rentrer dans ce rôle »	prend pas part, qu'elle ne maintienne pas l'enfant » « je ne veux pas qu'elles maintiennent car ce n'est pas leur place. » « sans faire intervenir la maman dans la contention »	détourner le regard parce que quand tu arrives avec le cathéter ça fait peur… ou de poser le doudou près du visage » « Ça leur permet de garder leur rôle aussi… ils ne peuvent pas le contenir et lui faire un câlin après.. [...] ... tu t'es mis dans le camps de l'ennemi et tu reviens comme si de rien juste après.. » « qu'ils gardent leur place de parents et ce lien de confiance qu'ils ont avec leur enfant. »
Pourquoi ?					
Raison de l'utilisation de la contention	« ce sont des soins que l'on fait pour leur santé » « s'il y a un mouvement de recule car la crème n'a pas marché »	« Lorsqu'il n'y a pas de relation qui est possible »	« pour l'immobiliser et faire le soin » « pour éviter qu'il ne bouge par surprise »	« qu'il ai le réflexe d'enlever son bras. » « C'est pour lui, pour qu'il aille mieux… c'est soit on lui fait le soin soit il peut dans certains cas décéder…sa santé prime »	« pour éviter le réflexe de retrait »
Les émotions					
Pour le soignant		« C'est vrai que l'on est pas bien » « Ba on ne maintient pas,	« mais quand vraiment on a pas trop le choix » « car ça nous fait passer	« je n'ai pas le choix » « moi je l'utilise vraiment, vraiment,	« tu n'as pas le choix »

		c’est un rapport de force » « Surtout qu’il n’y ai pas eu la contention, je ne supporte pas ça… » « Après à la fin du soin on est plus dans le réconfort… l’enfant en a besoin, les parents aussi mais nous également » « on se sent tous un peu démuni » « Je m’excuse toujours de ce qu’il s’est passé » « on se dit « C’est bon… pas de rancune ».. »	pour … (SILENCE) … des gens un peu barbares »	vraiment, vraiment en dernier recours, quand vraiment j’ai tout essayé et qu’au bout d’un moment on se dit que l’on a pas le choix » « il peut plus bouger, c’est moche hein mais c’est vraiment quand je n’ai pas le choix. »	
Pour l’enfant	« Certains sont un peu plus rancuniers que d’autres » « il met déjà arrivé qu’un enfant vienne me faire un câlin en partant alors que le soin s’était mal passé »	« quand il ne veut pas » « l’enfant en a besoin »	« il y a vraiment des enfants qui se débâte dans tout les sens. »	« ils ne sont pas rancuniers » « ils expriment ce qu’ils ressentent » « c’est beaucoup de l’appréhension et de la peur » « quand il hurle en disant qu’il ne veut pas la prise de sang » « Mais, non ça va quand même mais j’ai rencontré des enfants qui ont déjà été traumatisé »	« Il faut limiter le plus possible la contention, car c’est ça qui génère du stress chez les enfants… si tu les plaques » « Il y a des enfants qui sont très craintifs »
La famille		« il arrive que les parents le fasse aussi » (excuses)	« Ba après ils peuvent ne pas apprécier non plus	« ils ne peuvent pas, ils n’y arrivent pas soit ils	

		« les parents aussi » (reconfort)	que l'on maintienne leur enfant, ce qui est compréhensible »	pleurent en même temps »	

Thème : LA FAMILLE					
Sous-thèmes	**Passages entretiens**				
	PDE1	PDE2	IDE3	PDE4	PDE5
Présence importante	« c'est une présence et une visage qu'ils connaissent » « C'est leur seul repère quand il sont avec nous. Ils sont dans une endroit qu'il ne connaissent pas, ils sont malades donc ils ne sont pas bien. La seule chose qu'ils connaissent c'est leur parent. »	« Elle doit être là à 100 % » « C'est important pour eux d'avoir un repère de l'extérieur, quelqu'un qu'ils connaissent et qui les rassure. »	« Elle est importante » « le fait d'avoir les parents aussi a proximité de l'enfant ça le rassure »	« Les parents ont une place indispensable » « même plus la maman »	« Pour moi, elle est primordiale » « Il ne faut jamais oublier les parents, leur donner toute leur place. »
Rôle	« Ils sont là pour rassurer l'enfant » « Ce sont de vrais partenaires » « qui s'occupe de le distraire »	« ils sont partenaires » « Moi je leurs dis « vous êtes là pour le soutenir et le distraire » » « Au départ on essaie de voir avec les parents, comment on peut lui	« ça le rassure »	« je m'aide de la maman » « c'est de rassurer l'enfant, de lui tenir la main » « je demande à maman de se mettre à hauteur de	« pour rassurer l'enfant » « Oui, le rassurer avant, pendant, après… l'accompagner… le distraire aussi… »

