



HAL
open science

Le refus de soin de l'enfant de trois à six ans en service de pédiatrie générale

Lovelie Vandewiele

► **To cite this version:**

Lovelie Vandewiele. Le refus de soin de l'enfant de trois à six ans en service de pédiatrie générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02104494

HAL Id: dumas-02104494

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02104494>

Submitted on 28 Aug 2019

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.

Projet professionnel

**LE REFUS DE SOIN DE L'ENFANT DE TROIS A SIX ANS EN
SERVICE DE PEDIATRIE GENERALE**



Institut de Formation en Santé

IFSANTÉ

Sommaire

1	Introduction.....	1
2	Constat.....	1
3	Cadre théorique.....	5
3.1	L'enfant de trois à six ans	5
3.1.1	Son développement psychomoteur	5
3.1.2	Son développement psychologique.....	8
3.1.3	Son développement affectif et social	10
3.1.4	Sa communication	13
3.2	La puéricultrice.....	16
3.2.1	Le rôle de la puéricultrice	16
3.2.2	La puéricultrice en pédiatrie générale	18
3.2.3	La législation autour de l'enfant hospitalisé	21
3.2.4	Les représentations autour de l'enfant hospitalisé	24
3.3	Le refus de soin	26
3.3.1	La notion de refus de soin chez l'enfant	27
3.3.2	La contention	28
3.3.3	Les émotions.....	32
3.3.4	L'accompagnement	34
4	Analyse du cadre théorique	35
5	Entretiens	38
5.1	Réalisation des entretiens	38
5.2	Analyse des entretiens	40
5.2.1	L'accompagnement	40
5.2.1.1	La posture de la puéricultrice.....	40
5.2.1.2	Le refus de soin.....	44
5.2.2	Les émotions.....	46
5.2.2.1	La reconnaissance de l'émotion.....	46
5.2.2.2	La distraction	48
5.2.3	La contention	49
5.2.3.1	Les différents types de contention.....	49
5.2.3.2	Les représentations de la contention	51
5.3	Conclusion de l'analyse	53
6	Conclusion	55
	Bibliographie	
	Annexes	I

1 Introduction

Lors de mon intégration en école d'infirmière en 2014, j'avais pour projet professionnel de devenir puéricultrice. L'intérêt que je portais pour le domaine de l'enfance et de la petite enfance a pu être confirmé au cours des stages réalisés auprès de cette population. En effet, l'adaptation au bébé, à l'enfant et à l'adolescent, tant sur un versant relationnel que technique est complexe et particulier. Cette singularité de l'adulte en devenir avec l'ensemble de ses acquisitions et de ses modifications développementales englobe des sujets aussi vastes que diversifiés, chacun d'eux étant très enrichissant. Cet ensemble m'a permis d'orienter mon choix professionnel. A la fin de ces trois années de formation infirmière, il m'a donc semblé naturel de continuer à poursuivre mes études en me spécialisant en puériculture. C'est donc avec une envie de recherche et d'affinement de mes connaissances que j'ai intégré l'école de puéricultrice en début d'année 2018.

Après m'être interrogée sur la compréhension des signes de douleur de l'enfant porteur de polyhandicap l'année précédente, il me semblait intéressant de réaliser une seconde fois un travail de recherches dans le domaine de la pédiatrie mais cette fois-ci avec un regard de professionnelle ayant reçue une formation spécifique sur l'enfant de sa naissance à son adolescence. Pour ce faire, après l'introduction de mon constat m'ayant amené à une question de départ, je développerai un cadre théorique en lien avec le contexte et les concepts pouvant être exploités. L'analyse de ce cadre me permettant d'élaborer une problématique et une hypothèse laquelle devant être analysée par la réalisation d'enquêtes auprès de professionnelles afin de pouvoir la valider ou l'invalider. Je terminerai alors mon projet professionnel par une conclusion concernant l'ensemble de la mise en place de ce travail.

2 Constat

Lors de mon premier stage de troisième année infirmière effectué en service de pédiatrie dans un centre hospitalier de la métropole lilloise, j'ai relevé plusieurs situations qui m'ont interpellé.

En ce qui concerne la première situation, il s'agissait de la réalisation d'un bilan sanguin chez un enfant âgé de six ans. Le garçon était entré avec sa maman dans une salle de

soin du service où étaient réalisés les bilans sanguins pour les enfants et les bébés ayant été admis en pédiatrie ou néonatalogie quelques semaines ou mois auparavant. Le but de ces consultations étant de suivre l'évolution de leur santé. S'agissant d'un bilan programmé, l'enfant et sa maman étaient informés de la nature du soin qui allait être réalisé. L'infirmière puéricultrice a donc laissé l'enfant s'asseoir sur le fauteuil et lui a indiqué que c'est elle qui allait exécuter le soin, tout en préparant le matériel nécessaire. L'auxiliaire de puériculture et moi-même étant présentes dans la salle, nous nous sommes présentées à cet enfant ainsi qu'à sa maman. Malgré le fait que sa maman lui tenait la main et essayait de le rassurer en expliquant que ça n'allait pas être douloureux, que tout allait bien se passer, ce dernier, dès que la puéricultrice s'est approchée de son bras gauche pour mettre le garrot, s'est mis à pleurer et à tourner tout son corps du côté opposé. Il avait le visage crispé et son corps était si contracté, malgré les paroles de la maman et de la puéricultrice qui essayaient de le rassurer en expliquant "ça ne va pas durer longtemps", "après tu auras le droit à un joli cadeau", que l'auxiliaire et moi-même nous sommes approchées de l'enfant. L'une était au niveau de son bras gauche pour le lui maintenir en extension et l'autre au niveau de son côté droit pour l'empêcher de se tourner d'avantage vers la droite. Pendant le soin, l'auxiliaire de puériculture indiquait d'un ton calme "ça va bien se passer". L'enfant s'est alors mis à pleurer d'avantage et à taper les pieds au sol. En entendant les pleurs de l'enfant, une deuxième auxiliaire est entrée dans la salle, s'est présentée et a expliqué à l'enfant qu'elle allait se mettre au niveau de ses jambes pour les tenir afin de pouvoir laisser l'infirmière faire le soin. Ce sont donc dans ces conditions que le soin a été réalisé. Le fait de voir une personne supplémentaire prendre en charge l'enfant m'a déstabilisé dans le sens où je ne savais pas si la présence d'un tel nombre de personnel pour un enfant de cet âge était nécessaire. De plus j'envisageais que tous ces adultes entourant cet enfant pouvaient être assez étouffant voire traumatisant. Une fois l'acte de soin exécuté, les deux auxiliaires et moi-même nous sommes écartées pour qu'il puisse rejoindre sa maman qui était restée en retrait lorsque la deuxième auxiliaire était intervenue. Pendant toute la période du soin l'enfant a pleuré, avait le visage crispé. Au début, il avait contracté son corps puis suite à l'intervention de la première auxiliaire et moi-même, il avait tapé ses pieds au sol énergiquement. Lorsqu'il s'est approché de sa maman en pleurant, son corps et son visage se sont détendus et quelques secondes plus tard ses pleurs ont diminué puis ont cessé. L'auxiliaire a été lui chercher un jouet et lui a présenté, il a alors tendu sa main pour le récupérer et toute l'équipe l'a félicité pour son courage.

Dans la seconde situation, l'infirmière puéricultrice devait effectuer un sondage évacuateur chez une enfant de quatre ans admise dans le service quelques heures auparavant. Nous sommes entrées toutes les deux dans la chambre avec le matériel nécessaire au sondage. Comme nous avons effectué l'entrée de la petite fille, la maman et elle-même nous reconnaissaient. La puéricultrice a alors expliqué à la maman, qui avait sa fille dans les bras, ce qu'était un sondage évacuateur et la manière dont elle allait procéder, la maman a alors allongé l'enfant sur le lit en restant auprès d'elle (sa tête collée à la sienne) et la petite s'est mise à hurler. Pour l'apaiser, sa maman, la puéricultrice et moi-même avons chantonné des comptines et les cris ont cessé. Mais lorsque la puéricultrice a expliqué à l'enfant que j'allais lui écarter les jambes pour qu'elle puisse entrer la sonde et que j'ai alors posé mes mains sur ses jambes délicatement pour les écarter, l'enfant s'est mise à hurler puis à bouger à vive allure tout son corps. Une auxiliaire qui distribuait les goûters nous a alors rejoint en entendant la petite fille et a contenu le haut du corps de l'enfant tandis que je lui tenais les jambes écartées. La puéricultrice a donc pu réaliser le sondage et la maman a pris la petite patiente, qui était encore en pleurs, dans ses bras. Toute la durée du soin l'enfant a hurlé et n'a cessé de bouger l'ensemble de son corps pour exprimer des mouvements de rejet. Ce n'est qu'une fois le soin terminé, dans les bras de sa maman, que les mouvements et les cris ont cessé, elle s'est apaisée.

La dernière situation concerne un enfant de cinq ans pour lequel je devais retirer un cathéter en vue de sa sortie. Après avoir toqué, je suis entrée dans la chambre du garçon auprès duquel se trouvait son papa. N'ayant pas pris en soin l'enfant pendant son hospitalisation, je me suis présentée à lui ainsi qu'à son papa et lui ai expliqué que j'allais lui retirer ce qu'il avait sur sa main pour qu'il puisse rentrer à sa maison. Il était souriant lorsque je lui ai parlé de rentrer chez lui mais lorsque je me suis approchée il s'est reculé le plus possible de moi, jusqu'à la tête de lit. Je lui ai dit que ça n'allait pas durer longtemps et qu'il serait tranquille mais il a froncé les sourcils pour montrer son mécontentement. Lorsque je lui ai expliqué que j'allais prendre sa main pour lui retirer le collant, il a alors mis cette dernière derrière son dos. Son papa qui était présent m'a indiqué que ce n'était pas la première fois qu'on lui retirait un cathéter et qu'il ne se laissait jamais faire. Il prit son fils dans les bras, ce dernier essayant de se débattre en remuant sans cesse et en criant mais j'arrivai de cette manière à lui retirer son cathéter. Lorsque son papa le lâcha, l'enfant retourna dans son lit en fronçant les sourcils mais je lui parlai de ses jouets présents sur le lit, il défronça les sourcils

et s'avança vers moi pour m'expliquer qu'il les avait eu en arrivant dans le service. La conversation terminée, je quittai la chambre et le papa me remercia.

Dans les trois situations décrites ci-dessus, ce sont les réactions de l'enfant face au soin ainsi que les méthodes utilisées pour parvenir à réaliser celui-ci qui m'ont posé problème. Peu importe la nature de ce dernier, la présence de plusieurs professionnels a été nécessaire et ce n'est pas le soin en tant que tel mais bien l'environnement autour du soin qui m'interroge et me prête à réfléchir. L'environnement faisant, à mon sens, référence au nombre important de professionnels autour de l'enfant ainsi que le rôle de ces derniers dans la prise en soin de celui-ci. Dans ces trois cas, que je réalise le soin ou que je sois dans l'accompagnement de la personne qui réalise le soin, mon ressenti était le même. J'avais l'impression que la prise en soin n'était pas celle que j'aspirais en tant que future professionnelle de soin et notamment en tant que puéricultrice. Bien qu'étant déjà infirmière, c'est la prise en soin d'enfants à travers le métier de puéricultrice qui me fait m'interroger d'avantage sur ces situations. En effet, je me questionne sur l'aspect traumatisant de celles-ci pour ces derniers et si il ne serait pas plus impressionnant de les vivre chez des enfants du fait de leur plus grande vulnérabilité. De plus, j'ai souhaité évoquer trois situations pour refléter le fait que ce ne soit pas un événement isolé.

Avec deux millions d'enfants de moins de dix-huit ans hospitalisés en 2017 en France soit 136 enfants sur milles, il me semble intéressant de s'interroger. En outre, une audit à l'hôpital Trousseau de Paris réalisée en 2009 sur huit unités de soin pédiatriques, montra que vingt huit pourcents des gestes avaient induit le maintien de l'enfant impliquant le retrait de ce dernier. Ces éléments chiffrés permettent d'apprécier l'importance du nombre d'enfants hospitalisés ayant pu vivre les situations évoquées précédemment.

Dans mes situations, le soin a été réalisé et je conçois mon futur métier aussi comme une délivrance de soins techniques envers des enfants dans le but de préserver leur santé mais aussi et surtout je souhaiterais les prodiguer dans un contexte qui me semblerait le plus favorable au bien-être de celui-ci. De manière objective, les cris, les pleurs, les hurlements, les crispations du visage sont le reflet d'une situation vécue comme désagréable par l'enfant dans les contextes cités précédemment et en outre vont avoir un impact sur le travail de la puéricultrice comme l'appel de professionnels surnuméraires ou le besoin d'une grande dextérité pour réaliser un soin sur un enfant qui se débat. Je souhaiterais donc aborder et comprendre dans ce projet professionnel, le rôle de la puéricultrice dans l'introduction d'un

soin chez l'enfant de trois à six ans en service de pédiatrie générale. Je me pose alors la question de départ suivante :

Comment la puéricultrice peut elle accompagner le refus de soin chez un enfant de trois à six ans en service de pédiatrie générale?

3 Cadre théorique

3.1 L'enfant de trois à six ans

A la lecture de mon constat, nous pouvons remarquer que l'ensemble des trois situations regroupent des enfants de la tranche d'âge des trois- six ans. C'est pour cette raison que j'ai souhaité aborder dans ma question de départ les enfants de cet âge me permettant de cibler cette population et ainsi d'affiner mes recherches. Il me semble donc important de commencer par cette notion pour établir le point de départ de mon écrit et ainsi effectuer et comprendre les liens entre mes différentes recherches du point de vue des enfants et de leurs développements spécifiques à ces âges.

3.1.1 Son développement psychomoteur

Un des principal développement de l'enfant étudié en formation de puéricultrice est le développement psychomoteur. Son importance résulte dans le fait qu'interviennent deux composantes fondamentales que sont la cognition et la motricité. De plus, c'est à travers ce développement que l'enfant va commencer à interagir avec son environnement. Il est donc primordial pour la puéricultrice de connaître ce processus. Dans les situations explicitées dans le constat, il nous permettra de comprendre comment les réactions des enfants ont pu être aussi vives d'un point de vue moteur.

Pour commencer, il est important de connaître de manière global ce qu'est le développement psychomoteur ainsi que les grands principes qui s'y attachent à tous les âges de l'enfant. Le cahier de la puéricultrice le définit comme un "*processus contenu comportant des acquisitions successives variées qui fait passer l'enfant de l'état de dépendance à celui d'autonomie motrice et de perception du moi*".¹

¹ Domergue, Géraldine. *Le développement psychomoteur*. Lomme: IFSANTE, le 13/02/18.

De plus, le terme générique indique qu'il s'agit d'une *"prise de contrôle progressif par l'enfant de son système musculaire au fur et à mesure de la motricité primaire et de la progression de son éveil. C'est la répétition de toutes ses activités qui va montrer que le développement est présent"*.² Il faut souligner que l'activité motrice va alors résulter d'interactions complexes entre le physiologique, faisant référence au développement sensori-moteur, et le psychique. En effet, c'est la maturation neurologique qui va aider l'enfant à se développer en faisant appel à l'apprentissage par expérience. Il faudra qu'il existe une myélinisation active, des connexions inter-neuronales établies, une activité électrique du cerveau organisée et des grands systèmes neuro-fonctionnels organisés. Plus l'enfant va expérimenter plus la maturation neurologique va s'accélérer. Ce qui est important de retenir ici est le lien entre expérience et maturation neurologique. En effet, les situations vécues pourront donc avoir un impact direct sur la maturation neurologique d'où l'extrême vigilance à avoir lors de la prise en soin afin d'éviter les expériences traumatisantes. De plus, la cognition ne peut être séparée de la motricité. En effet, l'intelligence et la connaissance sont liées à l'activité motrice. La pédiatre hongroise, Emmi Pickler a exprimé que la *"motricité libre permet d'acquérir ses connaissances"*.³ L'action va aider l'intelligence à se construire. Ce qui est important à savoir est que si l'activité est réfléchie, l'enfant va être rassuré. C'est donc ce que la puéricultrice va devoir rechercher dans les situations de soins afin d'éviter que l'enfant ne soit trop anxieux. C'est quand l'enfant sera capable de se représenter ce qu'il a fait qu'il pourra passer à des conduites plus élaborées. Il est donc aisé de comprendre que le développement suit un ordre prévisible du simple au complexe. L'enfant de trois ans n'aura donc pas un développement aussi perfectionné que celui de six ans. C'est en ce sens que la puéricultrice ne pourra pas introduire le soin de la même manière selon l'âge et le degré de maturité propre à l'enfant puisque l'intégration du soin par l'enfant ne sera pas aussi efficient chez l'enfant le plus jeune. Un autre point essentiel est que le développement est cumulatif, c'est-à-dire que l'enfant de six ans aura déjà acquis ce que l'enfant de trois ans sait faire. Cependant il ne faut pas oublier que tout enfant se développe à son propre rythme et présente des préférences et des caractéristiques individuelles qui se reflètent dans son comportement.

Le développement psychomoteur est régi par les lois de l'évolution motrice que sont la loi de différenciation, la loi de variabilité et la loi de succession. La loi de différenciation passe progressivement de la motricité involontaire à la motricité volontaire affinée. Les

² Domergue, Géraldine. *Le développement psychomoteur*. Lomme: IFSANTE, le 13/02/18.

³ Ibid

enfants entre trois et six ans auront acquis un motricité volontaire. Les mouvements de rejet lors de mes situations étaient donc volontaires et non réflexes. La loi de variabilité indique que l'évolution se fait toujours dans un sens de perfectionnement progressif mais que les progrès ne sont pas uniformes, qu'il existe des progressions rapides mais aussi des arrêts et des stagnations. La loi de succession est liée à un ordre de maturation constant. Plus précisément, la loi céphalo-caudale exprime que les muscles de l'axe du corps sont d'autant plus tôt sous le contrôle de la volonté qu'ils sont proches de la partie céphalique avec le système nerveux central. Cette loi reprend la coordination statique alors que la coordination fine est définie par la loi proximo-distale. Le contrôle de la coordination fine s'acheminant du centre du corps à la périphérie. Ce sont ces éléments qui permettent d'apprécier les réactions physiques de l'enfant lors d'un soin. Pour comprendre plus en détail ce que l'enfant entre trois et six ans est capable de faire, je vais énumérer quelques acquisitions en fonction de son âge. Alors qu'un enfant âgé de deux et trois ans sera capable du côté de la motricité de bouger vivement, de sauter à pieds joints, de grimper, d'aider pour se déshabiller et d'ouvrir les portes grâce à son poignet mobile. Et que d'un point de vue cognitif, il comprendra deux à trois ordres et connaîtra les similitudes des couleurs, parlera avec une explosion du vocabulaire à cette période en utilisant le "je". A trois ans, il saute sur un pied, peut faire du tricycle, il évolue par le jeu et demande souvent "pourquoi?", il utilise le temps des verbes, encastre les cubes, les ronds, connaît les formes, les comptines, compte jusqu'à 10, sait dire son âge, sait nommer 8 parties de son corps, coordonne ses gestes, il arrive à combiner certains mouvements et à enchaîner les suites d'idées. On peut donc voir qu'à trois ans, l'enfant est capable d'une multitude de choses qui pourront être exploitables par la puéricultrice afin d'introduire le soin (mise en place de différents jeux en lien avec ses acquisitions). A quatre ans, il sait faire des ponts avec des cubes, faire du vélo sans pédales, fait des carrés. A cinq ans, il fait du cloche pied, sautille sur les deux pieds. Enfin à six ans, il saute à pieds joints, tape dans le ballon, fait des bonhommes avec cheveux et mains. Tous ces exemples permettent de voir une partie des acquisitions psychomotrices mais surtout de comprendre que l'enfant sera en capacité physique de rejeter le soignant lors d'un soin qu'il ait trois ou six ans, cela pouvant empêcher la réalisation du soin ou sa mise en place à l'aide d'une contrainte physique comme dans mes situations. Cependant, les capacités de l'enfant évoquées ci-dessus pourraient permettre à la puéricultrice d'intégrer ce dernier dans sa prise en soin à travers le jeu, les dessins, les couleurs ou les comptines par exemple.

