



HAL
open science

Prendre soin et éviter la contention : un souci d'attachement

Pauline Gouverneur

► **To cite this version:**

Pauline Gouverneur. Prendre soin et éviter la contention : un souci d'attachement. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02473240

HAL Id: dumas-02473240

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02473240>

Submitted on 10 Feb 2020

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

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

Ecole de puéricultrices de l'Université Catholique de Lille,
Institut de Formation en Santé IFSANTE à LOMME

**PRENDRE SOIN ET EVITER LA CONTENTION : UN SOUCI
D'ATTACHEMENT**



Projet Professionnel

Rédigé sous la guidance de Madame Christine LAUGEL, cadre de santé
formatrice

Par Pauline GOUVERNEUR

Promotion 2018-2019

REMERCIEMENTS

J'adresse un grand merci à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire de fin d'études, fruit de nombreuses recherches et de réflexions.

Ainsi, toute ma reconnaissance :

Aux formatrices de l'école de puéricultrices de l'Institut Catholique de LOMME, Mesdames CATRICE, VANTOURNHOUDT et LAUGEL. Avec une pensée particulière pour ma guidante de mémoire, Madame LAUGEL, qui m'a accompagnée, soutenue et encouragée dans la rédaction de celui-ci.

Aux cadres de santé, qui ont accepté ma venue au sein de leur service pour mener mes enquêtes ainsi qu'aux puéricultrices, qui ont accepté d'être interrogées et qui se sont organisées afin d'être disponible lors des entretiens.

A mes collègues de promotion, qui m'ont été d'un grand soutien lors de cette année de formation si riche et intense.

A ma famille et à tous mes proches, qui m'ont soutenue tout au long de mon parcours.

A tous ceux, qui, au fil de ces dernières années, et sans qu'ils le sachent toujours, ont été de réconfort et par leurs encouragements, m'ont permis d'aller jusqu'au bout de mes rêves.

Et enfin, merci à vous tous, du fond du cœur, pour votre aide et votre soutien dans cette aventure extraordinaire !

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
1. DE L'ENTREE DANS LE PROJET DE RECHERCHE VERS LA QUESTION DE DEPART	2
1.1. La situation d'interpellation.....	2
1.2. Mise en problème	4
1.3. Identification et généralisation du problème de recherche	7
1.4. Formulation de la question de départ.....	7
2. EXPLORATION DE LA QUESTION DE DEPART : CADRE THEORIQUE.....	8
2.1.Le prendre soin.....	8
2.2.L'enfant, de 3 à 6 ans	13
2.3.Le refus de soin et la contention	19
2.3.1. Le refus de soin	19
2.3.2. La contention	21
3. FORMULATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET DES HYPOTHESES	27
4. METHODOLOGIE D'ENQUETE	28
4.1.Choix de la méthode.....	28
4.2.Choix de la population et lieux d'enquêtes	28
4.3. Mise en œuvre	29
5. ANALYSE	31
5.1.Présentation de l'échantillon	31
5.2.Présentation des résultats	32
5.2.1. Vers le métier de puéricultrice	32
5.2.2. Organisation du soin	34
5.2.3. Explication du soin	39
5.2.4. Difficultés rencontrées	43
5.2.5. Optimisation du soin	46
5.3.Prise de recul sur l'analyse.....	49
6. SYNTHESE DE L'ANALYSE.....	50
7. PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES	51
CONCLUSION	52
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	
ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN	
ANNEXE II : TABLEAU PRENTATION ECHANTILLON	
ANNEXE III : ENTRETIEN PUERICULTRICE NUMERO 6	

INTRODUCTION

L'origine de ce travail de fin d'études prend place avec la rencontre de Baptiste, enfant âgé de cinq ans, venu aux urgences, accompagné de sa maman, pour la réfection de son pansement suite à une opération d'un kyste pilonidal. Ce dernier ayant refusé le soin, les soignants ont eu recours à la pratique de la contention.

Cette notion de force qui se dégage de la contention, et qui est donc appliquée sans consentement au préalable de l'enfant, m'a profondément déconcertée.

La place laissée à l'enfant dans la prise en soin a dès lors suscité en moi un vif questionnement. En effet, d'un point de vue juridique, le consentement pour les mineurs non émancipés revient aux titulaires de l'autorité parentale. L'enfant devant être toutefois associé aux décisions qui le concerne, selon son âge et son degré de maturité. Mais que se passe-t-il lorsque ce dernier refuse le soin ?

Les soignants doivent donc redoubler d'efforts afin d'aboutir à une acceptation du soin, en s'adaptant au mieux aux capacités et aux compétences propres de l'enfant.

Ce mémoire a ainsi pour objectif de démontrer qu'une participation active de l'enfant de 3 à 6 ans est possible dans le soin par la recherche de son adhésion.