		expliquer,lui montrer »		l'enfant et elle lui parle ou lui chante mais au moins il voit le visage de sa maman et ça le rassure. » « donc qu'elles soutiennent, rassurent et qu'elles accompagnent leur enfant » « favoriser tout ce qui peut sécuriser l'enfant »	« l'enfant ne le voit pas, le parent le distrait, lui parle d'autre chose »
Choix	« déjà on leur demande si les parents veulent venir, certains ne se sentent pas capable. »	« mais on laisse toujours le choix aux parents de leur présence ou non. »	«si des parents veulent venir ils viennent, je ne vais pas les empêcher de venir, au contraire si ça peut aider l'enfant c'est important. »	« je demande toujours avant le soin si les parents veulent rester… je n'impose pas »	« à ce moment là on respecte ça, on les laisse sortir »
Accompagnement	« S'ils ne s'en sentent pas capable, on va les rassurer en leur disant que ce n'est pas grave, qu'il ne faut pas qu'ils s'en veulent »	« d'établir une relation de confiance entre l'enfant, moi et les parents » « Après à la fin du soin on est plus dans le réconfort [...] les parents aussi » « je pense qu'il est important que l'on en parle... pour préserver la relation que l'on a créé et déculpabiliser les parents dans ces moments		« Je demande toujours à la fin du soin comment ça s'est passé à leurs yeux. » « ça peut être choquant de voir son enfant se faire recoudre » « S'ils culpabilisent d'être sorti, je leur explique et on en discute » « la maman n'était pas stressée » « j'explique à la maman,	« ils sont beaucoup moins inquiets s'ils voient la réalisation du soin. » « Je reprend avec eux comment cela s'est passé, on leur dit que l'on a fait ça, que ça c'est bien ou moins bien passé,on leur fait part du courage de leur enfant » « alors on essaye de les guider en leur

		difficiles »		car si la maman est stressée ça va se répercuter » « je trouve que faire participer la maman est très important » « Si la maman est plus alaise et détendue et qu'elle a bien compris ce que l'on faisait ça aide beaucoup l'enfant et nous aussi par la même occasion. »	disant de lui caresser la joue » « il faut leur redonner un rôle et l'y accompagner »
Difficultés					
	« que nous préférons qu'ils ne viennent pas plutôt qu'ils tombent dans les pommes… »	«Après, ça nous arrive d'avoir des parents « non aidant » « parfois ça nous arrive de leur dire « Si vous voulez vous pouvez sortir, pour ne pas qu'ils ajoutent du stress »	« il y a des choses où les parents ne sont pas ... (SILENCE) … enfin ils sont plus gênants que aidants »	« la maman, le papa ou les 2 n'étaient pas aidant dans le soin [...] donc on était amené à leurs demander de sortir pendant les soins »	« Après il y a des parents qui ne supportent pas du tout la vu du sang » « soit de regarder ailleurs pendant le soin et d'autre ne peuvent pas du tout et tourne de l'œil donc à ce moment là on respecte ça, on les laisse sortir » « puis il y en a d'autres qui sont dans un état de sidération énorme car ils ont

					peur, que c'est la première fois qu'ils sont face à cette situation, qu'ils ne savent pas où trouver leur place »
Pourquoi leur proposer de sortir	« quand le parent est stressé, l'enfant est plus angoissé. »	« si l'enfant ressent le stress de son parent, il va angoisser encore plus » « quand ils sont angoissés c'est difficile de se concentrer »	« si c'est un ponction lombaire il faut éviter qu'il soit dans la pièce car ça demande plus d'hygiène et d'isolement »	« ils énervaient encore plus l'enfant ou lui faisaient peur » « Par contre pour une ponction lombaire on ne garde pas de parents, car ça peut être choquant tout de même »	« Il faut respecter le parent aussi… c'est vrai que nous étant dans le milieu ça ne nous étonne plus, mais il faut se dire que ça a de quoi impressionner aussi. »
Effet sur la contention	« Oui, comme j'ai pu dire ce sont leur repère et ils se rattachent à ça et ça les apaise. »	« Oui, très souvent. »	« s'il ne sont pas angoissés ça permet de limiter la maintien que l'on va faire à l'enfant »	« Dans certaines situations oui vraiment. » « Oui, beaucoup beaucoup, même si on maintient plus ou moins toujours, ça diminue la force. »	« Cela dépend des situations »