Plusieurs choses peuvent influencer le développement de l'enfant tels que la génétique, la résilience, la proportion à aimer telle ou telle chose, les découvertes, les besoins physiques, affectifs, le besoin d'être respecté, guidé et stimulé. En effet, tous ces éléments interviennent dans la prise en soin et doivent être pris en compte par la puéricultrice. Maintenant que nous avons constaté que l'enfant était capable physiquement de réagir à un soin je souhaiterais aborder le côté psychologique qui l'amènerait à réagir de cette façon.

3.1.2 Son développement psychologique

Le développement psychomoteur cité précédemment ne peut être séparé du développement psychologique. En effet, la motricité de l'enfant est ce qui va être visible aux yeux des personnes entourant ce dernier mais tout comme l'adulte il va y avoir plusieurs mécanismes psychiques mis en place expliquant tel ou tel comportement.

Dans la psychologie infantile, plusieurs stades vont pouvoir être décrits selon l'âge de l'enfant pouvant expliquer ses réactions. Les différents auteurs à induire des stades chez l'enfant vont être Freud médecin devenu fondateur de la psychanalyse, Piaget un biologiste et psychologue et Wallon un psychologue et médecin. Freud va décrire le complexe d'Oedipe qui se traduit, entre l'âge de deux ans et demi et sept ans. Celui-ci s'exprime par le rejet inconscient du parent de même sexe, dû à une projection amoureuse sur le parent du sexe opposé. Ce stade se résout par l'angoisse de castration avec l'identification progressive au parent de même sexe. Vers deux ans et demi, trois ans apparaît le stade de l'analité expulsive. C'est la période où l'enfant va rechercher les limites, le pouvoir et la manipulation. Le besoin de repère à cette période s'exprime avec le questionnement (pourquoi?). C'est un stade vivant et remuant comprenant les mouvements physiques, intellectuels et affectifs. L'anxiété peut alors faire place à l'inquiétude lorsqu'il y a identification de la cause. Cette période entraîne la découverte du milieu extérieur, de ses possibilités et de ses limites physiques avec notamment l'apprentissage de la propreté. L'enfant cherche des réponses aux questions, il a un sentiment de valeur personnelle. Dès cette période il sera alors important pour la puéricultrice de répondre aux questions de l'enfant et notamment sur le soin en utilisant des mots adaptés à son âge. Si le temps nécessaire n'est pas pris pour répondre aux questions de l'enfant, il pourra alors être anxieux. De plus, le fait que l'environnement hospitalier ne lui soit pas familier, il existe une perte de repère pouvant déstabiliser fortement l'enfant et le mettre dans une situation d'inquiétude. En outre, l'enfant peut chercher les limites, il est donc nécessaire de mettre un cadre tout en expliquant et en laissant l'enfant s'exprimer. Le stade suivant est

appelé analité rétentive et se met en place de trois ans et demi à cinq ans. C'est une phase éducative avec l'acquisition du principe de réalité et le surmoi (pôle de l'autorité, de l'interdit). La socialisation faisant partie du principe de réalité. Dans ce stade, la pensée globale et magique passe par l'affectif et le ludique pour l'enfant. Il passe de la vie magique, concrète, égocentrique et insouciance à la vie logique, abstraite, organisée et responsable. La puéricultrice va pouvoir aborder avec lui plus en détail le soin et la raison pour laquelle il doit être fait. A cet âge, lors d'un stress intense, plusieurs phases se mettent en place. Tout d'abord le choc, puis l'abattement suivi de la révolte et enfin de l'adaptation forcée et de l'adaptation. L'abattement ou la révolte peuvent s'exprimer par l'inhibition ou l'opposition. Dans les situations de mon constat, l'enfant se révolte et utilise l'opposition il faut donc prendre en compte que la situation lui a apporté un stress intense pouvant expliquer cette expression de sa part. En effet, l'environnement de l'hôpital, les personnes présentes, le soin effectué sont autant de choses pouvant engendrer un stress intense chez l'enfant. De plus, l'enfant peut tenter de manipuler par séduction ou crise de rage, c'est ce principe qui s'est retrouvé dans la situation où il fallait enlever le cathéter à l'enfant lorsque son papa l'avait pris dans ses bras. En effet, l'enfant avait fait une crise de rage avant que je m'approche pour le lui ôter. Pour lutter contre cette confrontation et le stress, l'enfant aura recours au magique avec le fantasme de destruction. Cependant, il pense que ses parents peuvent lire en lui, il prend donc peur et culpabilise. Ce processus est moteur de développement. L'enfant va minimiser et dédramatiser la violence pour se sortir de cette culpabilité. Dans les situations, l'enfant se débat fortement pour exprimer son rejet et non pas par violence. Dans un développement psychologique approprié, il existe ensuite une phase d'acceptation forcée et de soumission avec la peur du rejet, une phase d'infériorité, de culpabilité et de détresse. Elle permet la phase d'éducation avec "la relation commerciale" entre le parent et l'enfant (je donne/tu donnes). Il est important dans cette phase d'accompagner l'enfant pour ne pas qu'il reste avec un sentiment d'infériorité, de dévalorisation. L'amour, les félicitations, la tendresse, la valorisation et les récompenses sont autant de bénéfiques pour l'enfant que doit exprimer son entourage. Dans cette phase d'analité rétentive, il existe d'autres processus se mettant en place. Le pôle interdicteur caractérisé par le surmoi apparaît à quatre ans, Vers quatre ans, quatre ans et demi, la notion de bien et mal apparaît avec les stéréotypes sociaux. La socialisation va engendrer chez l'enfant un renoncement à ses satisfactions dans le but de s'adapter à la conformité sociale, apparaît alors l'équilibre entre plaisir et réalité. Puis débute le stade phallique à cinq ans. Les caractéristiques de ce stade sont les découvertes sur le plan sexuel, l'identification, le sentiment de valeur et l'apprentissage des statuts et des rôles, c'est le début

de l'âge de raison. L'enfant raisonne à travers des moyens pour identifier ses difficultés, ses insuffisances, ses insécurités, ses peurs et ses culpabilités. Il sera essentiel pour la puéricultrice d'échanger avec ce dernier pour comprendre ensemble ses difficultés afin d'éviter un stress intense.

Dans cette partie, nous avons vu les différents stades psychologiques de l'enfant et ce que cela pouvait engendrer comme comportement chez ce dernier. Une des caractéristiques de ces stades est que l'enfant va devoir entrer en socialisation pour se développer. Cette socialisation peut se faire avec son entourage mais aussi dans les différents lieux où il est accueilli. De ce fait, lors de la prise en soin, l'enfant et les différents professionnels dont la puéricultrice vont permettre cette socialisation. Il est donc important de connaître le développement affectif et social de l'enfant afin de s'adapter à cet échange.

3.1.3 Son développement affectif et social

Pour établir une relation sociale avec un enfant il est important de connaître son développement mais plus précisément son développement affectif et social. La puéricultrice pourra alors comprendre le comportement de l'enfant et s'adapter à la situation suivant l'âge et l'histoire de celui-ci.

Pour évoquer ses besoins d'affectivité et de socialisation, il est important de connaître les besoins de celui-ci existant dès la naissance. En 1958, le psychiatre et psychanalyste Bowlby développe la théorie de l'attachement. L'attachement est alors défini comme un besoin primaire chez l'enfant. Ce besoin de figure d'attachement varie en fonction de l'âge, de l'état interne et des conditions de l'environnement. Certaines conduites vont participer à maintenir la proximité et peuvent subsister tout au long de la vie. Pour appuyer ces propos, le psychanalyste Spitz parle de l'hospitalisme faisant suite à la dépression anaclitique. Cet hospitalisme est retrouvé chez les enfants ayant reçus tous les besoins dits "physiologiques" comme la nourriture et les changes mais aucun attachement, ce sont des enfants qui vont "se laisser mourir" ou développer des déficiences mentales. Les transmissions dépendront de la qualité du lien d'attachement. Celui-ci définira la qualité d'adaptation ainsi que la capacité de résilience. La résilience permettant l'assimilation d'un traumatisme afin d'éviter la dépression. La psychologue Ainsworth grâce à cette théorie expliquera au 20ème siècle que l'aspect constitutif résulte du comportement en interaction avec l'environnement, ce que nous allons aborder ci-dessous. Ce qu'il est intéressant de relever est que dès sa naissance, le nouveau-né

a besoin de figure d'attachement, il doit donc vivre à travers l'autre pour ses besoins alimentaires mais tout autant pour son besoin d'attachement. Ses premiers liens expliquent aussi que les comportements de l'enfant face à une situation dépendra aussi de sa place dans la fratrie mais aussi de son milieu familial. Ce besoin fondamental d'attachement persistera chez l'enfant.

Au 19^{ème} siècle une première approche psychologique de l'enfant apparaît à travers des journaux de proches. Le rôle de l'autre dans la construction de la personne est alors avéré. A la fin du 19^{ème} siècle, la séparation entre la connaissance et l'éducation de l'enfant se met en place. Il est alors mis en évidence le rôle fondamental des expériences infantiles dans la construction de l'individu. Le psychologue Harlow en 1974 évoque l'affectivité comme *"l'ensemble des comportements permettant les rapports sociaux individuels internes qui permet un lien entre les membres d'une espèce"*.⁴ Un second psychologue, Piéron l'exprime comme *"une capacité individuelle à éprouver des sentiments et des émotions, c'est une réaction émotive généralisée ayant des effets définis sur le corps et l'esprit. L'affectivité est donc le soubassement constitutif et influençant le développement ultérieur."*⁵ On peut relever ici que le développement affectif ne peut se séparer du développement social, c'est l'affectivité qui va permettre la socialisation. En effet, la maturation de l'enfant peut être commandée d'avance, il s'agit alors du déterminisme. Cependant, le développement est une organisation fluctuante. Comme évoqué précédemment, l'expérience va permettre des acquisitions. La psychologue Nadel, en 1981, exprime que l'influence du milieu humain sélectionne et oriente l'utilisation de certaines expressions. Le comportement de l'enfant peut donc être influencé par son interlocuteur d'où le rôle primordial de la puéricultrice et des différents intervenants dans la prise en soin. Les différentes expressions des enfants dans les situations ont donc pu être influencées par l'équipe soignante. Le chercheur et psychologue Bronfenbrenner, met en place une approche écologique faisant référence aux différents systèmes. *« L'écologie du développement humain implique l'étude scientifique de l'accommodation progressive et mutuelle entre un être humain qui grandit et les changements des propriétés des milieux dans lesquels la personne vit ; étant donné que ce processus est influencé par les relations*

⁴ BAUDIER, Anne, CELESTE, Bernadette. *Le développement affectif et social du jeune enfant*. 2^{ème} éd. Paris : Armand Colin, 2005. 192p. (Cursus) ISBN 978-2-200-34289-0

⁵ Ibid

entre ces milieux et les contextes qui les englobent»⁶ Il définit donc une socialisation à travers l'environnement au sens large. L'hôpital va donc être un des environnements rencontré lors de son hospitalisation et pourra aussi influencer sur ce que va exprimer l'enfant.

La psychanalyse donne un sens aux comportements. Il résulterait d'un événement qui entrainerait une faille dans le développement en fonction de l'enfant et son histoire. Il est donc aisé de comprendre que dans mes situations le comportement de chaque enfant a été défini par son histoire qui est différente d'une situation à l'autre. Vygotski, un pédagogue-psychologue de début du 20^{ème} siècle, parle du développement culturel interpsychique puis intrapsychique. Cela signifie que les fonctions supérieures trouvent l'origine dans les relations avec autrui. Les interactions entre les différentes composantes que sont l'environnement, le contexte, la maturation, l'expérience et la tâche sont responsables de tel ou tel comportement. Le comportement de l'enfant va devoir être étudié afin de le comprendre et d'y répondre de manière appropriée. L'étude de celui-ci se fait par différentes interrogations. Le "comment?" va permettre sa description, le "pourquoi?" renvoie à sa finalité et le "à cause de quoi?" est lié aux déterminants. L'économie définit la place du comportement dans l'ensemble des manifestations à un âge donné. Cependant, un même comportement peut révéler des objectifs différents selon l'âge de l'enfant et le degré de motivation. Et inversement, différents comportements peuvent révéler un même objectif. C'est cette caractéristique qui rend complexe l'étude du comportement par la puéricultrice. De plus, le tempérament de l'enfant sera le lien entre les caractéristiques physiologiques innées et les compétences de l'enfant. Chaque enfant va posséder un style comportemental, un trait de personnalité particulier ainsi qu'une place différente (dominant/dominé).

L'enfant va donc entrer en relation avec ses pairs mais aussi avec les adultes comme lors de la prise en soin. En 1978, le psycho-physiologiste Hubert Montagner montre que jusqu'à deux, trois ans les enfants sont rassurés par l'odeur de leur mère. La composante biologique devient le mode de communication à travers les sourires, les mimiques et les regards. L'imitation est un moyen de communication de la même manière que les cris, les pleurs et les vocalisations. Les différentes postures ont un rôle fondamental dans les interactions. Néanmoins, l'interprétation des comportements de l'enfant peut être faussée par

⁶ BAUDIER, Anne, CELESTE, Bernadette. *Le développement affectif et social du jeune enfant*. 2^{ème} éd. Paris : Armand Colin, 2005. 192p. (Cursus) ISBN 978-2-200-34289-0

l'adulte. Il est donc essentiel pour la puéricultrice de retenir que toutes les réactions exprimées par l'enfant sont de l'ordre de la communication. A partir de deux ans, l'intersubjectivité secondaire à travers la communication verbale apparaît et est définie comme l'aptitude humaine à comprendre l'esprit d'autrui au travers du langage et des gestes. L'ajustement de la situation va être mis en place par l'adulte à travers sa réponse. En effet, la réactivité et l'adéquation de la réponse va permettre la pertinence et la régularité de la situation. La manière de s'adresser à l'enfant est donc primordiale et doit être adaptée à l'âge de l'enfant. Vers trois ans, le stade du personnelisme et la crise de personnalité introduisent l'acquisition de la différence moi/ autrui et entraînent l'opposition. Le refus permet à l'enfant d'affirmer son autonomie. Dans les situations, les enfants avaient trois ans ou plus et ont tous les trois émis un refus à travers des positions de recul et de rejet ce refus peut donc aussi vouloir dire qu'ils affirmaient leur autonomie en exprimant une opposition. Vers trois ans et demi, l'imitation des patrons gestuels non fonctionnels impliquant diverses parties du corps se met en place. Au cours de la quatrième année, l'imitation simultanée permet l'apprentissage et la communication. Puis, vers cinq ans, le développement de l'attribution d'intentionnalité apparaît. Cette dernière étant relative à la théorie de l'esprit qui renvoie aux représentations, aux connaissances dont l'enfant dispose sur la fonction psychologique générale des êtres humains. Il peut se représenter ce que l'autre pense, désire ou croit. Cela implique la maturation, le traitement de l'information ainsi que le constructivisme. Pour cela, il lui faut quatre habiletés sociocognitives que sont, la connaissance de l'existence des états mentaux chez lui et les autres, le besoin, l'inférence (mouvement de pensée logique) et l'attribution.

Dans cette partie, nous avons pu identifier que les milieux permettent la maturation et que l'évolution de l'enfant est donc inséparable des groupes sociaux. Ces échanges à travers les imitations, les cris dépendent de l'âge de l'enfant mais aussi de la qualité de ses premiers liens d'attachement et de la posture de l'interlocuteur. Tous ces mécanismes permettent d'interagir et donc d'entrer en communication.

3.1.4 Sa communication

Nous venons de voir précédemment, que le développement de l'enfant nécessitait une interaction avec son environnement. De ce fait, pour exprimer ce qu'il ressent, l'enfant va entrer en communication avec l'adulte. Cependant, il existe différents types de communication

que la puéricultrice devra être en mesure de comprendre afin de pouvoir interagir avec celui-ci et adapter sa posture.

Un des mode d'interaction peut passer par la communication verbale. L'évolution du langage est chronologique et très rapide chez l'enfant. En effet, les capacités d'apprentissage sont plus importantes que chez l'adulte. Les connections qui se font au niveau du cerveau ne sont pas fixées chez l'enfant et permettent donc une grande capacité d'apprentissage. Le début de l'acquisition des mots se faisant vers 11 mois, il peut lui même en proposer à l'âge de un an en utilisant les mots que son environnement a créé. Dès dix-huit mois, il a en sa possession les principaux modèles de phrases, les outils grammaticaux avec les déterminants, les prépositions et les conjonctions. Cette période linguistique, dès l'acquisition d'un premier capital de mots et l'apparition d'énoncés rudimentaires libèrent l'enfant des contraintes du geste et de la mimique. En effet, au lieu de pousser pour pouvoir passer par exemple, l'enfant va pouvoir s'exprimer et éviter d'utiliser ses gestes pour déplacer la personne. Cependant si ses mots ne sont pas compris il peut avoir recours aux gestes pour se faire comprendre. Lors de mes situations les enfants ont exprimé leur refus en se débattant malgré leur possibilité à s'exprimer verbalement. Vers deux ans et demi, trois ans, l'enfant identifie un mot et le met en rapport avec le contexte dans lequel le message est produit. A partir de trois ans, ce ne sont plus les structures rudimentaires qui permettent de faire évoluer le langage mais des constructions avec une évolution du vocabulaire, c'est à cette période qu'il y a un enrichissement très important du vocabulaire. L'enfant ne fait pas qu'imiter, il transfère. Pour pouvoir s'exprimer verbalement, les principales fonctions cognitives tels que la mémoire, la perception, l'attention, le raisonnement vont être stimulées. En effet, lors d'un stimulus, celui-ci est reçu par l'organe de sens, il est donc perçu, puis grâce à l'attention le stimulus est isolé, apparaît alors un traitement cognitif pour le traduire, intervient la catégorisation qui va permettre d'accélérer la réflexion, la mémorisation et le raisonnement puis de mettre en place l'action de communication pour y répondre. La mémoire va alors permettre de capter, de conserver et de restituer l'information perçue. Puis vers trois ans et demi-quatre ans, l'enfant comprend sans être dans le contexte. La puéricultrice peut donc expliquer en amont le soin. Cependant, la maîtrise de la langue orale s'effectue vers l'âge de cinq ans et demi, six ans. Il s'agit de la période où l'enfant va commencer à écrire. Il est donc primordial de comprendre que l'enfant va savoir énoncer des mots dès l'âge d'un an mais qu'il ne va pas en maîtriser réellement le sens dans sa globalité à cet âge. Ce qu'il faut retenir est que l'enfant pourra donc émettre des mots ou recevoir des phrases des adultes sans qu'il n'arrive à intégrer leur sens

dans la globalité. Il est du rôle de la puéricultrice de remarquer si l'enfant a réellement compris ce qu'elle a indiqué. Une incompréhension de la part de l'enfant pouvant amener à une situation de stress. Dans mes situations, il est possible que le manque de compréhension de l'enfant a initié leurs réactions.

La communication suppose un langage oral cité au-dessus mais aussi un langage implicite appelé communication non verbale. Cette dernière permet de rentrer en relation avec toute personne et notamment lorsque celle-ci ne peut s'exprimer verbalement ou ne comprend pas le langage oral. Elle est donc nécessaire pour créer un lien avec les patients puisqu'elle est complémentaire de la communication verbale mais nécessite une grande capacité d'observation. Elle englobe tous les gestes, les mimiques, les expressions faciales, les silences, tous ces éléments qui signifient quelque chose et qui permettent une relation sans parole. Il est aisé de comprendre que lors de la prise en soin d'un nouveau-né ou d'un nourrisson n'ayant pas encore acquis le langage, cette communication non verbale est essentielle. Cependant, elle l'est tout autant chez les enfants de trois à six ans pouvant s'exprimer par la parole puisqu'elle va la compléter. Il est important aussi de noter que la communication non verbale du soignant peut avoir un impact sur l'enfant. En effet, les enfants sont souvent décrits comme des "éponges" puisqu'ils arrivent à ressentir ce que l'autre ressent. La posture du soignant va donc être importante dans les réactions de l'enfant. En effet, un soignant qui ne serait pas à l'aise avec une situation pourrait provoquer une angoisse chez l'enfant pris en soin. De plus, le toucher faisant parti de la communication non verbale peut être apprécié chez certains enfants dans le but de les rassurer en indiquant une présence mais peut être aussi perçu comme une agression lorsqu'il s'agit d'une contention, nous l'aborderons plus en détail dans la suite de ce projet professionnel.