Une fois notre rencontre décrite, j'expliquerai le cheminement qui m'a conduite vers ma question de départ. Une étude conceptuelle sera ensuite présentée et fera naître une question de recherche, suivie de deux hypothèses. Une enquête sur le terrain menée auprès de puéricultrices, me permettra de confronter mes recherches antérieures à la réalité observée. L'exposition et l'analyse de ces résultats donneront lieu à la validation, ou à l'invalidation, des hypothèses.

Enfin, je conclurai mon travail avant d'en élargir les perspectives.

1. DE L'ENTREE DANS LE PROJET DE RECHERCHE VERS LA QUESTION DE DEPART

1.1. La situation d'interpellation

Dans le cadre de ma formation infirmière, j'ai eu l'opportunité d'effectuer mon stage pré-professionnel au sein d'un service pédiatrique accueillant les nourrissons, les grands-enfants et les adolescents. L'équipe à ce jour est composée d'un médecin de garde, d'un interne, de deux puéricultrices, d'une auxiliaire de puériculture ainsi que de moi-même.

Je suis de poste un samedi matin. J'effectue les soins auprès des enfants avec la puéricultrice qui m'encadre. Au cours de la matinée, une puéricultrice, exerçant au sein du service d'accueil et d'urgences pédiatriques, que je nommerai Oriane, nous demande si une personne peut venir en renfort pour la réalisation d'un pansement à un enfant. Après accord de la puéricultrice présente dans le service, je réponds à la sollicitation qui est faite. Oriane m'informe que l'enfant, que j'appellerai Baptiste, âgé de cinq ans, a suivi une opération il y a cinq jours pour un kyste pilonidal, qui s'en est suivi d'une hospitalisation d'une durée totale de deux jours, où sa maman a assuré une présence auprès de lui jour et nuit. Il est porteur d'un pansement avec méchage au niveau sacré qui nécessite une réfection quotidienne. Elle ajoute que depuis son hospitalisation, il se rend quotidiennement à l'hôpital de jour pour la réfection de son pansement, toujours accompagné de sa maman, mise à part la veille où c'est son papa qui a assuré la présence auprès de son fils, sa maman ayant des obligations familiales. Elle me précise que, depuis la première réfection de ce pansement, Baptiste se débat, d'où la nécessité de plusieurs personnes pour assurer la réalisation de ce soin en toute sécurité. Aujourd'hui, c'est sa maman qui l'a amené aux urgences après avoir remarqué une tâche ainsi qu'une odeur malodorante émanant de son pansement. Ils ont ainsi été reçus au sein du service d'accueil et d'urgences pédiatriques, l'hôpital de jour n'assurant pas les soins durant les week-ends. Oriane me précise qu'un antalgique (Paracétamol®) a été administré à Baptiste une heure plus tôt, dans le but de prévenir la douleur engendrée par le soin. En pénétrant dans le box de soin, j'aperçois Baptiste, assis sur les genoux de sa maman. L'interne du service est déjà présente, ainsi qu'une autre puéricultrice exerçant aux urgences, que je nommerai Mélanie, qui s'affaire à la préparation du matériel nécessaire pour la réalisation du soin. Baptiste observe avec attention les différents matériels manipulés par Mélanie, puis placés un à un sur le chariot de soin. Je remarque que, de l'autre côté de la pièce, l'interne tente de rassurer la maman, en pleurs, demandant « pourquoi la plaie de son fils s'est réinfectée ». Elle dit se sentir coupable de n'avoir

pas pu assurer la présence auprès de son fils la veille. Pour pallier à cela, elle le confiait à son mari. L'interne précise que le chirurgien de garde viendra observer la plaie et qu'il lui donnera de plus amples informations. Je me présente ensuite auprès de l'enfant et de sa maman. Oriane s'adresse à Baptiste en se mettant à sa hauteur : « Maintenant, nous allons commencer le soin. Tu vas être allongé sur le ventre afin qu'on puisse enlever ton pansement puis nettoyer ta plaie ». La maman le place sur la table d'auscultation et elle se rassoit aussitôt sur la chaise en retrait et porte nerveusement ses mains à son visage. Oriane informe Baptiste qu'elle va lui poser un masque (MEOPA®) qui va l'aider à diminuer sa douleur. Ses précédents soins ont aussi été effectués à l'aide de ce gaz à visée anxiolytique et procurant une analgésie de surface. Or, malgré cela, Baptiste commence à pleurer et à gesticuler, affirmant qu'il ne « veut pas qu'on touche à son pansement ». Mélanie l'informe qu'il faut qu'elle désinfecte sa plaie afin de combattre les microbes. Mais Baptiste s'agite de plus en plus. Elle sollicite alors Oriane pour lui mettre en place le MEOPA®, puis nous demande, à l'interne ainsi qu'à moi-même, de le maintenir en décubitus ventral. Mélanie commence à retirer le pansement. Le chirurgien, qui l'avait opéré cinq jours auparavant, arrive. Après s'être présenté à l'ensemble des personnes présentes dans le box de soin, il observe la plaie et demande à Mélanie de lui fournir la pince afin de retirer le méchage, tandis ce que l'interne et moi-même sommes contraints de maintenir Baptiste car ce dernier ne cesse de se débattre. Puis, nous relâchons Baptiste afin qu'il retourne dans les bras de sa maman, le temps que le chirurgien explique à cette dernière les modalités de la suite de la prise en charge. Puis, après que Baptiste se soit un peu apaisé dans les bras de sa mère, Mélanie indique à Baptiste qu'elle va continuer le soin. Sa maman le replace sur la table d'auscultation, tandis que Oriane lui réapplique le masque MEOPA®. L'interne, ainsi que moi-même, maintenons à nouveau Baptiste afin que Mélanie puisse effectuer la détersion et la désinfection de la plaie. Ce dernier ne cesse de se débattre, malgré les tentatives de rassurance d'Oriane : « c'est très bien », « bravo, tu es très courageux », « c'est bientôt terminé », « tu es un vrai champion ». Une fois la réfection du pansement terminée, qui a duré une quinzaine de minutes, Baptiste retourne dans les bras de sa maman, où il s'apaise quelque temps après.