La bibliographie

A. Les ouvrages

- FLOCH Mireille et BERNARD-LAMOUR Nathalie. *Le développement de la personne de Carl Rogers* – Fiche de lecture. DESU Coaching. Université Paul Cézanne Aix en provence. 2011
- LOMBART Bénédicte . *Les soins en pédiatrie - faire face au refus de l'enfant* . Edition Seli Arslan . 2016
- MANOUKIAN Alexandre . *La relation soignant-soigné* . 4e Ed . Edition Lamarre . 2014
- MICHAUX Lise . *Les mots du prendre soin* . Edition Seli Arslan . 2017
- MICHAUX Lise . *Prendre soin, CARE et CARING* . Edition Seli Arslan . 2018
- MERKLING Jacky et LANGENFELD SERRANELLI Solange. *Psychologie Sociologie et Anthropologie les essentiels en IFSI* . Edition Masson . 2010
- VASSEUR R. et DELION P. . *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans* - R. Edition Eres . 2010

B. Les sites internets

- Définitions : https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relations/67845
- DELOUIS DUTREUIL Joseph. Chapitre 3 – Les stades du développement psychosocial. [En ligne] Travail autour du comportement sexuel non autonome et risque à l'infection au VIH. Licence en psychologie. 2007 Disponible sur : https://www.memoireonline.com/01/10/3124/m_Comportement-sexuel-non-autonome-et-risque--linfection-au-VIHsida3.html
- Haute Autorité de Santé . Recommandation de bonne pratique : isolement et contention en psychiatrie générale [En ligne]. Février 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf
- JOLY VINCENT. Développement cognitif de l'enfant : les stades chez J.Piaget [En ligne]. Disponible sur : http://psy-enfant.fr/stade-developpement-jean-piaget/
- La psychologie du développement . Orientation cognitivo-constructiviste [En ligne] Disponible sur : http://www.la-psychologie.com/orientation%20cognitivo-constructiviste.htm

- LOMBART Bénédicte. BALLEE Caroline. Eviter la contention de l'enfant lors des soins. [En ligne] Crée en avril 2016. Disponible sur : https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/eviter-la-contention-de-lenfant-lors-des-soins
- PHANEUF MARGOT. L'éthique : quelques définitions [En ligne]. Révisé en octobre 2012 Disponible sur : http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/11/Lethique-quelques_definitions.pdf
- Pour le cadre législatif : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id

C. Les articles

- ANNEQUIN DANIEL . Contention pour les gestes douloureux, les risques de maltraitance. *Pédiadol* . 2011
- CARA Chantal et O'REILLY Louise. S'approprier la théorie du human caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers, 2008, n°95, p37 à 45*
- LOMBART Bénédicte . Le care pédiatrique. *Recherche en soins infirmiers,* 2015, n°122, p 67 à 76
- LOMBART B. , ANNEQUIN D . , CIMERMAN P. , MARTRET P. , CHARY-TARDY AC., TOURNIAIRE B. , GALINSKI M. - Utilisation de la contention lors des soins douloureux chez l'enfant. *Pédiadol.* 2011
- LOMBART B. , DE STEFANO C. , GALINSKI M. , CIMERMAN P. , PERRIN O. , DUPONT D. , LADJI L. , ANNEQUIN D. , Eviter la contention lors des soins : facile à dire , *Pediadol*, 2014
- MORVILLERS Jean-Manuel. Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*. 2015. p77 à 81
- OUDJANI C. , DANY L. , DEROME M. , BATAILLE J. , Représentations sociales de la contention en pédiatrie : regards de professionnels. *Elsevier Masson*. 2014 p4 à 13
- PETRUS-KRUPSKY. L'enseignement du care en IFSI, *Recherche en soins infirmiers,* 2015, n°122 p 90 à 96
- ZIELINSKI Agata . L'éthique du care, une nouvelle façon de prendre soin. *Etudes*, 2010, Tome 413 2010 - p 631 à 641