Au niveau sociologique, l'enfant est surtout défini à travers l'éducation et sa famille en le considérant principalement comme cible de la socialisation et de la pédagogie. L'enfant en tant que tel n'existe pas à proprement parler c'est un être en devenir, un futur adulte. Il est associé plus particulièrement à la psychologie du développement comme cité ci dessus. Cependant des auteurs, comme le professeur Sirota désigne la sociologie de l'enfant et le définit comme acteur de sa socialisation.

L'enfant va donc s'exprimer par la parole pour entrer en communication mais aussi par les gestes, les mimiques, à travers la communication non verbale. Ce sont l'ensemble de ces

composantes qui vont constituer l'interaction entre l'enfant et le soignant. Le soignant doit en avoir conscience pour prendre en soin la globalité de l'enfant et comprendre pourquoi il réagit de telle ou telle manière. Nous avons vu à travers les différents développements de l'enfant qu'il était un être aux besoins d'interaction et de communication. Ces derniers étant mis en place à travers son comportement, son tempérament et sa personnalité.

3.2 La puéricultrice

La puéricultrice interagissant directement avec l'enfant cité précédemment, il me semblait important de la définir à la suite de ce patient et en premier lieu dans son rôle général. La précision de son activité en service de pédiatrie en lien avec les droits des enfants hospitalisés et leur représentation dans la société permet de cibler les éléments relatifs aux situations rencontrées. Il sera ainsi plus aisé de comprendre l'intérêt de ces recherches dans mon exercice futur de cette profession et ainsi de différencier ce mémoire de celui effectué en formation infirmière

3.2.1 Le rôle de la puéricultrice

Dans un premier temps, il me semble important de faire le point sur les compétences et la législation relatives au statut de puéricultrice. En effet, ce sont ces différents textes énoncés ci-dessous qui permettront de définir le rôle de la puéricultrice et notamment le code de la santé publique avec l'article R4311-13 citant :

"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 ;

2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;

3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;

4° Soins du nouveau-né en réanimation ;

5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie."⁷

⁷ France. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Article R4311-13 du Code de la Santé Publique du 8 aout 2004.

A travers cet article, le cadre d'action spécifique de la puéricultrice est abordé. En effet, celle-ci est amenée à agir dans des situations aussi diverses qu'étendues. Cependant, ce qu'il est important de retenir est que la puéricultrice prend en soin des enfants de la naissance à l'adolescence ce qui inclut la tranche d'âge des situations évoquées dans le constat c'est-à-dire les trois-six ans.

De plus, la puéricultrice est tenue à un référentiel de compétences. Plus précisément, au cours de sa formation, elle vise à acquérir neuf compétences. La première relative à l'évaluation de l'état de santé et au développement des enfants et des adolescents permet de repérer les facteurs conditionnant leur bien-être ou au contraire leur mal-être. C'est en ce sens que mes situations m'ont posé question suite à la reconnaissance d'un non bien-être lors de la prise en soin. La difficulté de mise en relation lors de mes situations peut renvoyer à la non mise en place du discernement des ressources cognitives, affectives et au besoin spécifique de communication et de relation de l'enfant de trois à six ans étant relié directement à cette même compétence. La deuxième compétence "concevoir et conduire un projet de soins et/ou d'éducation adapté à l'enfant" mobilise les ressources de l'enfant et de son entourage. Il est important de retenir ici que la puéricultrice doit s'efforcer de mobiliser l'ensemble des ressources de l'enfant dans les situations rencontrées. La troisième compétence agit sur la mise en œuvre de soins adaptés aux enfants présentant des altérations de santé. L'adaptation fait partie intégrante du métier de puéricultrice. En effet, adapter les soins à l'enfant en créant un environnement favorable aux soins et au développement de celui-ci est primordial. L'accompagnement et le soutien des familles dans le processus de parentalité faisant appel à la compétence quatre indique que la puéricultrice doit inclure au maximum les parents dans la prise en soin de leur enfant. La compétence cinq "concevoir et mettre en œuvre des activités de promotion de la santé de l'enfant et de la protection de l'enfance" n'est pas reliée directement au sujet de ce mémoire mais utilise des données épidémiologiques connues et des études existantes afin de mesurer les besoins des populations ciblées de la même façon que ce travail a été réalisé grâce à des données existantes pour répondre à une problématique posée lors de situations vécues impliquant des enfants. La sixième compétence relative à l'organisation et à la coordination des soins et des activités de développement et d'éveil pour les enfants et les adolescents renvoie à la mise en place du travail en équipe pluridisciplinaire.

Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913901&dateTexte=&categorieLien=cid>

Dans les deux tiers des situations évoquées dans le constat, l'aide de plusieurs professionnels et notamment des auxiliaires de puériculture a été nécessaire, il s'agit donc d'un travail pluri-professionnel. Cependant, l'organisation n'a peut être pas été optimale du fait de l'ampleur des réactions exprimées par les enfants. La compétence sept est directement liée à la réalisation de ce projet professionnel, il s'agit de rechercher, traiter et produire des données professionnelles et scientifiques avec la formulation d'une problématique à travers un questionnaire et pouvant être traité à l'aide de recherches documentaires. La huitième compétence relative à l'information et à la formation des professionnels et des personnes en formation met en avant la transmission de savoirs aux stagiaires mais aussi aux pairs. La fiabilité des connaissances et de la posture soignante est donc nécessaire pour permettre une transmission correcte. La neuvième compétence ne sera pas abordée plus en détail puisqu'il s'agit de la gestion des ressources d'un service ou d'un établissement d'accueil d'enfant et n'entre pas dans le sujet de ce mémoire.

L'explication du rôle de la puéricultrice, notamment par l'acquisition de ses compétences permet de comprendre ses différents axes d'intervention mais aussi de faire le lien avec mon questionnaire de départ. En effet, mon interpellation dans les situations de départ provient de la constatation d'un mal être chez l'enfant ou du moins d'un non bien-être. La considération de ces facteurs fait partie du rôle de la puéricultrice. De plus, ces explications permettent de reconnaître les fondements du métier de puéricultrice et ainsi de savoir quelle doit être sa place lors de ces situations.

En reprenant l'article R4311-13, il est aisé de comprendre que la puéricultrice peut donc intervenir dans tous les lieux accueillant des enfants de la naissance à l'adolescence qu'il s'agisse de structures intra ou extra hospitalières. Les établissements d'accueil du jeune enfant, la protection maternelle et infantile, la maternité, les services de néonatalogie et de pédiatrie font donc partie des lieux d'exercice de la puéricultrice. Cependant, mes situations s'étant déroulées dans un service de pédiatrie générale de la métropole lilloise, je vais donc aborder plus précisément ce qu'est la pédiatrie générale et le rôle de la puéricultrice dans ce service afin de cibler le contexte dans lequel est apparue mon interrogation et ainsi reconnaître l'impact qu'il a eu sur celle-ci.

3.2.2 La puéricultrice en pédiatrie générale

Pour commencer, il est important de distinguer le terme générique de pédiatrie du service de pédiatrie générale où mes situations se sont déroulées.

Selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), la pédiatrie est définie comme : *"une spécialité de la médecine qui étudie le développement physiologique et psychomoteur normal de l'enfant, ainsi que toutes les maladies infantiles, et ce depuis la naissance jusqu'à la période post-pubertaire où l'enfant devient adulte."*⁸

Cependant, cette définition englobe plusieurs tranches d'âge que sont : le nouveau-né de la naissance à 1 mois, le nourrisson d'un mois à un an, la petite enfance de deux à quatre ans, l'enfance de cinq à dix ans ainsi que l'adolescence de onze à dix sept ans révolu. De ce fait, ces définitions ne relatent pas ce qu'est le service de pédiatrie générale mais bien le terme de "pédiatrie". En effet, les nouveaux nés sont pris en soin dans des services de néonatalogie. De plus, il existe une multitude de services pédiatriques spécialisés tels que la pneumologie, l'hématologie, l'oncologie, etc...

De manière théorique, le service de pédiatrie général accueille les enfants jusque dix huit ans. En effet, le préambule de la circulaire du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) de l'enfant et de l'adolescent cite : *"La population considérée a jusqu'à 18 ans, l'âge légal de la majorité paraissant une référence acceptable. Toutefois, des organisations locales et concertées permettent de tenir compte de situations particulières, par exemple, aux urgences pédiatriques ou pour le suivi de pathologies chroniques très spécifiques, lorsque, après avoir entendu l'adolescent, une concertation médicale rend préférable un suivi en service d'adultes."*⁹

Cette même circulaire définit la pédiatrie générale hospitalière comme ayant un rôle pivot dans la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent en établissement de santé. La tranche d'âge des enfants accueillis étant très large, il est aisé de comprendre que les différentes pathologies rencontrées sont très hétérogènes et les durées d'hospitalisation vont être variables

⁸ INSERM. Pédiatrie [en ligne]. Consulté en juin 2018. Consultable sur : <https://histoire.inserm.fr/les-domaines-de-recherche/pediatrie>

⁹ France. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Circulaire n°2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-52/a0523394.htm>

suivant la cause. Cependant, il est fréquent de rencontrer des enfants de trois à six ans hospitalisés dans le service suite à des blessures, à des affections oto-rhino-laryngologiques, des maladies infantiles mais aussi des pathologies digestives, des gastroentérites, des diarrhées, des vomissements, des découvertes et des suivis de pathologies chroniques tels que l'asthme ou le diabète. La durée d'hospitalisation des enfants peut aller de quelques jours à quelques semaines suivant le diagnostic, au delà les enfants sont transférés en service spécialisés. Cette liste non exhaustive permet de mettre en avant la multitude des pathologies pouvant être prises en soin en service de pédiatrie générale et donc les soins pouvant être prodigués (prise de sang, pose de cathéter, pansements, sondages...). Les situations évoquées dans mon constat résultent d'acte de soin différents mais amènent toutes les trois à un même questionnement.

L'enfant entre trois et six ans peut donc être hospitalisé pour une pathologie aigue ou chronique ce qui va avoir un impact sur son ressenti et sa manière d'être. En effet, les enfants hospitalisés pour une cause aigue font face à l'inconnu, la méconnaissance de l'environnement hospitalier peut provoquer des angoisses chez ces enfants. De plus, les enfants atteints par une pathologie chronique qui nécessite un suivi vont avoir la trace des événements passés c'est à dire qu'ils vont garder en mémoire ce qui s'est déroulés pendant les hospitalisations précédentes. C'est pour cela que, peu importe la cause pour laquelle ces enfants sont hospitalisés, l'explication est primordiale pour qu'ils puissent comprendre et faire face à la situation en mobilisant leurs ressources.

La puéricultrice va agir en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire constituée de médecins pédiatres, d'internes en pédiatrie, de cadres de santé (puéricultrices le plus souvent), d'infirmières et d'auxiliaires de puériculture (parfois aides-soignants). D'autres acteurs médicaux et paramédicaux peuvent intervenir ponctuellement tels que les masseurs kinésithérapeutes, les pédopsychiatres, les psychologues, les diététiciennes ainsi que les assistantes sociales. L'ampleur et la diversité des professionnels de santé nous montre qu'il est possible d'interagir avec un grand nombre d'experts et même indispensable de travailler en équipe pour pouvoir répondre aux besoins de l'enfant hospitalisé en pédiatrie quelque soit la situation rencontrée.

Le rôle de la puéricultrice en service de pédiatrie générale va être d'accompagner l'enfant et sa famille pendant toute la durée de l'hospitalisation en tenant compte du rythme,

des capacités et du développement de l'enfant. Les soins rencontrés vont être diverses suivant la pathologie rencontrée et l'âge de l'enfant pris en soin. La complexité de ce service dit général va résider dans le rôle de la puéricultrice qui va donc devoir s'adapter en permanence. Les entretiens d'aide, ainsi que les entretiens thérapeutiques, les soins d'hygiène et de confort, la mesure des paramètres vitaux, la surveillance thérapeutique, les prélèvements, les préparations, les injections peuvent faire parti des actes pouvant être effectués par la puéricultrice. Tous ces actes pouvant amener à des situations semblables à celles évoquées dans mon constat. La réalisation des soins sur rôle propre et sur prescription médicale s'effectue dans le but d'un transfert dans un service spécialisé ou d'un retour à domicile le plus souvent.

Après avoir étayé le rôle de la puéricultrice puis plus précisément le fonctionnement de la pédiatrie ainsi que l'activité de celle-ci au sein de ce service, il est nécessaire de connaître la législation autour de l'enfant hospitalisé afin de lui reconnaître ses droits et par conséquent les différents devoirs de la puéricultrice.

3.2.3 La législation autour de l'enfant hospitalisé

Il est important de savoir que différents écrits existent en matière d'hospitalisation des mineurs qui permettent de poser un cadre à la pratique. Tout d'abord, un point sur les définitions de ces textes va être abordé afin de comprendre leur sens et la nécessité de leur mise en place.

L'association pour les enfants malades ou hospitalisés "sparadrap" a défini les différents termes que sont la loi, la circulaire et la charte. La loi est désignée comme étant *"une règle juridique générale et suprême conforme à la constitution"*¹⁰ devant suivre les traités internationaux et les directives européennes. La constitution étant la règle la plus élevée de l'ordre juridique, elle permet de définir et d'organiser les relations entre les différentes institutions composant l'Etat à travers un ensemble de textes juridiques. La circulaire va permettre aux autorités administratives d'informer leurs services à travers son élaboration lors de la parution d'un texte de loi ou d'un décret. Les agents vont devoir

¹⁰ SPARADRAP. Les droits de mon enfant soigné, hospitalisé [en ligne]. Mise à jour en septembre 2018, consulté en septembre 2018. Consultable sur : <https://www.sparadrap.org/parents/droits-de-lenfant-soigne-hospitalise/les-droits-de-mon-enfant-soigne-ou-hospitalise>

l'appliquer comme le serait une note de service. Celle-ci est une explication qui ne modifie pas les textes existants. Enfin, la charte est *"une convention établie sur des valeurs partagées, sur un code de relation et de vie en commun, qui explicite les droits et devoirs de chacun."*¹¹ Elle est en adéquation avec les lois et les règlements en vigueur mais n'a pas valeur de loi. Ce qui est intéressant à retenir est que la charte et la circulaire donnent des indications sur ce qui devrait être fait mais ne sont pas exigibles. D'un point de vue juridique, elles ne peuvent donc pas être obligatoires. L'ensemble de ces textes vont être mis en avant dans cette partie afin de comprendre le cadre juridique et réglementaire des droits des enfants hospitalisés.

Pour commencer, il est important de comprendre qu'outre les textes spécifiques à l'enfant hospitalisé, il existe des écrits concernant l'enfant et ses droits généraux. Plusieurs textes internationaux existent tels que la "Déclaration de Genève" du 26 septembre 1924 (Annexe 1) approfondie par la "Déclaration des droits de l'enfant" de 1959 (Annexe 2) et la "Convention Internationale des Droits de l'Enfant" (CIDE) de 1989. La Déclaration de Genève est le premier texte des droits de l'Homme qui soit spécifiquement relatif aux droits de l'enfant, cependant il est plus axé sur les devoirs de l'adulte envers l'enfant que sur les droits de ceux-ci. La CIDE est reconnue comme étant le premier texte international ayant identifié les moins de dix-huit ans avec des droits fondamentaux sociaux, économiques, civils, culturels et politiques. Cette convention est composée de cinquante quatre articles reprenant différents droits notamment celui d'*"être soigné, protégé des maladies, d'avoir une alimentation suffisante et équilibrée"*¹². De plus, quatre principes fondamentaux sont évoqués : la non-discrimination, l'intérêt supérieur de l'enfant, le droit de vivre, survivre, se développer ainsi que le respect de ses opinions. A mon sens, ces quatre principes sont essentiels à la prise en soin des enfants. La mise en œuvre de cette convention étant contrôlée par le comité des droits de l'enfant des nations unies. De plus, des lois non spécifiques à l'enfant mais pour les personnes hospitalisées leur sont applicables. En effet, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé explicite les droits de la personne avec notamment le droit à sa dignité et de bénéficier des soins les mieux adaptés possibles. Il est nécessaire de relever que l'ensemble de ces écrits est applicable également aux enfants de trois à six ans. En effet chaque enfant a le droit au respect de sa personne et de ces principes quelque soit son âge.

¹¹ Ibid

¹² Nations Unies. MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES. Convention des droits de l'enfant du 20 novembre 1989.

Disponible sur : https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Conv_Droit_Enfant.pdf

La charte de l'enfant hospitalisé de 1988 mise en place par plusieurs associations européennes à Leiden se présente sous forme de dix commandements (Annexe 3). Le premier évoque les modalités d'hospitalisation de l'enfant. En effet, l'hospitalisation de l'enfant doit se faire que si il y a nécessité de soins hospitaliers. De plus, la présence ainsi que l'intégration des parents dans les soins est abordée. En ce sens, l'article 20 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 met en place une allocation de présence parentale. Plus précisément, la circulaire du 23 novembre 1998 permet de définir le régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie. Dans cette circulaire il est dit que *"le personnel soignant doit être particulièrement attentif aux remarques formulées par l'entourage de l'enfant hospitalisé, notamment en ce qui concerne le comportement de l'enfant et toute attitude de sa part qui pourrait traduire une douleur physique. Enfin, je vous rappelle que le consentement de l'enfant hospitalisé, lorsqu'il peut l'exprimer, doit être recherché pour tous les examens et actes médicaux pratiqués"*¹³. Si j'ai relevé cette partie principalement c'est qu'il est indiqué que le comportement de l'enfant ainsi que le consentement de l'enfant doit être recherché et pris en compte. En effet, dans les situations rencontrées c'est le comportement de l'enfant et le non consentement qui a induit des méthodes d'intervention de plusieurs professionnels d'où l'intérêt de les reconnaître pour pouvoir agir de manière différente et adaptée à l'enfant de trois à six ans. Outre ces différents aspects, le droit d'information des parents et des enfants, la prise en charge de la douleur sont autant de points clés de la prise en soin. L'intégration des enfants en service pédiatrique dans un environnement favorable à leur développement et répondant à leurs différents besoins (affectifs, physiques, éducatifs) est évoquée. Pour finir, l'intimité doit être respectée ainsi que l'organisation du service et des professionnels de santé doit être efficiente afin de favoriser la continuité des soins. Tous ces points définissent une base dans la prise en soin des enfants hospitalisés et ont été influencés par la circulaire du 1er aout 1983 relative à l'hospitalisation des enfants. Il est donc primordial de les respecter en service de pédiatrie générale afin que la prise en charge soit la plus optimale possible.

En effet, il existe une multitude d'écrits concernant l'enfant et l'hospitalisation de celui-ci (la certification des établissements de santé, le soulagement de la douleur, etc..). Cependant, les différents textes énoncés ci-dessus nous permettent déjà de comprendre que l'enfant a

¹³ France. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire n° DH/EO3/98/688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_11219.pdf

différents droits et plus précisément des droits lorsqu'il est hospitalisé. Il est donc du devoir de tous les professionnels de santé et notamment de la puéricultrice de faire respecter ceux-ci. Bien que la charte de l'enfant hospitalisé ne soit pas exigible devant la loi, elle a été initiée en s'appuyant sur des textes réglementaires et sert de pilier dans la prise en soin de l'enfant en milieu hospitalier. De ce fait, il est nécessaire de connaître cette charte pour exercer en service de pédiatrie générale afin de respecter la bonne mise en œuvre des dix principes énoncés dans cette dernière.

La puéricultrice est régie par un cadre législatif reprenant ses compétences afin d'établir son rôle mais aussi ses activités suivant son secteur d'exercice. Les enfants pris en soin par celle-ci possèdent eux aussi un cadre juridique par l'intermédiaire de leurs droits pouvant être généraux ou plus spécifiques par exemple en structure hospitalière. Toute cette législation est mise en place grâce à des écrits, certains ayant été explicités ci-dessus mais qu'en est-il des représentations de l'enfant hospitalisé?

3.2.4 Les représentations autour de l'enfant hospitalisé

L'enfant hospitalisé peut être défini par la législation qui l'encadre mais aussi par les différentes représentations dont il est entouré que ce soit par les professionnels le prenant en soin que par la société d'un point de vue plus général.

L'enfant malade est souvent représenté comme un objet de sollicitude et de compassion du fait de la non normalisation dans la société de l'enfant confronté à une maladie pouvant potentiellement entraîner sa mort. En effet, dans l'esprit d'une majorité de la société l'enfant et l'hospitalisation ne devraient pas se côtoyer. R Brunod, pédopsychiatre (1999) explique que l'hôpital est corrélé à une crainte de la maladie, de la souffrance, de la mort qui n'est que difficilement possible d'humaniser surtout lorsqu'il s'agit d'enfant. Cela peut être apparenté à la difficulté d'accepter notre propre mort et d'autant plus celle de nos enfants, celle-ci étant incompatible avec l'idée de l'enfance. Cette période étant généralement caractérisée par une innocence, une multitude d'acquisitions et de découvertes. On peut noter qu'il existe une vision de paradoxe mais aussi de paradigme à travers le fait que l'enfant hospitalisé soit un condensé de l'enfant à travers l'intensification des concepts de dépendance

et de vulnérabilité. Le psychanalyste D. Brun (1993) exprime que l'enfant malade est tiraillé entre deux processus: la maladie et la dépendance. Ce phénomène est contradictoire en ce sens que la maladie implique en quelque sorte le monde adulte à travers l'acquisition d'un "savoir" humain qu'est la confrontation à la mort contrairement à la dépendance forcée qui implique une régression. De ce fait, une altérité de l'enfant malade par rapport aux autres enfants de son âge mais aussi de ses parents va se mettre en place. Les psychanalystes F. Bouras et F. Delain (1987) englobent cette dernière à l'ensemble des adultes, l'enfant étant déjà mystérieux pour l'adulte, il le sera d'avantage avec la conjonction de la maladie, il devient plus fascinant. En 1950, il est exprimé que l'altérité pourrait être durable et notamment par l'acquisition de traumatismes potentiels et des séquelles psychologiques. J. Douglas en 1975 valide de manière empirique cette altérité durable avec le suivi longitudinal d'enfants hospitalisés entre 1946 et 1951 en Angleterre. Il met en corrélation l'hospitalisation dans la prime enfance et les perturbations du comportement à l'adolescence pour des enfants admis plus de sept jours ou avec des admissions répétées avant cinq ans (entre six mois et quatre ans). Des troubles du comportement et des difficultés de lecture sont constatées dans l'adolescence. Il est découvert que les enfants hospitalisés précocement ont plus de troubles hors école (délinquances, changent plus souvent d'emploi). Cependant les articles plus contemporains relativisent en indiquant que la maladie ne remet pas en question l'identité de l'enfant. Dans les années 1990, le psychiatre A Danion-Grillat, indique que l'enfant est plutôt confronté à une nouvelle identité plus protégée et plus malmenée avec un avenir incertain. Néanmoins P. Canouï et G. Simon expliquent en 2001 qu'il existe une spécificité chez l'enfant porteur d'une pathologie chronique ayant des troubles du jeune enfant qui n'est pas présente chez ceux qui n'en sont pas porteurs.

L'ensemble de ces références nous montre que l'enfant hospitalisé a donc une identité spécifique. Cependant, des efforts pour réduire cette altérité passe à travers l'humanisation des services pédiatriques (présence des parents, prise en compte de la douleur, aménagement des services). Cette humanisation permet l'acquisition progressive de l'autonomie, l'épanouissement personnel de l'enfant, le développement de sa personnalité. L'ensemble de ces principes étant présents chez les enfants qui ne sont pas hospitalisés. En effet, l'accueil de l'enfant à l'hôpital est plutôt vu comme un passage alors qu'il s'agit d'une continuité. Pourtant, un paradoxe persiste puisque l'hôpital essaie de créer un devenir identique ou du moins un environnement favorisant l'égalité entre les enfants hospitalisés et le développement de l'enfant non hospitalisé mais dans des conditions bien différentes.

Une autre représentation de l'enfant hospitalisé peut se faire à travers les médias. En effet, la vision de l'hospitalisation qui est diffusée à la majorité de la société est destinée à la satisfaction de notre besoin d'émotion. De ce fait, il s'agit souvent de pathologies extrêmement graves alors qu'en réalité la majorité des hospitalisations sont souvent des situations banales (diarrhées, asthme..). Ce sont ces situations que l'on peut retrouver en service de pédiatrie générale où les enfants ne peuvent être hospitalisés que quelques jours pour des pathologies pouvant être résolues au bout d'un court séjour seulement. Paradoxalement, cette image permet de dramatiser les situations en se focalisant sur la maladie plus que sur l'enfant. De plus, cela nous rassure par la visualisation des ressources de l'enfant. Les maladies graves vont fasciner, l'enfant est alors perçu comme un combattant, un héros, qui nous donne une leçon de courage, c'est un renversement des perspectives, l'enfant serait un héros qui n'aurait donc plus besoin d'être accueilli. Mais il ne faut pas oublier la réalité qui est que le temps de l'enfant hospitalisé est vide si il n'existe pas de maintien de ses liens et de poursuite de ses activités en lien avec son développement. De plus, les images de pathologies lourdes sont plus présentes alors que les hospitalisations brèves telles que celles de pédiatrie générale amènent à plus de séquelles psychologiques. Ce phénomène pourrait s'expliquer en se centrant sur la pathologie bénigne à défaut de porter une attention particulière à la psychologie de l'enfant. Il est donc aussi important de préciser que la prise en charge sur le versant physique, psychique et social de la maladie nécessite une pluridisciplinarité.

La description de ses représentations permet de savoir qu'elles existent dans la société mais que certaines pourraient être délétères dans l'exercice en service de pédiatrie générale. Forcé de constater que reconnaître l'enfant en tant qu'être et non pas uniquement à travers sa pathologie afin de prendre en compte toutes les composantes qui le définissent, fait parti du rôle de la puéricultrice. L'enfant se définit à travers la personne qu'il est et non pas à travers sa pathologie ou le soin qui lui est prodigué. Afin de comprendre la personne qu'il est, il est essentiel de connaître ses différentes composantes qui sont en lien avec son stade de développement et qui vont expliquer qu'il puisse s'opposer à un soin.

3.3 Le refus de soin

Dans les situations citées dans mon constat, ce sont les interactions entre l'équipe soignante et l'enfant qui m'ont interpellées. En effet, ce dernier semble exprimer un refus à

travers ses mouvements de retrait et ses agitations. L'ensemble des réactions de l'enfant entraîne alors une contention de la part des soignants dans le but de réaliser le soin. Je souhaiterais donc aborder dans cette partie les différents mécanismes mis en œuvre dans les situations amenant à ce geste de maintien de l'enfant.

3.3.1 La notion de refus de soin chez l'enfant

Pour commencer, il me semble souhaitable de définir la notion de refus de soin chez l'enfant afin d'identifier si il s'agit bien d'un refus dans mes situations et de comprendre en quoi il est différent de celui de l'adulte.

Afin de comprendre le refus de soin de l'enfant de trois à six ans, il est important de se référer à son développement. En effet, Jean Piaget, psychologue du 20^{ème} siècle, travaillant sur l'intelligence infantile a décrit différents stades d'acquisition. L'enfant de deux à sept ans se trouve dans le stade préopératoire, ce dernier étant caractérisé par l'avènement du langage. L'enfant opère des rapprochements mais rencontre des difficultés de manipulation des concepts abstraits. La complexité dans la notion de consentement et que celui-ci réside dans un procédé de rencontre entre la capacité de discernement de l'enfant et une information loyale, claire et appropriée. Le consentement et donc le refus de soin (différent du refus d'un soin spécifique) qui s'y attache ne peuvent donc être acceptables qu'en présence de ces deux éléments. De cette manière, on ne parle pas de refus de soin chez les enfants puisque celui-ci est basé sur un soin. En effet, il ne s'agit pas de l'expression d'un refus de prendre soin mais du non consentement d'une technique diagnostique ou thérapeutique spécifique. Le refus dans ce cas est alors exprimé suite à une contrainte pour le bien de l'enfant. Pour lui, l'aiguille est différente du soin, elle va être interprétée comme une menace et non comme un élément nécessaire à sa prise en soin. L'agitation perçue comme une tentative de fuite va alors traduire sa réaction face à cette menace.

De plus, il est important de noter que le refus engage la communication avec le soignant et notamment avec la puéricultrice qui va pratiquer le soin. Ce dernier est une invitation au dialogue et notamment à travers la négociation. La négociation implique de prendre en compte la vision de l'autre pour trouver un terrain d'entente. Le but étant de trouver un accord répondant aux intérêts de chacun. C'est un échange entre le soignant et le soigné et

donc entre la puéricultrice et l'enfant. Ce temps est essentiel et permet à l'enfant d'être rassuré. Prendre le temps d'expliquer le soin, peu importe le niveau de compréhension de l'enfant, qu'il ait trois ans ou six ans pour permettre cet échange est donc nécessaire. De plus la distraction, la création d'une ambiance apaisante peuvent répondre au refus de l'enfant en l'amenant au dialogue.

En pratique cependant la capacité de raisonnement de l'enfant est surtout remise en question lorsqu'il refuse de se soigner. Un jugement de l'enfant peut alors se mettre en place. Il peut être perçu comme ayant une double disqualification due à son statut d'enfant se définissant par son immaturité cognitive et son manque de connaissances médicales. Puisque l'enfant entre trois et six ans ne possède pas la capacité de discernement de celle de l'adulte on ne peut lui demander de consentir au soin de la même manière que celui-ci. Malgré ce principe, il peut arriver que tous les moyens pour dispenser correctement un soin soient utilisés en réponse à son opposition, sa colère ou sa crainte. La résistance de l'enfant peut alors entraîner un surcroît de son agitation, de mouvements désordonnés pouvant aboutir à une contention.

3.3.2 La contention

Dans mon constat, ce sont les réactions exprimées par l'enfant qui ont amené à la contention de ce dernier. Afin de comprendre la mise en place de cette manœuvre, il est important de l'identifier et d'en connaître les différents buts.

Le Larousse définit la contention comme étant un procédé qui permet l'immobilisation d'un membre et ainsi la sécurité du patient." La contention entrave donc la mobilité de l'enfant. Il existe différents types de contention : la contention physique (ou manuelle) qui est le recours à la force physique, mécanique qui utilise des moyens qui ne sont pas humains (vêtements), psychologique faisant appel à l'attitude et aux ordres empêchant le patient de bouger, architecturale faisant référence à la structure (fermer une chambre à clé) et la contention pharmacologique (sédatifs, psychotropes). Dans le domaine de la pédiatrie, les contentions sont le plus souvent physiques ou mécaniques et parfois psychologiques. L'audit réalisé en 2009 à l'hôpital Trousseau de Paris sur l'utilisation de la contention a défini différents niveaux de contention allant du niveau zéro qui n'inclut pas de contention avec un enfant calme et détendu jusqu'au niveau quatre faisant référence à une contention très forte

avec le maintien d'une ou de plusieurs parties du corps par différentes personnes entraînant une réaction de retrait et une agitation importante de l'enfant qui se débat (Annexe 4). En absence de législation sur la contention spécifique à la pédiatrie, cette classification par "degré" de contention physique validée par des mises en situation sur le terrain, me semble être la plus appropriée en reflétant ainsi la pratique en milieu pédiatrique.

L'agitation, le retrait et le refus font partis des éléments qui peuvent inaugurer la contention. Dans mes situations, cette dernière a été engendrée dans le but de réaliser le soin nécessaire à la santé de l'enfant. La mise en œuvre de cette méthode serait alors d'éviter un danger identifié comme une non réalisation des besoins de l'enfant dans le but de maintenir sa santé. Nous avons vu dans la partie sur les représentations de l'enfant hospitalisé que la maladie grave fascine et que le danger serait de s'intéresser plus à la pathologie de l'enfant qu'à ce dernier. Il en va de même pour les soins. En effet, au plus le soin est technique, au plus la vie de l'enfant est au cœur de l'action et non l'enfant lui-même. C'est-à-dire que le soignant voudrait réaliser le soin dans le but d'être utile à la santé de l'enfant, au maintien de sa vie plutôt qu'au bien-être de l'enfant dans sa globalité. De plus, il existe un pouvoir suprême de la médecine dans tous les domaines même quand l'enfant est bien portant. Le soignant et dans les situations, la puéricultrice agit par bonne intention mais aussi par devoir de réaliser la prescription médicale. Le soignant oublie en quelque sorte l'enfant pour se focaliser sur la technique car l'affectif pourrait faire obstacle à la bonne réalisation du traitement. Dans cette dimension, le soignant pourrait alors utiliser tous les moyens pour arriver à ses fins. Le soignant inquiet se raccroche au fait de guérir l'enfant pour être à l'aise. L'inquiétude est un mouvement constant avec des sollicitations imperceptibles à la recherche d'une stabilité. La contention peut être vue comme la stabilité du corps afin de pouvoir agir dessus. La norme, pouvant être perçue comme l'immobilité de l'enfant lors d'un soin technique, permettant la stabilisation. Cette dernière va pouvoir être perceptible plus la maîtrise du geste sera importante. De ce fait, la place de la relation à l'enfant sera amplifiée. Cependant, des professionnels plus expérimentés peuvent aussi avoir recours à la contention comme moyen de stabilisation lorsque les gestes de l'enfant deviennent trop importants, ne permettant pas la réalisation du soin. Il est important de comprendre qu'il existe dans la contention un décalage entre le geste et les paroles, relatif au décalage entre le geste et l'intention.

Bien que la contention puisse utiliser la force elle est différente de la violence. En effet, la violence est violatrice des droits de la personne contrairement à la force. La violence

pourrait être décrite comme le mal dans la force. Le contraire de celle-ci est le respect. La contention est donc effectuée dans le respect de l'enfant. Cependant, la nuance n'est pas faite par l'enfant de trois à six ans qui vit la contention comme une violence et donc comme un non respect de lui-même et de ses choix. De plus, la perception du temps continu se faisant qu'à partir de six ans, il s'agit d'une "*permanence suspensive*"¹⁴ pour l'enfant, c'est-à-dire qu'il n'a pas la notion du temps ce qui l'amène à penser que le soin est interminable. En outre, le lieu de l'hôpital peut lui être inconnu et les bruits différents de ceux qu'il connaît peuvent laisser peu de place à son imagination et donc amplifier son inquiétude. Le soignant devient alors sourd au refus de l'enfant. L'équipe soignante pouvant utiliser des phrases qui paraissent rassurantes pour l'enfant comme "tout va bien se passer" ou "c'est pour ton bien". Ce mécanisme est décrit par Mme Lombard comme une "*cécité empathique transitoire du soignant*"¹⁵ désignant le refus inaudible de l'enfant. Le soignant a son regard fixé sur une partie du corps, ceci permettant d'éviter le regard de l'enfant. L'échange de regard permettrait la réponse au regard de détresse de l'enfant. En effet, regarder quelqu'un renvoie à notre propre image. En d'autres termes, la focalisation sur une partie de l'enfant permet d'éviter de voir ce que le soin engendre chez l'enfant. Le risque est que la rencontre entre l'enfant et le soignant lors du soin ne se fasse pas puisque l'on soigne un corps et non plus une personne. Le regard sur l'enfant s'échappe au moment où la main s'approche de celui-ci.

Dans la contention se met en jeu le choc des agressivités du soignant et de l'enfant ce qui implique une rencontre mais biaisée. Il s'agit d'une rencontre obligée non spontanée incontrôlable lors du soin. L'enfant et le soignant ont à leur tour une position supérieure d'agir et une position inférieure de soumission. En effet, quand l'enfant se débat c'est le soignant qui est en difficulté pour réaliser le soin et la contention permet au soignant d'agir en maintenant l'enfant. Le soignant s'approche alors que l'enfant cherche à s'éloigner de ce qu'il ressent comme un danger. La contention ne permet donc pas la représentation de l'autre et l'intersubjectivité. Il n'existe plus de différence entre le soignant et l'enfant.

¹⁴ LOMBARD, Bénédicte. *Les soins en pédiatrie: faire face au refus de l'enfant, repères éthiques pour une posture soignante fondée sur la prudence*. 1ère éd. Paris : Seli Arslan, 2016. 222p. (Penser Actions) ISBN 978-2-84276-223-0

¹⁵ LOMBARD, Bénédicte. *Les soins en pédiatrie: faire face au refus de l'enfant, repères éthiques pour une posture soignante fondée sur la prudence*. 1ère éd. Paris : Seli Arslan, 2016. 222p. (Penser Actions) ISBN 978-2-84276-223-0

La contention pose la question au soignant de sa posture empathique. L'empathie est un commerce réciproque, c'est la reconnaissance et la compréhension du ressenti de l'autre. L'enfant et le soignant sont reliés par le soin, les mouvements de l'un engagent ceux de l'autre. L'empathie fluctue suivant les circonstances et les interactions. Il existe une double contrainte pour le soignant qui doit être empathique et réaliser la prescription. Le geste technique va faire recourir le soignant à un délaissement de l'empathie pour réaliser le soin. Comme nous avons vu précédemment, l'enfant lui est dans le présent alors que le soignant est déjà dans l'après du fait de la différence de temporalité. Il existe une occultation de la représentation de l'enfant lors de la contention et de la perception de lui-même. Le soignant occulte l'empathie pour l'action, il voit au-delà de l'enfant pour son avenir à travers la "*cécité empathique transitoire*".¹⁶ La perception du soin peut être trompée par la technicité du geste. La technicité va différencier le soin et la prise en soin. De plus, l'enfant va interpréter différemment le soin selon son stade de développement. Par exemple, l'enfant de trois, quatre ans sera dans l'incapacité de comprendre le but de la sonde. Les réactions seront fluctuantes en fonction de ce qu'il ressent affectivement et non rationnellement. Il est donc primordial pour la puéricultrice de comprendre les réactions de l'enfant et de ne pas les interpréter comme un caprice. Effectivement l'enfant ressent ce qu'il se passe, bien qu'il ne rationalise pas comme l'adulte.

La contention vient au service de la réalisation d'un soin, c'est une technique. Cependant, il me semble que la prise en soin est différente de faire un soin. De plus, l'essence de la technique ne peut pas se dissocier de l'action de l'Homme qui met en place la contention. Elle doit être réfléchie mais répond à une exigence de technique médicale plus qu'à un choix éclairé de l'esprit. Avec la contention, l'enfant devient objet de soin. La contention ne produit rien en soi mais participe à l'action. Il me semble donc important d'utiliser la prudence pour questionner les moyens et les fins. De plus, la contention est souvent décrite comme étant nécessaire pour le bien de l'enfant. Cependant, le "bien agir" reflète le fait d'agir au mieux, mais faire ce qui est bon pour la santé de l'enfant n'est pas forcément bon pour l'enfant lui-même. Il existe une interdépendance de l'enfant au soignant, c'est le soignant qui travaille

¹⁶ LOMBARD, Bénédicte. *Les soins en pédiatrie: faire face au refus de l'enfant, repères éthiques pour une posture soignante fondée sur la prudence*. 1ère éd. Paris : Seli Arslan, 2016. 222p. (Penser Actions) ISBN 978-2-84276-223-0

avec l'enfant. Il serait important d'abandonner son regard adulto-centré pour rentrer dans l'univers de l'enfant et ainsi le comprendre en étant au diapason de son mouvement.

Dans mes situations, la contention a été le premier moyen mis en place pour répondre à la prescription médicale. Cependant, il me paraît essentiel avant toute chose de reconnaître et d'accueillir les émotions de l'enfant afin de pouvoir l'impliquer dans sa prise en soin et ainsi lui éviter une technique qui pourrait lui paraître violente et entraîner chez lui un stress intense. De ce fait, il est important de connaître les émotions de l'enfant et le rôle de la puéricultrice face à celles-ci.

3.3.3 Les émotions

Nous venons d'évoquer précédemment la contention pouvant être utilisée lors de réactions exprimées par l'enfant dans le but d'effectuer un soin. Cette technique est donc réalisée en réponse à l'expression des émotions de l'enfant dans un contexte particulier d'hospitalisation. Il s'agit donc ici d'identifier le rôle des émotions afin de comprendre comment la puéricultrice peut y répondre.

Les émotions jouent un rôle dans la construction. Wallon exprime le rôle central des émotions dans le développement à travers leur expression, leur compréhension et leur régulation. Nadel définit l'émotion par l' "*expression d'une pression*"¹⁷ entraînant la survie physique et psychologique. Il est donc impératif pour l'enfant d'exprimer son émotion pour sa santé. Réprimer son expression pourrait nuire à la santé de l'enfant. L'émotion est l'éveil de la conscience de soi, utile lorsque les moyens supérieurs de communication font défaut suivant les circonstances. De plus, l'émotion est contagieuse, c'est-à-dire qu'elle peut se transmettre d'une personne à une autre. Il est important de prendre en compte ce point et notamment pour la puéricultrice. En effet, le fait de contenir l'enfant peut provoquer chez lui une émotion qui ne pourra pas être exprimée verbalement ou du moins qui ne sera pas entendue par le soignant et de ce fait un accroissement de son émotion pourrait atteindre la puéricultrice. Inversement, l'enfant est un buvard, une éponge, il est donc important pour le professionnel d'être à l'aise dans la prise en soin de l'enfant afin de ne pas lui communiquer un stress. De plus, le développement permet une modification du registre émotionnel. Les

¹⁷FILLIOZAT, Isabelle. *Au cœur des émotions de l'enfant*. Paris :Marabout, 2013. 322p. (Enfant-Education) ISBN 978-2-501-08449-9

émotions sont la base génétique indispensable pour l'adaptation. Elles permettent la compréhension de soi et d'autrui et se complexifient avec l'âge. Les émotions ont donc un rôle adaptatif bien qu'elles peuvent être réprimées si elles ne sont pas acceptées par la société.

Il est important de noter que les caprices chez les enfants bien qu'ils aient de trois à six ans n'existent pas, il s'agit de l'expression d'une émotion. C'est une peur naturelle qui a besoin d'être exprimée. Le fait d'en parler permet de gérer son émotion, de se rassurer. Le rôle de la puéricultrice va donc être de reconnaître l'émotion de l'enfant afin de lui faire verbaliser et ainsi le rassurer. La verbalisation de l'enfant à partir de trois ans est possible mais ne sera pas la même que celle à six ans. En effet, comme nous l'avons évoqué précédemment dans le développement de l'enfant, son langage ne sera pas optimal à trois ans et il ne comprendra pas l'intégralité du discours. C'est en ce sens que la puéricultrice doit s'adapter en se mettant à la hauteur de l'enfant avec un vocabulaire adapté et simplifié. L'expression de la colère de l'enfant est primordiale pour ne pas qu'il se replie. La colère de l'enfant pouvant être exprimée à l'approche d'un soin qu'il ne souhaite pas recevoir peu importe la raison doit donc être entendue et comprise par le soignant pour une prise en soin optimum. Il ne s'agit pas de satisfaire obligatoirement le besoin mais d'écouter et d'entendre le besoin, la colère qui est une réaction physiologique. L'écoute, le respect, l'empathie peuvent être les réponses. Inversement, la joie doit être valorisée, encouragée pour en dégager une fierté pour l'enfant. Le rire soulage la souffrance, détend et soutient la guérison en aidant les enfants à rêver, à imaginer. Le rire n'est pas juste un plaisir mais un réflexe de santé physique et psychologique lequel libère les tensions. L'imagination de l'enfant peut donc être utilisée par la puéricultrice pour introduire un soin. La distraction faisant appel aux ressources de celui-ci pour qu'il puisse faire face au soin peut être un moyen pour ne pas que son émotion l'envahisse. Mais il ne faut pas omettre que les pleurs aussi peuvent être aidants, il est important de les écouter. En effet, l'enfant a droit de dire qu'il a mal, il faut donc l'accompagner en écoutant ses affects. Il existe une diversité d'émotions pouvant être exprimée, chacune devant être prise en compte.

Dans cette partie sur les émotions, nous pouvons aisément comprendre que l'expression des émotions est nécessaire à la santé et au développement de l'enfant. Il est donc essentiel pour la puéricultrice d'en prendre conscience et de les écouter afin que l'enfant puisse relâcher une certaine pression et ainsi éviter son surcroît. Cependant, la contention qui permet aux soignants de réaliser un soin n'est pas forcément adaptée à l'écoute de ses émotions puisqu'elle est centrée sur le corps de l'enfant et non pas sur l'enfant lui-même. Il serait donc

intéressant de définir l'accompagnement pour comprendre son but dans la gestion des émotions de l'enfant.

3.3.4 L'accompagnement

L'accompagnement serait donc un moyen dans la gestion des émotions de l'enfant afin de ne pas avoir recours à la contention. Il est donc important de comprendre en quoi consiste l'accompagnement pour que la puéricultrice puisse l'adapter aux émotions de l'enfant.

Nous pouvons tout d'abord nous attarder sur ce à quoi touche l'accompagnement. En effet, il peut être d'ordre social, concerner l'éducation, le savoir-faire ou le savoir-être. Cette notion est importante dans le fait que l'accompagnement est global et peut concerner une personne dans l'ensemble de ce qu'elle est. Dans le métier de soignant, il est l'affaire du professionnel vis-à-vis du public qu'il accueille il met donc en jeu la puéricultrice et l'enfant pris en soin. L'accompagnement permet de "faire cheminer" ou de "cheminer avec". C'est-à-dire qu'il s'agit d'une relation d'égal à égal. Le soignant possède des connaissances, des savoirs-être, des savoirs-faires et il en est de même pour l'enfant qui des capacités, des compétences et des ressources qu'il est important de reconnaître et de mobiliser. La relation d'accompagnement renvoie à la manière "d'être à l'autre". La posture du soignant va donc être fondamentale pour pouvoir accompagner l'enfant. Une démarche d'accompagnement est centrée sur la personne, il faudra donc prendre l'enfant dans sa complexité et dans sa particularité et s'y adapter de manière singulière et particulière. Pour l'enfant de trois à six ans il est donc important de comprendre qu'il est au centre de la prise en soin peu importe son âge et qu'il est donc indispensable que la puéricultrice s'adapte en sortant de sa vision en tant qu'adulte pour pouvoir comprendre l'enfant et les réactions et émotions qu'il émet et dont il est constitué. L'accompagnement nécessite de "faire avec" mais pas "à la place de". Il est donc important de favoriser un climat propice à la mobilisation des ressources de l'enfant spécifiques à son développement d'enfant entre trois et six ans. De cette manière, l'accompagnement se retrouve dans la relation d'aide. Accompagner est donc une action, un mouvement qui inclut un partage entre l'enfant pris en soin et la puéricultrice. Cette dernière se doit donc d'être aussi authentique que l'enfant qu'elle prend en soin.

A travers ces différentes notions, il est important de noter que la puéricultrice va être amené à rechercher la raison réelle de l'émotion pour pouvoir l'accompagner, cette dernière permettant d'attirer l'attention sur les besoins de l'enfant. Il est donc du rôle de la puéricultrice

d'accompagner cette émotion pour participer au bien-être de l'enfant. Les étapes dans l'accompagnement de l'émotion étant le respect de celle-ci, l'écoute, l'acceptation et la compréhension. Mais aussi dédramatiser, chercher les ressources intérieures et extérieures de l'enfant, l'aider à libérer son énergie et satisfaire son besoin d'information permettant ainsi d'élaborer différentes réponses possibles face à la peur ou à l'angoisse exprimée face au soin.

4 Analyse du cadre théorique

A la suite de mon constat reprenant trois situations vécues en pédiatrie générale m'ayant interpellées, j'ai élaboré un cadre théorique reprenant différents contextes et concepts faisant écho à mon questionnement de départ centré sur l'accompagnement de la puéricultrice lors d'un refus de soin de l'enfant de trois à six ans en service de pédiatrie générale. Pour cela, j'ai souhaité commencer par travailler sur trois éléments fondamentaux de mon constat qui sont l'enfant de trois à six ans, la puéricultrice ainsi que le refus de soin. Au fil de mes recherches basées sur mon contexte, plusieurs concepts en sont ressortis tels que la communication, la contention, les émotions et l'accompagnement. En effet, j'ai fait le choix de ne pas cliver une première partie sur le contexte et une seconde sur les concepts afin de pouvoir faire le lien entre les différents éléments de mes recherches et garder une chronologie qui me semblait plus pertinente.

Dans un premier temps, j'ai souhaité commencer par l'enfant de trois à six ans afin d'en connaître son développement et de ce fait relever ses spécificités, lesquelles étant prédominantes dans mon constat et donc dans le déroulé de mon cadre théorique. En effet, chacune des notions relevées lors de mes recherches devant être reliée aux caractéristiques de cette population. Mes données relatives au développement psychomoteur m'ont permis de mettre en évidence les acquisitions progressives des enfants de trois à six ans et de comprendre que leurs réactions physiques étaient volontaires et liées à leurs expériences. Il en est donc ressorti que la motricité des enfants était corrélée à des mécanismes psychiques. Le second thème abordé dans cette population a donc été le développement psychologique me permettant d'en ressortir différents stades expliquant tel ou tel comportement. En effet, pour faire face au principe de réalité l'enfant va être dans le questionnement en attente de réponses pouvant être élaborées dans sa pensée magique à travers l'affectif et le ludique pour passer du magique au concret. De plus, le stress à ces âges peut provoquer une opposition pouvant être retrouvée dans les situations de soin. Il ne s'agit alors pas de violence mais d'un

rejet. L'enfant est dans une période de construction entre le bien et le mal il est donc important pour lui d'avoir de l'échange. Cet échange peut se faire grâce au principe de la socialisation. Le troisième développement évoqué a donc été celui faisant référence à l'affectif et au social. En effet, le besoin d'attachement du nouveau né persiste chez les enfants même après trois ans et c'est ce qui va lui permettre de se construire en tant qu'individu. Son histoire, les hospitalisations, le comportement des soignants, vont influencer le comportement de l'enfant. De plus, vers trois ans le stade du personnalisme provoque des crises de personnalité s'élaborant avec des refus permettant l'autonomisation de l'enfant. Tous ces mécanismes de socialisation permettant d'entrer en communication. L'ensemble de ces développements a fait ressortir le concept de communication à travers la communication verbale et non verbale. Le langage de l'enfant arrive bien avant trois ans. Vers 18 mois, l'enfant peut faire des modèles de phrases et ainsi se libérer du geste. Cependant, la maîtrise du langage oral ne se fait qu'à partir de 5 ans et demi et l'enfant peut rester dans la communication non verbale pour exprimer quelque chose si la parole n'a pas suffisamment reflété ce qu'il voulait exprimer. La communication non verbale doit donc être autant prise en compte que la communication verbale car les mimiques, les cris, les pleurs sont des moyens d'expression à part entière. L'ensemble de ces parties a donc permis de comprendre que l'enfant entre trois et six ans est en pleine construction qui explique différents comportements qui peuvent se retrouver dans mon constat.

Après avoir décrit le principal concerné dans les situations qui était l'enfant entre trois et six ans, j'ai souhaité parler du deuxième acteur étant directement relié à ces situations mais aussi à ce projet professionnel : la puéricultrice. Dans un premier temps, l'explication de son rôle à travers la législation et ses compétences a permis de souligner qu'elle devait s'assurer du bien-être de l'enfant en lien avec la connaissance de son développement, mais aussi de la mobilisation des ressources de celui-ci en s'adaptant à chacun d'entre eux. De plus, la pluridisciplinarité, la fiabilité de ses connaissances dans la transmission par rapport à ses pairs et ce travail de recherche entre dans le métier de puéricultrice. Ses domaines d'activité étant variés et diverses allant de structures accueillant des enfants de la naissance à l'adolescence, elle est fréquemment confrontée à des enfants de cette tranche d'âge et notamment en service de pédiatrie générale. Dans un second temps, l'explication du service a permis de mettre en avant son travail en pluridisciplinarité ainsi que la diversité des pathologies rencontrées et donc des soins prodigués. Les pathologies chroniques et aiguës pouvant expliquer le comportement de l'enfant par rapport aux soins. Dans la troisième sous partie il était

important de noter que les enfants présents dans ce genre de services ont des droits afin de les respecter. En effet, différents textes de lois permettent de garantir le droit des enfants et notamment lorsqu'ils sont hospitalisés et il est du devoir de la puéricultrice de les faire exécuter. Un environnement approprié, la présence des parents sont autant de point primordiaux dans la prise en soin des enfants. De plus, les enfants hospitalisés sont confrontés à des représentations dans la société, c'est ce que j'ai souhaité évoquer pour terminer cette deuxième partie sur la puéricultrice et les enfants qu'elle prenait en soin. Les maladies graves fascinent la société cependant il a été constaté que des séquelles psychologiques pouvaient apparaître lors de courts séjours en milieu de pédiatrie conventionnelle notamment du fait de prendre en soin la pathologie et non l'enfant avec tout ce dont il est constitué (son histoire, son vécu). Il est donc primordial pour la puéricultrice de prendre en soin l'enfant dans sa globalité pour le comprendre et l'accompagner lors d'un refus.

En dernière partie du cadre théorique, le refus de soin m'a permis de comprendre que l'enfant de trois à six ans ne pouvait pas exprimer un refus de soin du fait de son développement et d'une immaturité de sa capacité de discernement. Cependant, il exprime le refus d'un soin qui permet d'entrer en communication à travers le concept de négociation. C'est cette perception de refus, différente de celle de l'adulte qui peut conduire à la contention. Dans un second temps, le concept de contention m'a permis de comprendre qu'il en existait différents types mais notamment différents "degrés" en pédiatrie. La contention étant plus largement physique voire mécanique dans ces services. La notion de temporalité suspensive est alors mise en place, le temps n'étant pas perçu de la même manière chez l'enfant (interminable) que chez l'adulte effectuant le soin. La contention étant toujours pratiquée pour le soignant pour le bien agir celui-ci étant différent du bien de l'enfant. Une "cécité transitoire empathique" à travers le recul du concept d'empathie afin de pouvoir réaliser le soin peut alors se mettre en place lors de la contention. Il est important de relever que dans ce cas la reconnaissance des émotions de l'enfant est mise en suspens pour pratiquer le soin. En troisième sous-partie, mes recherches m'ont permis de comprendre que les émotions de l'enfant sont indispensables dans sa construction et qu'ils peuvent s'accroître si la compréhension du discours du soignant n'est pas totale. De plus, l'émotion est contagieuse, d'où l'importance de la posture du soignant pour ne pas provoquer un stress supplémentaire chez l'enfant. Ecouter les émotions est donc indispensable dans l'accompagnement de celle-ci. En effet, pour terminer le cadre théorique le concept d'accompagnement permet de mettre à égal distance l'enfant et le soignant. Chacun ayant des ressources à mobiliser. La relation

d'accompagnement entre le soignant et l'enfant permet alors de prendre en compte les émotions de l'enfant à travers sa complexité et sa particularité et ainsi de répondre à son besoin d'information.

L'analyse du cadre théorique m'a amené au choix de ma problématique et à la formulation de mon hypothèse. Etant donné que la contention intervient lors du refus de soin de l'enfant la problématique suivante se pose alors afin de prendre du recul sur sa pratique de la contention pour l'analyser et permettre d'interroger cette dernière de manière réflexive et ainsi agir avec prudence :

Quelle posture la puéricultrice peut-elle adopter dans sa pratique lui permettant de ne pas avoir recours à la contention lors d'un refus de soin chez l'enfant de trois à six ans en service de pédiatrie générale?

Cette contention pouvant être due à la non reconnaissance des émotions de l'enfant, j'é mets donc comme hypothèse :

L'accompagnement des émotions de l'enfant de trois à six ans par la puéricultrice permet d'éviter le recours à la contention lors de son hospitalisation en service de pédiatrie générale.

5 Entretiens

5.1 Réalisation des entretiens

Suite à l'élaboration de ma problématique, j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs dans le but d'affirmer ou d'infirmer mon hypothèse. En effet, reprenant des notions tels que le refus de soin, l'accompagnement et la contention, il me semblait judicieux d'utiliser un outil d'étude plus qualitatif que quantitatif et ainsi pouvoir observer la communication verbale mais aussi non verbale des professionnelles interrogées. Ces notions étant à mon sens assez subjectives puisque chaque professionnelle s'étant imprégnée de celles-ci à sa manière. En outre, la dimension sociologique de la contention avec ses représentations a appuyé d'autant plus mon choix sur cet outil.

De plus, l'entretien semi-directif m'a permis de réaliser une grille de sept questions ouvertes ayant chacune des objectifs permettant d'orienter mon discours et de faire le lien avec mon cadre théorique (Annexe 5). Celles-ci se référant toujours à l'enfant de trois à six

ans en service de pédiatrie générale. Afin de m'assurer de sa pertinence, j'ai pu réaliser deux entretiens exploratoires sur des infirmières. La première question concernant le parcours professionnel m'a permis de connaître l'expérience des enquêtées et ainsi de pouvoir analyser les réponses en fonction de leur ancienneté d'obtention du diplôme et d'exercice en pédiatrie. La seconde aborde le refus de soin ainsi que le rôle de la puéricultrice face à celui-ci. Mon interrogation suivante se précise d'autant plus sur l'accompagnement lors de ce refus qui est en lien direct avec mon quatrième questionnement se basant sur la place alors accordée à l'enfant.

Alors que les premières questions concernent le refus de soin avec son accompagnement par la professionnel, les suivantes soulèvent plus particulièrement la notion de contention. Ma cinquième question de recherche s'oriente vers la notion d'introduction de la contention et ainsi a permis aux professionnelles d'évoquer les différents types de contention. L'avant-dernière interrogation m'a aidé dans la concrétisation de la contention à travers des exemples de mises en situation. Le dernier sujet relève d'autant plus du domaine de la sociologie en laissant s'exprimer les professionnelles sur leurs représentations de la contention. L'ensemble des questions reprenant des thèmes de mon cadre théorique pouvant être mis en lien pour valider ou invalider mon hypothèse. Une exception a été volontairement faite de ma part concernant la dernière question. En effet, je n'ai pas souhaité faire une partie spécifique sur les représentations de la contention dans le cadre théorique pour avoir une vision des professionnelles interrogées n'étant pas biaisée par les représentations retrouvées lors d'autres études. Chacun de leurs propos étant importants pour comprendre la totalité de leur vision sur la contention. Cependant, les recherches effectuées sur la contention m'ont apporté à travers cette notion déjà très sociologique, différentes représentations pour les soignants.

Après avoir mis en place ce guide reprenant les différents contextes et concepts de mon cadre théorique, j'ai réalisé six entretiens de puéricultrice en service de pédiatrie. Les situations de mon constat s'étant déroulées en service de pédiatrie générale, il me paraissait indispensable d'interroger des puéricultrices travaillant dans ce secteur et notamment accueillant des enfants de trois à six ans. J'ai souhaité interroger des professionnelles ayant eu la formation de puéricultrice dans le but d'être en corrélation avec la dimension professionnelle de ce mémoire. De plus, les différentes enquêtées sont issues de deux centres hospitaliers de la métropole Lilloise, dont quatre d'un service de pédiatrie générale d'un premier centre hospitalier et de deux d'un service de médecine et chirurgie pédiatrique d'un second centre hospitalier (Annexe 6). Bien que le deuxième service accueille des chirurgies

programmées, il est aussi composé d'enfants entrés par les urgences qui doivent être hospitalisés et dont les pathologies et les soins prodigués sont les mêmes qu'en service de pédiatrie dit "général". Je souhaitais en réalisant ces entretiens avoir des regards différents selon l'expérience des personnes interrogées mais aussi suivant des centres hospitaliers distincts pour analyser les différences. De plus, la proximité géographique de ces structures en font de potentiels lieux d'exercice de ma future profession et me permette ainsi d'avoir une vision sur l'esprit de travail dans ces centres hospitaliers.

Suite à la réalisation des entretiens et avec l'accord des cadres des services ayant été contactées préalablement, j'ai pu débiter leur retranscription (Annexe 7). Grâce à cela, dans un second temps, j'ai effectué un tableau reprenant les éléments importants de chaque réponse des puéricultrices par question. Cette pré-analyse m'a permis de retranscrire de manière manuscrite les éléments de chaque professionnelle pour pouvoir les associer et les classer par thèmes et sous-thèmes afin de les mettre en lien avec mon cadre théorique et réaliser ainsi leur analyse.

5.2 Analyse des entretiens

J'ai souhaité analyser l'ensemble des entretiens par thème et non par question puisque les éléments d'une même thématique pouvaient se retrouver dans les réponses à différentes questions. Les principaux thèmes ressortis ont été l'accompagnement, les émotions et la contention lesquels étant associés à deux sous-thèmes que j'exploiterai dans l'analyse.

5.2.1 L'accompagnement

Le thème principal ressorti dans l'ensemble des entretiens a été l'accompagnement. En effet, plusieurs éléments de l'accompagnement ont été décrits et ce dans diverses réponses aux questions à travers premièrement la posture de la puéricultrice avec la prise en compte de l'intégration de la famille et deuxièmement dans l'accompagnement du refus de soin.

5.2.1.1 La posture de la puéricultrice

Pour introduire la posture de la puéricultrice, je souhaiterais reprendre les propos de la deuxième professionnelle interrogée qui a défini le rôle de cette dernière comme étant celui de médiateur entre les médecins, l'enfant et les parents. En effet, il est du rôle de la puéricultrice de réaliser la prescription mais tout en prenant en compte les différents acteurs gravitant autour de celle-ci. Pour réaliser le soin, la puéricultrice va donc se positionner dans

une posture d'accompagnement évoquée de différentes manières par les professionnelles interviewées.

Le concept d'accompagnement se définit par l'importance de cheminer avec l'enfant en lui laissant une place prépondérante. Cette place est abordée par la première puéricultrice comme l'enfant étant acteur de soin d'où l'importance de le faire participer et de s'adresser directement à lui comme l'évoque la seconde professionnelle. De plus, cette dernière lui accorde la première place, en le définissant comme étant le plus important et pour lequel son bien être est supérieur à la réalisation du soin. La sixième puéricultrice lui donne elle aussi la place centrale en notant que le soin sera basé autour de lui en fonction de ses attentes et de son vécu. Il est important de relever ces dires puisque le cadre théorique a pu soulever le fait que dans la contention la réalisation du soin était supérieure au bien-être de l'enfant, l'accompagnement de cette manière pourrait éviter le recours à la contention. L'ensemble des puéricultrices évoquant le soin comme ayant pour principale finalité l'intérêt de l'enfant.

L'enfant étant défini comme ayant une place centrale, ce qui est ressorti dans l'ensemble des entretiens est l'importance des explications à l'enfant sur le soin qui va lui être prodigué. La première puéricultrice va indiquer cette nécessité de parler du soin notamment en évoquant la raison du soin. A fortiori, la deuxième professionnelle fait le lien entre l'explication du soin et le fait que le soin se déroule du mieux possible tout comme la sixième puéricultrice qui exprime, qu'expliquer à l'enfant permet l'acceptation du soin dans les meilleures conditions possibles. En effet, la troisième soignante apparente le manque d'explication à de la violence pour l'enfant. L'accompagnement met en jeu l'authenticité du soignant et des informations qu'il va donner à l'enfant qui est à la recherche de réponses. Pour permettre cette transmission d'informations, différentes méthodes vont être utilisées. Pour cela, la deuxième et la troisième puéricultrice indiquent que l'objet transitionnel de l'enfant peut les amener à expliquer le soin.

Dans le cadre théorique, j'ai évoqué l'importance de s'adapter à l'enfant pour pouvoir le prendre en soin et laisser notre vision adulto-centrée afin de répondre à ses besoins. La première interrogée explicite cette notion avec le fait de "se mettre à la hauteur de l'enfant". Elle indique aussi que la contention peut être évitée si l'enfant est préparé au soin qui va lui être prodigué et quand c'est l'enfant qui choisit quand le soin va être effectué, c'est-à-dire qu'elle va lui demander de lui dire quand il est prêt pour le piquer par exemple. Dans ce cas, c'est le soignant qui s'adapte à l'enfant, à sa temporalité. La deuxième professionnelle s'appuie

sur cette notion en expliquant qu'il faut y aller doucement qui est en corrélation avec les dires de la troisième soignante qui exprime qu'il ne faut pas forcer et temporeriser et si possible planifier le soin dans ce même but de préparer l'enfant. Pour ce faire, la cinquième soignante invite l'enfant à aller dans une salle de soin technique pour se préparer à cet environnement. De plus, la troisième, la cinquième et la sixième puéricultrice évoquent le fait de parler de ce qu'il aime et d'agir en fonction de lui en lui adaptant le soin ce qui supposerait de prendre en compte sa singularité. En effet, dans l'accompagnement ce qui est important n'est pas le soin en tant que tel mais l'enfant à qui il est prodigué. Comme décrit précédemment dans la théorie, l'enfant n'est pas définissable par sa pathologie mais bien par lui en tant qu'être à part entière. La cinquième puéricultrice indique qu'elle regarde l'enfant au maximum lors de la réalisation d'un soin pour permettre un échange de regard. Nous pouvons relever que celui-ci serait primordial dans l'évitement du recours à la contention. Effectivement, nous avons vu dans la théorie que la contention entraînait un regard sur un bout de chair et non plus sur l'enfant à travers la cécité empathique transitoire. En outre, comme nous l'avons vu dans le cadre théorique sa communication pouvant être propre à l'enfant mais aussi à son âge, la quatrième puéricultrice insiste sur le fait de simplifier au maximum le discours pour les enfants de trois ans afin de permettre la compréhension.

Mes recherches ont pu apporter la nécessité de prendre conscience des ressources de l'enfant afin de les mobiliser pour permettre cette relation d'accompagnement. En ce sens, la sixième puéricultrice indique que l'enfant est capable de comprendre. De plus, la première professionnelle fait prendre conscience à l'enfant de ses ressources en le valorisant. La quatrième soignante évoque le fait que les enfants de six ans comprennent bien les explications et se laissent plus facilement faire que ceux de trois ans. Cependant, la quatrième interrogée développe le fait que pour les plus jeunes le fait de réexpliquer simplement avec des mots adaptés à l'âge peut permettre une compréhension efficace. De plus, elle met en avant le fait que l'enfant même à trois ans sait des choses et comprend. Il est important ici de noter que les professionnelles prennent en compte l'âge de l'enfant pour s'adapter à sa communication. En effet nous avons vu dans le cadre théorique que la capacité de compréhension des enfants entre trois et six n'est pas la même suivant l'âge de ce dernier mais qu'il est doté de cette capacité qu'il ait trois ou six ans. De plus, pour permettre une relation d'accompagnement, l'adhésion du patient est nécessaire. La première professionnelle indique que lorsque l'enfant est coopérant la réalisation du soin est facilitée. A fortiori, la cinquième

puéricultrice interrogée explique qu'elle recherche l'adhésion de l'enfant par tous les moyens pour essayer d'avoir son accord.

A travers cette première partie d'analyse sur la posture d'accompagnement, nous pouvons relever que chaque puéricultrice a abordé des éléments de l'accompagnement cités dans le cadre théorique que sont la place centrale de l'enfant, le besoin d'explication de celui-ci, l'adaptation au patient, la mobilisation de ses ressources et la recherche de son adhésion. Pour permettre cette accompagnement, un autre point a été évoqué par l'ensemble des professionnelles celui-ci étant l'intégration de la famille. En effet, à travers les écrits concernant l'enfant hospitalisé et notamment la charte de l'enfant hospitalisé un des points fondamental et de favoriser l'intégration et la présence des parents dans les services où sont hospitalisés leur enfant.

Différentes finalités ont été évoquées par les soignantes pour expliquer ce besoin d'intégration de la famille. La première, la deuxième ainsi que la quatrième puéricultrice évoquent l'aide des parents pour expliquer le soin. Trois soignantes sur six expliquent que la participation des parents permet la connaissance de ce que leur enfant aime. La cinquième professionnelle accentue leurs propos en indiquant que ce sont les parents qui connaissent le mieux leur enfant. Cette notion est en adéquation avec l'adaptation à l'enfant nécessaire à la posture d'accompagnement. Quatre professionnelles admettent que l'intégration des parents permet d'avoir une présence auprès de l'enfant permettant de le rassurer et de le divertir, tout en gardant une notion de réconfort. A fortiori, la deuxième soignante exprime le fait que les parents ont la première place auprès de leur enfant et revient sur l'échange de regard entre les parents et l'enfant. Nous pourrions supposer dans ce cas là que l'enfant est reconnu par ses parents au moment du soin pendant que la puéricultrice se concentre sur ce dernier et ainsi met en avant une sécurité affective. Cependant, deux puéricultrices ont relevé le fait que les parents pouvaient être un frein à la prise en soin si la notion de sécurité affective est déficiente. La troisième puéricultrice évoque l'importance d'avoir l'accord des parents pour faire n'importe quel soin et la sixième interviewée indique qu'il faut expliquer aux parents le soin pour éviter le refus. Cette notion est importante d'un point de vue juridique mais aussi dans la relation de confiance. En effet, la cinquième puéricultrice indique qu'il est nécessaire d'avoir la confiance des parents pour faire adhérer l'enfant au soin et ajoute qu'il faut avoir la confiance des parents pour avoir celle des enfants et qu'il s'agit de l'enfant "avec" ses parents. Pour appuyer ce propos, la quatrième professionnelle exprime que l'enfant est au centre avec ses parents et les soignants et qu'ils marchent ensemble. A fortiori, la cinquième interrogée

indique qu'il s'agit d'un trinôme entre les parents, l'enfant et le soignant. De plus, la totalité des professionnelles a indiqué que le travail en pluridisciplinarité et notamment avec les auxiliaires était une aide pour mettre en place l'accompagnement de l'enfant et de ses parents.

L'ensemble des propos recueillis sur l'intégration de la famille grâce au travail en pluridisciplinarité a permis d'enrichir mon cadre théorique dans lequel la famille était abordée principalement sous un cadre juridique. Ce point de vue basé d'avantage sur la notion de réconfort et de sécurité affective de l'enfant dont tous les enfants ont besoin, et donc ceux entre trois et six ans, permet de développer la posture d'accompagnement du soignant indispensable lors du refus de soin.

5.2.1.2 Le refus de soin

Les différents propos analysés ci-dessus m'ont permis d'identifier la posture d'accompagnement présente chez les professionnelles. Cependant, ce qui est à l'origine de mon questionnement concerne le refus de soin de l'enfant de trois à six ans en service de pédiatrie générale. Après avoir exploité cette posture d'accompagnement, il me semblait donc pertinent de la rechercher chez les puéricultrices lors du refus de soin spécifiquement. Comme indiqué par la deuxième interviewée, la puéricultrice étant la première professionnelle devant affronter le refus le plus souvent.

Dans l'ensemble des entretiens, j'ai pu retrouver différents point de vue qu'avaient les professionnelles concernant le refus de soin. Pour la première puéricultrice, le refus de soin se définissait quand l'enfant n'adhérait pas du tout au soin. En effet, nous avons vu dans le cadre théorique que le refus de soin chez l'enfant est caractérisé par le refus d'un soin et non de la prise en soin. La deuxième puéricultrice évoque l'enfant comme étant réfractaire au soin, celui-ci le traduisant en se débattant et en disant "non". L'enfant qui se débat a aussi été mis en avant par la troisième professionnelle et la cinquième a indiqué que l'enfant pouvait taper des pieds et ne pas se laisser faire pour exprimer son désaccord. De plus, elle fait le lien entre le fait de bouger et que l'enfant soit "récalcitrant" comme la troisième interrogée qui utilise le mot "réticent" pour décrire l'enfant. Le terme "agité" a aussi été mis en évidence par la sixième puéricultrice. Nous pouvons mettre en relation l'ensemble de ces propos avec le développement psychomoteur de l'enfant de trois à six ans qui va avoir la capacité de réaliser des mouvements énergiques pour se débattre et aussi avec son mode de communication relatif

à son âge qui explique que l'enfant peut utiliser les gestes en plus de la parole pour s'exprimer et se faire comprendre.

Nous avons vu dans la théorie que le refus de soin chez l'enfant était caractérisé par une invitation au dialogue à travers la négociation. Cette recherche de dialogue a été mise en avant par la sixième puéricultrice. De plus, ce besoin de communication a été exploité par la première, la deuxième et la troisième puéricultrice qui ont indiqué que lors d'un refus de soin, se mettait en place la négociation et qu'elles pouvaient indiquer que le soin était fait pour qu'il puisse guérir ou rentrer à la maison. La quatrième interrogée précise que la négociation se fait en fonction de l'âge, c'est-à-dire en prenant en compte le niveau de compréhension de l'enfant et en adaptant son vocabulaire. De plus, la troisième soignante a indiqué que des cadeaux pouvaient être donnés pour négocier avec l'enfant. Cet échange a été appuyé par la deuxième professionnelle qui fait le lien entre les explications indiquées dans la conversation de l'enfant et le non refus de sa part. A fortiori, la quatrième et la cinquième soignante expliquent que la méconnaissance et le manque de compréhension du soin peut engendrer le refus.

A travers les notions évoquées par les professionnelles concernant le refus de soin, j'ai pu constaté que ces dernières mettaient en lien le refus avec le mouvement du corps de l'enfant ce qui peut être relié à mon cadre théorique. En effet, la communication peut passer à travers la parole de l'enfant mais aussi à travers son corps si il a l'impression que son refus n'est pas entendu comme le souligne Madame Lombart avec le refus inaudible. Cependant, les différentes puéricultrices expriment qu'elles arrivent à faire face à ce refus grâce à la communication en lien avec la négociation, celle-ci leur permettant l'échange avec l'enfant de trois à six ans et donc la reconnaissance de celui-ci et de ses besoins.

Comme le souligne la seconde puéricultrice, la notion d'accompagnement est un concept complexe à verbaliser puisqu'il est mis en place de manière instinctive dans la pratique. Cependant, les professionnelles ont réussi à exprimer les différents éléments étant pris en compte dans l'accompagnement et pouvant être transférés dans le refus de soin et ce qu'il implique. De plus, la cinquième professionnelle insiste sur le fait que si l'accompagnement se passe bien, le recours à la contention peut être évité. La notion d'accompagnement est donc essentielle à la prise en soin de l'enfant et englobe tout ce qu'il est et notamment ses émotions.

5.2.2 Les émotions

La notion d'accompagnement chez l'enfant de trois à six ans s'applique notamment au vue de ses émotions. Pour cela, j'ai souhaité rechercher dans les différents entretiens la reconnaissance des émotions et ce qui pouvait être mis en place au vue de celles-ci.

5.2.2.1 La reconnaissance de l'émotion

L'accompagnement des émotions nécessite la prise en compte de cette dernière afin de pouvoir l'identifier et y répondre de la manière la plus adaptée possible. En effet, nous avons vu dans le cadre théorique que l'émotion était l'expression d'une pression et qu'il était donc important de la laisser s'exprimer pour le bien-être de l'enfant. Dans les différents entretiens, plusieurs éléments ont été soulevés par les puéricultrices évoquant l'identification de l'émotion avec sa cause et le rôle de la puéricultrice face à celle-ci.

L'identification des émotions de l'enfant a été efficiente pour l'ensemble des professionnelles. Pour la première puéricultrice, l'émotion peut être provoquée par la méconnaissance du soin et l'inconnu qui s'y attache et évoque la peur de la blouse blanche tout comme la cinquième interrogée qui ajoute que des traumatismes précédents peuvent avoir un impact sur l'appréhension du soin présent. Cette notion est importante dans le fait que l'accompagnement doit être optimal pour ne pas créer de "séquelles" psychologiques chez l'enfant qui pourrait avoir une incidence sur sa prise en soin future. Ces séquelles étant abordées dans le cadre théorique dans les représentations de l'enfant hospitalisé. La quatrième professionnelle indique que lorsque l'enfant n'aime pas quelque chose il peut se mettre à pleurer. De plus, la troisième et la quatrième soignante expriment que le lieu qu'il ne connaît pas peut provoquer chez l'enfant de l'angoisse laquelle sera exprimée par des pleurs, de la colère ou des crispations. Il est important de relever ici que les professionnelles ont conscience que l'angoisse de l'enfant peut s'exprimer de différentes manières, celle-ci étant provoquée par une même cause : l'inconnu. Ses diverses expressions ayant été abordées dans le cadre théorique. La quatrième puéricultrice indique que l'enfant peut aussi pleurer parce qu'il n'aime pas ou pour montrer qu'il n'est pas d'accord. Nous pouvons mettre en corrélation ses dires avec le fait que l'expression des émotions soit un moyen de communication pour l'enfant de trois à six ans. De plus, la plupart des interrogées ont fait le lien entre la contention et son impact sur les émotions de l'enfant. La sixième puéricultrice indique que la contention n'est pas agréable pour l'enfant. A fortiori, la première professionnelle interrogée exprime que si il y a recours à la contention l'enfant peut avoir peur lorsqu'il revoit les soignants. Pour

appuyer ce propos, la troisième interviewée relève que la contention va perturber l'enfant et la cinquième interrogée parle d'enfants qui peuvent être traumatisés à la suite d'une contention. Ces dires peuvent renvoyer à la notion de traumatisme pouvant être provoqué par la mise en place de la contention.

Une fois l'identification de l'émotion, les professionnelles vont adapter leur posture pour pouvoir y répondre du mieux possible. L'ensemble des entretiens a révélé différentes méthodes concernant soit la posture de la puéricultrice elle-même soit l'utilisation d'un élément extérieur pour accompagner cette émotion.

En ce qui concerne la posture professionnelle, la première et la deuxième puéricultrice expriment que le rôle de la puéricultrice va être de rassurer l'enfant. Rassurer l'enfant va pouvoir se faire par la puéricultrice mais aussi comme l'exprime la troisième soignante à travers les parents comme par les caresses par exemple. Cette dernière définit le fait d'être rassuré comme un besoin. De plus, la quatrième personne indique que l'enfant a moins peur avec ses parents et la sixième soignante ajoute que l'enfant peut être rassuré par ses parents et par rapport à ses habitudes. L'accompagnement par la professionnelle avec son adaptation et l'intégration des parents va donc aussi jouer un rôle dans l'accompagnement des émotions par ces derniers. D'un point de vue plus technique, trois puéricultrices sur six indiquent l'utilisation du MEOPA pour pouvoir détendre l'enfant surtout si il est anxieux. Le MEOPA étant un mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote permettant de diminuer l'anxiété et la douleur liées au soin.

Dans les différents propos des puéricultrices que j'ai pu relever, le sixième entretien a indiqué que la prise en soin se faisait en fonction du ressenti de l'enfant. En effet, prendre en soin l'enfant nécessite de prendre en compte ce qu'il est à travers ses émotions. Les puéricultrices ont pu m'exprimer qu'elles identifiaient les émotions de l'enfant notamment grâce aux éléments de contexte (nouveau lieu, blouse blanche) et qu'elles pouvaient alors les écouter ce qui est un point essentiel dans l'accompagnement de l'émotion. De plus, elles m'ont indiqué que la contention pouvait avoir un impact négatif sur ces dernières. Nous exploiterons ce point plus amplement dans la dernière partie de l'analyse sur la contention. Face aux émotions de l'enfant, la puéricultrice va les prendre en compte et les écouter. Pour les professionnelles interrogées, l'écoute de l'émotion va donc permettre de rassurer l'enfant de trois à six ans pris en soin par sa posture mais aussi par l'utilisation de thérapeutiques comme

le MEOPA pour faire diminuer l'anxiété. Cependant, un autre point a été abordé par les soignantes qui est l'utilisation de la distraction.

5.2.2.2 La distraction

La contention ayant été abordée précédemment comme pouvant perturber et traumatiser l'enfant, les puéricultrices ont conscience qu'il est impératif de mettre tous les moyens en œuvre afin de ne pas en avoir recours. J'ai pu analyser que la posture d'accompagnement permettait de prendre en compte les émotions de l'enfant et de les écouter. Un autre moyen a été exploité par les professionnelles lors des entretiens prenant en compte les émotions mais cette fois-ci dans le but de les détourner celui-ci étant la distraction.

Toutes les professionnelles m'ont indiqué le fait qu'elle avait recours à la distraction pour amener un soin. Pour la première interrogée, cela permet de changer de sujet et de détourner du soin notamment quand l'enfant n'adhère pas du tout. La deuxième interviewée explique que divertir permet d'amener l'enfant à penser à autre chose et la cinquième puéricultrice appuie ce propos sur le fait qu'il s'agit de ne pas se focaliser sur le soin mais sur autre chose. La quatrième soignante indique que cela permet d'amener le soin différemment. La distraction permettrait donc de contourner le sujet du soin pour pouvoir détourner l'émotion négative qui pourrait y être liée. Dans le développement de l'enfant de trois à six ans, il est reconnu que l'enfant est dans l'acquisition du principe de réalité et pour ce fait il doit passer par l'imaginaire pour pouvoir intégrer cette notion. La distraction est donc immédiatement en corrélation avec ce principe. En effet, l'imaginaire de l'enfant étant accueilli par la puéricultrice pour qu'il puisse intégrer le soin. A fortiori, pour la troisième puéricultrice la distraction est une obligation pour que le soin se passe bien contrairement à la quatrième professionnelle qui distrait surtout si il y a un refus. Dans la distraction aussi les professionnelles font appel aux parents et aux auxiliaires pour participer et contribuer à l'environnement autour du soin. Ce qui est important à retenir est que la distraction fait parti de l'accompagnement de l'émotion mais n'est pas une fin en soi. En effet, la quatrième puéricultrice nous rappelle que la distraction peut être réalisée que si il y a déjà eu des explications.

La distraction est donc mise en place pour focaliser l'attention de l'enfant sur autre chose que sur le soin. Pour ce faire différentes techniques ont été décrites par les professionnelles. Pour les deux premières puéricultrices, la distraction s'élabore à l'aide de différents jeux. De plus, la seconde soignante exprime que l'objet transitionnel peut être utilisé

pour divertir. Raconter des histoires a été décrit par la sixième professionnelle et chanter a été repris comme distraction par l'ensemble des professionnelles. Pour la troisième soignante, le lieu même peut servir de distraction grâce aux décors sur les murs, ceux-ci étant très présents en service de pédiatrie. Pour trois puéricultrices sur six, l'utilisation de bulles est aussi mis en place. La télévision ou encore le masque du MEOPA pouvant être personnalisés par l'enfant sont d'autres moyens utilisés pour distraire l'enfant cités par la sixième puéricultrice. Tous ces outils ayant pour but de stimuler l'imaginaire de l'enfant.

Bien que les distractions ont été évoquées dans mon cadre théorique mais de manière succincte, il me semblait important de revenir sur cette notion puisqu'étant abordée par tous les professionnels lors de mes entretiens. La distraction, en effet, fait partie de la reconnaissance de l'émotion mais la détourne pour ne pas se focaliser sur le soin, en ce sens elle entre dans l'accompagnement de l'émotion.

Les différents propos analysés mon permis de relever les éléments de la prise en soin de l'enfant de trois à six ans par la puéricultrice dans le service de pédiatrie générale et d'établir que l'accompagnement des émotions de cet enfant par la puéricultrice permet de répondre au refus de soin de celui-ci. Cependant mon hypothèse concerne l'accompagnement des émotions lors du refus de soin pour ne pas avoir recours à la contention, c'est donc le dernier point de l'analyse que je vais aborder.

5.2.3 La contention

Dans les situations de mon constat, ce qui m'avait interpellé était la réponse des professionnels face au refus de soin de l'enfant. En effet, celui-ci ayant amené l'équipe à avoir recours à la contention. Pour comprendre ce qui introduit la contention, j'ai relevé les propos des professionnelles concernant les différents types de contention qu'elles utilisaient et leurs représentations.

5.2.3.1 Les différents types de contention

Le but de la contention a été décrit par les professionnelles comme le fait de maintenir l'enfant pour l'empêcher de bouger et coïncide avec la définition de la contention du cadre théorique qui est lié à l'immobilisation d'un membre ou d'une partie d'un membre. De plus, différents types de contention ont été décrits par les professionnels. Dans le cadre théorique, les principales contentions en pédiatrie étaient les contentions physiques (manuelles) et les

contentions mécaniques. Ce sont les deux types de contention qui ont été citées dans les différents entretiens.

En ce qui concerne la contention manuelle, la totalité des professionnelles expriment le fait de tenir un membre. Cependant la deuxième et la cinquième professionnelle ajoutent le fait d'être à plusieurs. Cette notion de nombre pourrait accentuer le traumatisme des enfants voyant plusieurs personnes inconnues le tenir. D'un point de vue de la contention mécanique, cinq soignantes sur six l'ont verbalisé dans leur entretien. L'utilisation d'une alèse lorsqu'elle se trouve seule a été exprimée par la première puéricultrice. Nous pouvons donc relever le fait que le travail en pluridisciplinarité pourraient avoir un impact sur la non réalisation de la contention mécanique. La troisième, la quatrième et la cinquième soignante ont également exprimé l'emballotage. Cependant, la troisième interrogée fait une distinction pour les enfants de trois ans à quatre ans puisqu'elle indique qu'il devient difficile d'emballoter des enfants de cinq à six ans du fait de leur développement. L'emballotage étant le fait d'enrouler un linge autour de l'enfant afin qu'il ne puisse pas mobiliser ses membres. La sixième soignante exprime que la contention avec un élément extérieur pour attacher n'est jamais utilisée chez l'enfant de trois à six ans cependant elle indique qu'il arrive d'emballoter en sortant un membre pour le soin, pour que l'enfant ne se blesse pas et soit en sécurité, tout en continuant de lui parler. Cette professionnelle associe donc la contention à la sécurité de l'enfant. Nous verrons dans la seconde sous-partie, ce que les soignants retirent de positif de cette pratique.

Dans l'ensemble des entretiens, la contention qu'elle soit physique ou mécanique a été mise en place face à un refus d'un soin. Ce refus faisant suite à différents types de soins. Le lavage de nez a été décrit par deux puéricultrices. Pour les quatre autres professionnelles, la contention a été évoquée lors de soins invasifs tels que des prises de sang. La contention est donc associée le plus généralement à la technicité du geste comme évoqué dans le cadre théorique. En effet, cette recherche de stabilité pourrait avoir comme finalité la précision du geste technique.

Les différents niveaux de contention abordés dans le cadre théorique (Annexe 4) se sont retrouvés chez les puéricultrices. En effet, chez l'ensemble des puéricultrices le fait de tenir un bras n'est pas perçue comme une "vraie" contention mais plus comme une contention "douce", une aide pour effectuer le soin alors que l'utilisation d'un élément extérieur avec un

enfant qui se débat rentre plus facilement dans leurs représentations comme étant une contention.

5.2.3.2 Les représentations de la contention

Pour comprendre ce qu'est la contention pour les professionnelles il est important de prendre en compte leurs représentations puisque la contention est utilisée sur l'enfant mais aura un impact sur le soignant qui peut être positif ou négatif.

Avant de mettre en place la contention, les professionnelles ont évoqué différents moyens pour accompagner les émotions de manière à ne pas avoir à l'introduire. Il me semble donc pertinent de constater comment les soignants appréhendent la contention. La première professionnelle exprime qu'il s'agit d'une défaite professionnelle qui est à éviter. Pour la troisième puéricultrice, l'utilisation de la contention doit se faire le moins possible. Ainsi pour la seconde et la troisième soignante le fait de ne pas aimer faire de contention est ressorti. Lors d'une contention, un sentiment négatif peut se faire ressentir chez les soignants. En effet, la deuxième puéricultrice exprime "malheureusement" lorsqu'elle parle du recours à la contention et la sixième professionnelle indique "heureusement pour nous" en exploitant le fait de la rareté de la contention. Pour la troisième soignante, le terme "violent" est abordé. La quatrième interrogée indique que ce n'est pas évident, que la pratique de la contention "fait bizarre" et que les premières fois il y a une impression de "torturer" l'enfant. Les différents termes exposés dans les entretiens concernant la contention sont des mots fort de sens. Pour la cinquième interrogée, si il y a obligation de faire une contention plus poussée c'est un échec. Pour cette soignante, la représentation de la contention physique (tenir à trois ou quatre un bras) est acceptable mais celle de la contention mécanique (besoin de mettre un drap, enrrouler) est inacceptable. Dans ce cas, elle exprime le fait que le soin est raté et qu'elle n'est "pas fière". La seconde et la quatrième puéricultrice expriment la contention comme quelque chose qui n'est "pas bien" et la troisième indique que lors de l'arrêt de la contention "on libère" ce qui fait appel à la notion de liberté qui est momentanément interrompue lors de la contention. Pour la dernière personne interrogée, la contention est ressentie comme quelque chose de frustrant car elle rajoute un stress supplémentaire et a un aspect traumatisant pour l'enfant. La notion d'échec est abordée dans le fait que les autres moyens n'ont pas aboutis pour ne pas avoir recours à cette méthode. De plus, la première, la troisième et la quatrième puéricultrice parlent de dernier recours, tout comme la deuxième interrogée qui indique son utilisation si plus d'autres solutions, en dernière tentative. En effet, quatre puéricultrices

indiquent que la contention arrive par obligation et exprime le fait de ne pas avoir le choix de soigner l'enfant. Ces propos sont appuyés par la troisième interviewée qui exprime l'obligation de faire le soin pour le bien de l'enfant sans avoir le choix. En outre, la notion de rareté est reprise dans quatre entretiens.

De plus, la notion de temporalité est abordée. La deuxième soignante indique qu'il s'agit de "forcing". Cette notion fait défaut à l'accompagnement avec l'adaptation de la temporalité de l'enfant. La troisième et la sixième puéricultrice parlent de la durée de la contention qui ne doit pas durer longtemps. Cependant, il est à noter que la temporalité de l'enfant entre trois et six ans n'est pas la même que celle de l'adulte ce qui a été décrit précédemment dans mon cadre théorique à travers la "temporalité suspensive" définie par une vision du temps perçue comme interminable.

Malgré les propos négatifs des professionnelles sur la contention, son utilisation peut leur apporter des bénéfices. La première puéricultrice revient sur le fait que la contention peut être rassurante pour les soignants par le fait que l'enfant ne bouge pas et peut donc être une assurance pour le soignant. De plus, la seconde, la quatrième, la cinquième et la sixième puéricultrice font le lien entre un soin invasif qui demande de la technicité et la contention. Ce point reprend le fait que le soignant recherche la stabilité pour effectuer son geste, ce qui rentre en jeu est alors la technicité avant l'enfant. A fortiori, la cinquième soignante exprime "le truc" lorsqu'elle parle du membre de l'enfant. En effet, nous avons pu voir dans le cadre théorique que lors de la contention ce qui est contenu est vu comme un bout de chair et non comme la globalité de l'enfant. De plus, la seconde puéricultrice indique que la contention peut être une aide pour les patients quand ils doivent réaliser un soin à leur enfant pour la première fois. La cinquième soignante exprime que la contention peut permettre d'éviter de réitérer le soin. La seconde puéricultrice indique le fait que l'enfant qui subit des contentions est de moins en moins agité et finit par accepter le soin les fois suivantes. De plus, la quatrième puéricultrice exprime le fait que l'enfant comprend à force d'expliquer et que petit à petit l'enfant pleure mais ne tapent plus des pieds. Cette notion me semble être assez paradoxale car l'enfant ne va plus avoir besoin d'être soumis à la contention cependant ça ne sera pas dans le bien de l'enfant mais plutôt car il appréhende la réitération de la contention qui peut le traumatiser et ses émotions ne seront donc pas écoutées. De plus, une des professionnelles indique que lors de la contention, elle continue à parler à l'enfant en lui disant que "ça va bien se passer". Ces propos ont été décrits dans le cadre conceptuel est font

appel à la notion de refus inaudible. En effet, pour le soignant effectuer le soin est primordial et ne va donc pas entendre le refus de l'enfant.

A travers les différents propos abordés par les professionnelles, nous pouvons aisément comprendre que la contention est un concept complexe basé sur différentes représentations qui ont un impact tant sur l'enfant que sur le soignant pouvant être amené à l'utiliser. Pour les soignants cette méthode de dernier recours, mise en place par obligation est vécue comme traumatisante pour l'enfant mais est aussi violente dans la posture professionnelle. En effet, comme nous l'avons vu dans le cadre théorique la posture soignante nécessite de faire preuve d'empathie et la contention amène à une "cécité empathique transitoire" qui peut être mal vécue par le soignant. Grâce aux différents entretiens réalisés, j'ai pu relever que la notion de contention n'était pas évidente pour plusieurs professionnelles. En effet, pour trois d'entre eux, une relance a été nécessaire et des hésitations dans l'énoncé de la contention ont pu se faire ressentir. De plus, la place des parents dans la contention est à interroger. Elle a été abordée par deux puéricultrices avec des avis opposés. En effet, l'une indiquait que les parents ne tenaient pas l'enfant puisqu'ils étaient là pour le réconforter alors que l'autre professionnelle exprimait que le faire maintenir par ses parents serait plus rassurant pour le patient. Il me semble que les parents doivent garder leur place synonyme de sécurité affective et donc ne pas être acteur de la contention qui peut être traumatisante mais cette notion prête à réfléchir ainsi que la définition de la contention en elle-même. Comme la dernière personne interrogée le souligne, le fait de maintenir un bras n'est pas abordée premièrement par les professionnels comme étant une contention mais suppose une réflexion qui les conduit à penser que c'en est une puisque le fait de maintenir un enfant contre son gré la suppose. Tous ces points relèvent la complexité de cette notion. Cependant, il est important de relever que l'évolution des pratiques a permis des réflexions autour de la contention permettant de comprendre l'impact qu'il peut avoir sur les enfants et les soignants et ainsi élaborer différentes méthodes pour ne pas en avoir recours.

5.3 Conclusion de l'analyse

Afin de réaliser la conclusion de cette analyse, il me semble intéressant de reprendre les éléments qui m'ont permis de la réaliser. En effet, l'explication de la mise en place des entretiens a déjà été exploitée précédemment mais leur réalisation me permettant de répondre à mon hypothèse reste encore à éclaircir. En ce qui concerne l'environnement de mes entretiens, la totalité ayant été réalisés le week-end, les professionnels et moi-même avons pu

nous entretenir dans des bureaux isolés et ainsi ne pas être interrompues de manière à avoir des échanges pertinents. En terme de diversité des lieux d'entretiens, je n'ai pu être interrogée que dans deux centres hospitaliers malgré les huit contactés. En effet, les cadres étant débordés par l'importance du travail à fournir dans les services, ils n'étaient pas en mesure de me répondre et n'ont pas fait suite à ma demande. Cependant, les deux centres hospitaliers m'ayant acceptés m'ont convenu puisqu'ils se trouvaient dans la métropole Lilloise et pourraient donc être un futur lieu d'exercice professionnel. De plus, le fait de réaliser les entretiens dans deux centres hospitaliers me permettait d'avoir deux regards différents. Cependant, en analysant les réponses des professionnelles, j'ai pu remarquer qu'il n'existait pas de différences marquantes concernant les centres hospitaliers ni même l'année d'expérience dans les structures. Le seul point relevé par rapport à l'expérience est que la puéricultrice ayant exercé depuis le plus longtemps avait connu l'évolution des pratiques sur la contention et donc expliqué qu'il y avait beaucoup moins de contention grâce à la distraction plus présente aujourd'hui. Concernant la grille d'entretien, il aurait été peut-être judicieux d'évoquer une question sur les principaux niveaux de contention afin que les professionnelles soient moins en difficulté lors de la question concernant la contention. Cependant, l'intérêt est que j'ai pu relever cette hésitation et donc m'interroger sur la complexité de la notion de contention pour les professionnelles. Tous ces points sont donc entrés en jeu dans l'analyse.

Grâce aux six entretiens réalisés, j'ai pu recueillir l'ensemble des éléments concernant mon hypothèse que sont la posture d'accompagnement, les émotions, la contention et le refus de soin. Toutes ces notions étant basées sur l'enfant de trois à six ans hospitalisé en service de pédiatrie générale. De plus, des notions telles que la place des parents et la distraction que je n'avais abordé que de manière succincte dans mon cadre théorique ont pu être enrichies grâce aux différents propos des professionnelles. Ces deux éléments étant ressortis dans l'ensemble des entretiens et ayant une place importante dans ces derniers.

La notion d'accompagnement a été abordée par l'ensemble des professionnelles comme s'appliquant à la globalité de l'enfant. De plus, ce dernier a été décrit à travers la reconnaissance de ses émotions et notamment du fait de leur importance d'être exprimées par l'enfant lors d'un refus de soin. Le rôle de la puéricultrice lors de ce refus a alors été exploité comme étant le fait de répondre au besoin de communication de l'enfant en prenant en compte ses émotions et ainsi d'y répondre en l'écoutant mais aussi en lui proposant d'autres méthodes comme la distraction pour permettre la gestion de cette dernière. L'envahissement de cette émotion pouvant s'exprimer si la réponse du professionnel n'est pas adaptée et conduire à la

contention. L'analyse des différents propos recueillis lors des entretiens mis en lien avec le cadre théorique m'a donc permis de valider mon hypothèse selon laquelle : L'accompagnement des émotions de l'enfant de trois à six ans par la puéricultrice permet d'éviter le recours à la contention lors de son hospitalisation en service de pédiatrie générale.

6 Conclusion

Afin de conclure ce projet professionnel, il me semble intéressant de revenir sur le début de ce travail. En effet, à l'introduction de mon constat je souhaitais déjà aborder plusieurs éléments que sont les refus de soin, les émotions et la contention de l'enfant de trois à six ans en service de pédiatrie générale. Cependant, la complexité a résidé pour moi dans l'organisation de ce travail à travers la chronologie des points à aborder. La contention étant à elle seule une notion influencée par différents facteurs et ayant des finalités différentes selon le point de vue de l'enfant et du soignant. De plus, la notion de refus de soin chez l'enfant étant différente de celle de chez l'adulte, il me fallait mettre de côté mon regard d'adulte pour laisser la place à l'enfant de trois à six ans. Cependant, le sujet de ce projet professionnel m'a permis de m'enrichir en me portant à la réflexion sur des sujets qui restent encore assez abstraits pour le milieu professionnel. J'ai pu constater que les relances nécessaires aux professionnels pour parler du refus de soin de l'enfant et notamment de la contention pouvaient exprimer une difficulté d'intégration de ces concepts. De plus, les professionnelles interrogées ont pu me faire part de leur intérêt vis-à-vis de mon sujet à la suite des entretiens ce qui m'a encouragé dans le choix de ce sujet.

Ce qui est ressorti et m'a interpellé dans le concept de contention est qu'il met en jeu l'enfant comme un objet de soin et non comme une personne avec son vécu et ses émotions. Il abandonne alors le concept d'empathie si important à la relation soignant-soigné. De ce fait, l'accompagnement à travers la reconnaissance des émotions de l'enfant permet de ne pas y avoir recours. Cependant, aucune des professionnelles interrogées m'a parlé de cet aspect là de la contention de manière explicite. Je me demande donc si la reconnaissance de cette cécité empathique transitoire ne pourrait-elle pas être la solution à la non mise en place de la contention à l'avenir par les soignants?

Bibliographie

➤ Livres

BAUDIER, Anne, CELESTE, Bernadette. *Le développement affectif et social du jeune enfant*. 2ème éd. Paris : Armand Colin, 2005. 192p. (Cursus) ISBN 978-2-200-34289-0

COLSON, Sébastien, DE SAINT-SAUVEUR, Colette, GASSIER, Jacqueline. *Le guide de la puéricultrice: Prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence*. 4ème éd. Paris : Elsevier Masson, 2016. 1280p. (Hors Collection) ISBN 978-2-294-74773-1

DERBOGHOSSIAN, Nicole. *Le développement psychologique de l'enfant pas à pas*. Paris : Dunod, 2015. 160p. (Enfances) ISBN 978-2-10-073850-2

FILLIOZAT, Isabelle. *Au cœur des émotions de l'enfant*. Paris :Marabout, 2013. 322p. (Enfant-Education) ISBN 978-2-501-08449-9

LOMBARD, Bénédicte. *Les soins en pédiatrie: faire face au refus de l'enfant, repères éthiques pour une posture soignante fondée sur la prudence*. 1ère éd. Paris : Seli Arslan, 2016. 222p. (Penser Actions) ISBN 978-2-84276-223-0

➤ Revue

LE GUILLOU, Géraldine. De la continuité dans le changement, la fonction de l'accompagnement. *Métiers de la petite enfance*, février 2017, Volume 23, n°242, p.19-20

➤ Cours

DOMERGUE, Géraldine. *Le développement psychomoteur*. Lomme: IFSANTE, le13/02/18.

➤ Articles électroniques

Cohen-Salmon Didier, « Et l'accueil de l'enfant à l'hôpital ? », *Spirale* 2008/4 (n°48), p. 101-109. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-4-page-101.htm/DOI10.3917/spi.048.0101>

Gaussot Ludovic, « Le jeu de l'enfant et la construction sociale de la réalité », Spirale 2016/4 (N° 80), p. 139-151. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2016-4-page-139.htm> / DOI 10.3917/spi.080.0139

Mougel-Cojocar Sarra, « L'enfant hospitalisé. Figure paradoxale de l'enfance ? », in Geneviève Bergonnier-Dupuy, L'Enfant, acteur et/ou sujet au sein de la famille, ERES « Petite enfance et parentalité », 2005, p. 23-32. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-enfant-acteur-et-ou-sujet-au-sein-de-lafamille--9782749205229-page-23.htm>

Rouget Sébastien, « « C'est pour ton bien. ». Face au refus de soin de l'enfant », Enfances & Psy 2017/1 (N° 73), p. 146-154. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2017-1-page-146.htm> / DOI 10.3917/ep.073.0146

➤ Textes législatifs

Organisation internationale. SOCIETE DES NATIONS. Déclaration de Genève du 26 septembre 1924 relative aux droits de l'enfant. Disponible sur : <http://www.toutsurlesdroitsdelenfant.fr/documents/declaration1924.pdf>

La communauté internationale. ASSEMBLEE GENERALE DES NATIONS UNIES. Déclaration des droits de l'enfant de 1959. Disponible sur : <http://www.toutsurlesdroitsdelenfant.fr/documents/declaration1959.pdf>

France. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. Circulaire n° 83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants. Disponible sur : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-83-24-du-1er-aout-1983-relative-a-lhospitalisation-des-enfants/>

France. ASSOCIATION POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS D'HOSPITALISATION DE L'ENFANT. Charte de l'enfant hospitalisé de 1988. Disponible sur : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/charte-de-lenfant-hospitalise-1988/>

Nations Unies. MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES. Convention des droits de l'enfant du 20 novembre 1989. Disponible sur : https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Conv_Droit_Enfant.pdf

France. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire n° DH/EO3/98/688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_11219.pdf

France. Article 20 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000579088&categorieLien=id>

France. MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé 4 mars 2002. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

France. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Article R4311-13 du Code de la Santé Publique du 8 aout 2004. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913901&dateTexte=&categorieLien=cid>

France. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Circulaire n°2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-52/a0523394.htm>

➤ Site internet

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION. hospitalisations : chiffres clés [en ligne]. Mise à jour le 6 octobre 2017, consulté en juin 2018. Consultable sur :

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_2016_.pdf

ANNEQUIN, D, CIMERMANN, P, LOMBART, B, et al. Utilisation de la contention lors des soins douloureux chez l'enfant [en ligne]. Daté de décembre 2011, consulté en aout 2018. Consultable sur: https://pediadol.org/IMG/pdf/U2011_lombart.pdf

DE STEFANO, C, GALINSKI, M, LOMBART, B et al. Eviter la contention lors des soins : facile à dire! [en ligne]. Daté de décembre 2014, consulté en aout 2018. Consultable sur :

http://www.pediadol.org/IMG/pdf/U2014_BL.pdf

HUMANIUM. Déclaration de Genève sur les Droits de l'Enfant, 1924 : Présentation [en ligne], consulté en juin 2018. Consultable sur : <https://www.humanium.org/fr/declaration-de-geneve-1924/>

HUMANIUM. Déclaration des Droits de l'Enfant, 1959 : Présentation [en ligne], consulté en juin 2018. Consultable sur : <https://www.humanium.org/fr/normes/declaration-1959/>

INSERM. Pédiatrie [en ligne]. Consulté en juin 2018. Consultable sur : <https://histoire.inserm.fr/les-domaines-de-recherche/pediatrie>

LAROUSSE. Contention [en ligne]. Consulté en juin 2018. Consultable sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contention/18580>

SPARADRAP. Les droits de mon enfant soigné, hospitalisé [en ligne]. Mise à jour en septembre 2018, consulté en septembre 2018. Consultable sur : <https://www.sparadrapp.org/parents/droits-de-lenfant-soigne-hospitalise/les-droits-de-mon-enfant-soigne-ou-hospitalise>

VIE PUBLIQUE. Qu'est ce qu'une constitution ? [en ligne]. Mise à jour le 17 juillet 2018, consulté en août 2018. Consultable sur : <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/veme-republique/constitution-definition/qu-est-ce-qu-constitution.htm>

Annexes

Annexe 1 : Déclaration de Genève

Déclaration de Genève

Préambule

Par la présente Déclaration des droits de l'enfant, dite déclaration de Genève, les hommes et les femmes de toutes les nations reconnaissent que l'humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur, affirmant leurs devoirs, en dehors de toute considération de race, de nationalité, de croyance.

Article 1

L'enfant doit être mis en mesure de se développer d'une façon normale, matériellement et spirituellement.

Article 2

L'enfant qui a faim doit être nourri ; l'enfant malade doit être soigné ; l'enfant arriéré doit être encouragé ; l'enfant dévoyé doit être ramené ; l'enfant orphelin et l'abandonné doivent être recueillis et secourus.

Article 3

L'enfant doit être le premier à recevoir des secours en cas de détresse.

Article 4

L'enfant doit être mis en mesure de gagner sa vie et doit être protégé contre toute exploitation.

Article 5

L'enfant doit être élevé dans le sentiment que ses meilleures qualités devront être mises au service de ses frères.

Annexe 2:Déclaration des droits de l'enfant

Déclaration des droits de l'enfant

Préambule

Considérant que, dans la Charte, les peuples des Nations unies ont proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme et dans la dignité et la valeur de la personne humaine, et qu'ils se sont déclarés résolus à favoriser le progrès social et à instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande,

Considérant que, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, les Nations unies ont proclamé que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation,

Considérant que l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance,

Considérant que la nécessité de cette protection spéciale a été énoncée dans la Déclaration de Genève de 1924 sur les droits de l'enfant et reconnue dans la Déclaration universelle des droits de l'homme ainsi que dans les statuts des institutions spécialisées et des organisations internationales qui se consacrent au bien-être de l'enfance,

Considérant que l'humanité se doit de donner à l'enfant le meilleur d'elle-même,

L'Assemblée générale

Proclame la présente Déclaration des droits de l'enfant afin qu'il ait une enfance heureuse et bénéficie, dans son intérêt comme dans l'intérêt de la société, des droits et libertés qui y sont énoncés; elle invite les parents, les hommes et les femmes à titre individuel, ainsi que les organisations bénévoles, les autorités locales et les gouvernements nationaux à reconnaître ces droits et à s'efforcer d'en assurer le respect au moyen de mesures législatives et autres adoptées progressivement en application des principes suivants :

Principe premier :

L'enfant doit jouir de tous les droits énoncés dans la présente Déclaration. Ces droits doivent être reconnus à tous les enfants sans exception aucune, et sans distinction ou discrimination fondées sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, ou sur toute autre situation, que celle-ci s'applique à l'enfant lui-même ou à sa famille.

Principe 2 :

L'enfant doit bénéficier d'une protection spéciale et se voir accorder des possibilités et des facilités par l'effet de la loi et par d'autres moyens, afin d'être en mesure de se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social, dans des conditions de liberté et de dignité. Dans l'adoption de lois à cette fin, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être la considération déterminante.

Principe 3 :

L'enfant a droit, dès sa naissance, à un nom et à une nationalité.

Principe 4 :

L'enfant doit bénéficier de la sécurité sociale, il doit pouvoir grandir et se développer d'une façon saine; à cette fin, une aide et une protection spéciales doivent lui être assurées ainsi qu'à sa mère, notamment des soins prénatals et postnatals adéquats. L'enfant a droit à une alimentation, à un logement, à des loisirs et à des soins médicaux adéquats.

Principe 5 :

L'enfant physiquement, mentalement ou socialement désavantagé doit recevoir le traitement, l'éducation et les soins spéciaux que nécessite son état ou sa situation.

Principe 6 :

L'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, a besoin d'amour et de compréhension. Il doit, autant que possible, grandir sous la sauvegarde et sous la responsabilité de ses parents et, en tout état de cause, dans une atmosphère d'affection et de sécurité morale et matérielle; l'enfant en bas âge ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, être séparé de sa mère. La société et les pouvoirs publics ont le devoir de prendre un soin particulier des enfants sans famille ou de ceux qui n'ont pas de moyens d'existence suffisants. Il est souhaitable que soient accordées aux familles nombreuses des allocations de l'État ou autres pour l'entretien des enfants.

Principe 7 :

L'enfant a droit à une éducation qui doit être gratuite et obligatoire au moins aux niveaux élémentaires. Il doit bénéficier d'une éducation qui contribue à sa culture générale et lui permette, dans des conditions d'égalité de chances, de développer ses facultés, son jugement personnel et son sens des responsabilités morales et sociales, et de devenir un membre utile de la société. L'intérêt supérieur de l'enfant doit être le guide de ceux qui ont la responsabilité de son éducation et de son orientation; cette responsabilité incombe en priorité à ses parents. L'enfant doit avoir toutes possibilités de se livrer à des jeux et à des activités récréatives, qui doivent être orientés vers les fins visées par l'éducation; la société et les pouvoirs publics doivent s'efforcer de favoriser la jouissance de ce droit.

Principe 8 :

L'enfant doit, en toutes circonstances, être parmi les premiers à recevoir protection et secours.]

Principe 9 :

L'enfant doit être protégé contre toute forme de négligence, de cruauté et d'exploitation, il ne doit pas être soumis à la traite, sous quelque forme que ce soit.

L'enfant ne doit pas être admis à l'emploi avant d'avoir atteint un âge minimum approprié; il ne doit en aucun cas être astreint ou autorisé à prendre une occupation ou un emploi qui nuise à sa santé ou à son éducation, ou qui entrave son développement physique, mental ou moral.

Principe 10 :

L'enfant doit être protégé contre les pratiques qui peuvent pousser à la discrimination raciale, à la discrimination religieuse ou à toute autre forme de discrimination. Il doit être élevé dans un esprit de compréhension, de tolérance, d'amitié entre les peuples, de paix et de fraternité universelle, et dans le sentiment qu'il lui appartient de consacrer son énergie et ses talents au service de ses semblables.

Annexe 3 : La charte européenne de l'enfant hospitalisé

Charte européenne de l'enfant hospitalisé
« Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental,
particulièrement pour les enfants. » (UNESCO)

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

Cette charte résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.



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



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

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



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



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

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



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



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

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



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



Annexe 4 : Les différents niveaux de contention

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

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

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

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

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

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

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

Annexe 5: Grille d'entretien

Grille d'entretien

Questions	Objectifs
Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel? (année et âge d'obtention du diplôme, lieu d'exercice avec durée d'exercice suivant le lieu)	Repère sociologique. Permettre de faire le lien entre les réponses et les expériences du professionnel et ainsi de découvrir si les années d'expérience et les lieux d'exercice influencent les réponses des professionnels.
Dans votre pratique, comment gérez vous le refus de soin d'un enfant de trois à six ans en service de pédiatrie générale? Relance: Quelle est le rôle de la puéricultrice lors du refus de soin de l'enfant de trois à six ans en service de pédiatrie générale?	Comprendre ce qu'implique la notion de refus de soin chez le professionnel et leur rôle lors de ce refus.
Comment accompagnez-vous l'enfant de trois à six ans en service de pédiatrie générale lors du refus de soin?	Comprendre la notion d'accompagnement à travers les professionnels
Quelle place accordez-vous à l'enfant de trois à six ans en service de pédiatrie générale lors d'une situation de refus de soin?	Comprendre la place laissée à l'enfant lors de son refus.
Qu'est ce qui est à l'origine de la contention lors de la prise en soin d'enfant de trois à six ans en service de pédiatrie générale?	Comprendre les différents types de contention.
Dans quelles situations avez-vous recours à la contention chez les enfants de trois à six ans en service de pédiatrie générale? Relance : A quel moment? comment cela s'est déroulé?	Comprendre le contexte d'utilisation de la contention chez les professionnels.
Comment définiriez vous la contention?	Notion sociologique. Introduction du sujet de manière générale. Comprendre les représentations qu'ont les professionnels de la contention.

Annexe 6: Présentation des enquêtés

Présentation des enquêtés

Service	Identification	Présence dans le service
Service de pédiatrie 1	PDE A	7 ans dont 6 en tant que PDE
Service de pédiatrie 1	PDE B	7 ans
Service de pédiatrie 1	PDE C	3 ans
Service de pédiatrie 1	PDE D	10 mois
Service de pédiatrie 2	PDE E	14 ans
Service de pédiatrie 2	PDE F	7 ans

PDE : Puéricultrice Diplômée d'Etat

Service de pédiatrie 1 : Service de pédiatrie générale

Service de pédiatrie 2 : Service de pédiatrie médicale et chirurgicale

Annexe 7 : Retranscription d'un entretien

- Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel? (avec l'année d'obtention du diplôme, le lieu d'exercice et la durée d'exercice suivant le lieu)

Alors moi j'ai été diplômée infirmière en décembre 2003, j'ai enchainé sur les études de puéricultrice directement. Je suis du coup diplômée décembre 2004 puéricultrice et j'ai commencé ici dans le service, au départ on faisait que de la chirurgie pédiatrique, en 2005 le 11 janvier. Donc non j'ai pas fait d'autres services.

- Dans votre pratique, comment gérez vous le refus de soin d'un enfant de trois à six ans en service de pédiatrie générale?

On essaye de... on essaye d'avoir son adhésion par d'autres moyens comme avec la diversion, avec la.. lui faire des bulles, lui mettre le masque à entonnoir si jamais c'est un soin douloureux, faire des choses comme ça en fait, mettre la télé, des musiques qu'il aime bien.

- ➔ Relance: Quelle est le rôle de la puéricultrice lors du refus de soin de l'enfant de trois à six ans en service de pédiatrie générale?

Ben de réussir à l'avoir par tous les moyens, quelque fois ça reste compliqué mais c'est de toute façon des soins qu'on est obligé de faire qui sont nécessaires donc c'est tout on met le masque et on essaie tant bien que mal d'avoir leur accord. Mais ça reste quand même rare qu'on ait un refus, qu'on arrive pas à raisonner l'enfant, avec le masque on arrive à avoir son accord en fait.

- Comment accompagnez-vous l'enfant de trois à six ans en service de pédiatrie générale lors du refus de soin?

Ben on vient souvent dans la salle de soins techniques et à ce moment là on met le masque et après si on voit que c'est compliqué on propose d'autres choses on met de la musique on demande à la maman "est ce qu'il y a des chansons qu'il aime bien? des comptines ou un film, la reine des neiges et tout ça" surtout sur les petites filles ça marche pas mal, on chante avec eux, en fait on fait d'autres choses. Moi j'essaie de leur parler aussi de dire "alors tu vas à l'école, tu as des frères et sœurs? comment elle s'appelle madame? elle est gentille?" Voilà, plus essayer de ne pas le focaliser sur le soin qui l'embête, mais plus sur quelque chose un peu plus gai.

- Quelle place accordez-vous à l'enfant de trois à six ans en service de pédiatrie générale lors d'une situation de refus de soin?

Ben c'est lui mais c'est lui aussi avec ses parents donc y a toujours de toute façon justement j'allais en parler mais on y est arrivé on parle toujours de l'enfant mais non y a toujours ses parents et si les parents nous font pas confiance et nous laisse pas faire ça va pas marcher donc du coup y a toujours aussi ça, les parents qui sont là et c'est important qu'ils adhèrent avec nous et qu'on leur demande ce que l'enfant préfère, ce qu'il aime, ce qui marche bien avec lui parce que ça reste eux qui connaissent l'enfant le mieux au final, qui connaissent leur enfant.

- Qu'est ce qui est à l'origine de la contention lors de la prise en soin d'enfant de trois à six ans en service de pédiatrie générale?

Euh déjà un manque de compréhension quelque fois, si l'enfant voilà. Je pense par exemple à des enfants qui ont un petit handicap ou des enfants autistes qui du coup ne supportent pas toutes ces choses là et qui ne comprennent pas forcément le pourquoi du comment donc déjà voilà. Et ensuite clairement la peur de la blouse blanche ou les avoir traumatisé soit en début d'hospitalisation soit avant. En général ça fait des enfants qui dès que nous voit dans la chambre se mettent à hurler. Et donc à ce moment là, c'est plus dans ces moments qu'on risque d'arriver à une contention. Faut savoir que c'est quand même rare une vraie contention, tenir un bras pour faire une prise de sang ou un pansement voilà mais une vraie contention c'est rarissime. Moi je trouve aujourd'hui on ne travaille plus comme ça. Parce que tenir un bras c'est une contention mais une contention comme quand on est chez un adulte et qu'on est obligé de tenir sa main pour le piquer. Là on est obligé de faire un peu plus parce que quand on est puéricultrice bien souvent on a besoin de nos deux mains ou on a toujours besoin d'une troisième et d'une quatrième voire quelque fois plus de mains. Quand on est chez les adultes, deux mains en général ça suffit. L'adulte c'est rare qui bouge dans tous les sens et qu'il nous laisse pas faire un soin, à part dans des cas voilà. Mais un enfant ben quelque fois on est obligé de tenir sa main et on a le truc. Si on nous donne pas le tube par exemple pour faire le bilan par exemple, si on nous aide pas à fixer le truc, on peut pas lâcher l'enfant donc cette contention oui clairement c'est une contention mais de toute façon.. Après ça peut être des contentions douces. Avant, vite on tenait les jambes etc maintenant on ne tient plus les jambes à part si l'enfant nous met des coups de pieds. Le bras moi des fois je dis à ma collègue vas y c'est bon lâche le je l'ai je le tiens. On va pas se forcer à tenir le truc si jamais l'enfant adhère.

Par contre on est toujours pas loin à pouvoir récupérer si jamais, la troisième et la quatrième main sont toujours là si jamais l'enfant bouge et est récalcitrant là oui. Mais après c'est pour éviter de faire trois ou quatre fois la même chose. Si on peut y arriver du premier coup c'est toujours mieux pour l'enfant.

- Dans quelles situations avez-vous recours à la contention chez les enfants de trois à six ans en service de pédiatrie générale?

Faut que je réfléchisse.. Ben après j'dirais qu'à cet âge là quelque fois y a même pas besoin, l'enfant voilà, les bulles ça marche vraiment hyper bien et on arrive à le focaliser sur autre chose que nous qui sommes entrain de faire le soin. J'pense à des prises de sang, des poses de KT où voilà y a le papa et la maman qui sont là qui tiennent le masque, une collègue qui fait des bulles et une autre collègue qui est là au cas où si y a besoin de me donner les tubes etc mais j'dirais qu'en général la contention elle est douce et que ça se passe bien.

- Comment définiriez vous la contention?

Pour moi si on est obligé de faire une contention plus poussée, avec un drap. Pour moi quand on doit arriver à des grosses contentions comme ça pour moi c'est un échec c'est qu'on a pas réussi avant, c'est que l'enfant a été traumatisé, pour moi c'est un vrai échec et quand on arrive là c'est qu'on a plus le choix, c'est qu'on l'a déjà piqué X fois et qu'on a pas réussi à poser le KT ou qu'on a pas réussi à avoir le bilan ou qu'on peut pas réussir à faire son pansement par d'autres moyens que ça. Parce que si on arrive à ça c'est que vraiment on a déjà tout essayé. Parce que nous on est quand même, on peut réussir ici à être trois quatre à faire un soin quand y a besoin de tenir les bras, tenir les jambes etc mais quand on arrive vraiment à mettre un drap, à entourer l'enfant comme ça pour moi oui je pense pour moi c'est.. C'est raté quoi. Après on a plus le choix parce qu'au bout d'un moment il faut le soigner, on peut pas le laisser, ça deviendrait pire si on le soignait pas mais euh c'est pas un soin dont on est très fier enfin dont moi je peux être fière, je ne sors pas de là en me disant "ouais!". Mais sinon vraiment faut que les parents soient là et qu'ils adhèrent, si on a pas la confiance des parents on ne peut pas avoir la confiance des enfants.