1.2. Mise en problème

Cette situation m'a interpellée à différents niveaux et l'idéal soignant que je m'étais forgé aux cours des années fut remis en question. En effet, je me représentais la puéricultrice comme étant une personne dotée de douceur, de bienveillance et de patience, permettant d'apaiser et de protéger l'enfant. Or, dans cette situation, les gestes employés ne correspondaient pas au modèle que j'avais conçu. Je peux ainsi me questionner par rapport aux résultats obtenus et les mettre en lien avec les valeurs professionnelles et le contexte législatif.

Tout d'abord, j'ai eu l'impression de subir la situation avec un rôle qui m'a été imposé et dont je n'adhérais pas. D'autant plus que le service d'urgences m'était inconnu, ainsi que les soignants gravitant autour de l'enfant. Il m'était ainsi ardu de prendre position, ce qui m'a amené à suivre les indications de la puéricultrice, qui étaient de contenir l'enfant lors du soin. Cela a suscité en moi un questionnement : qu'est ce qui amène les soignants à recourir à la contention ? Quel impact peut-elle avoir sur l'enfant ? Quelles émotions engendrent-elle chez les soignants ? Aussi, j'ai eu l'impression que la contention devenait presque automatique dans certaines situations, l'obligation de réaliser le soin semblant être prioritaire sur le respect du refus de l'enfant. Ainsi, pourquoi arrive-t-on très souvent à la contention pour effectuer un soin technique ? Quelles sont les alternatives à cette dernière ?

Puis, je m'interroge sur la place de l'enfant qui est donnée dans la prise en soin avec la recherche possible de son consentement. D'un point de vue juridique, pour les mineurs non émancipés, le consentement est donné par le titulaire de l'exercice de l'autorité parentale. L'autorité parentale étant définie comme : « *un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, le respect dû à sa personne* »¹. Néanmoins, l'article L.111-4 du code de la santé publique stipule que : « *le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision* »² et la loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à

¹ YAKOUBEN, Karima. Le patient mineur et les consentements à recueillir. *Laennec* [en ligne]. 2011, (Vol. Tome 59), n° 4, p. 49-55. [Consulté le 11 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-laennec-2011-4-page-49.htm>

² LEGIFRANCE. *Code de la santé publique - Article L111-4*. Vol. L111-4 [en ligne]. [Consulté le 11 novembre 2018]. 26 janvier 2016. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767>

l'autorité parentale stipule de manière plus générale que « *les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité* »³. Ainsi, la décision de soins revient aux titulaires de l'autorité parentale mais il est en notre devoir, en tant que soignant, de rechercher le consentement du mineur à chaque fois que cela est possible. Or, dans cette situation, le consentement aux soins n'a pas été recherché auprès de l'enfant. Comment la puéricultrice peut-elle favoriser l'adhésion aux soins de l'enfant ? A partir de quel âge l'enfant est-il apte à exprimer sa volonté et à participer aux décisions qui le concernent ? Quel impact a la recherche du consentement sur le mineur hospitalisé dans sa prise en soins future ? Je m'interroge également sur un refus de soin émis par le mineur. En effet, en suivant les textes, le mineur doit être associé aux questions le concernant. Mais qu'en est-il, lorsqu'après avoir obtenu le consentement des parents, le mineur refuse tout de même les soins ?

Aussi, l'information représente une obligation pour les professionnels de santé, comme le stipule l'article L111-2 du Code de Santé Publique : « *Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle* »⁴. Il revient aux soignants d'informer les parents des soins qui vont être dispensés à leur enfant, mais également à l'intéressé lui-même en adaptant son information à son degré de compréhension. Comment apporter l'information à l'enfant, sans que cette dernière soit vécue comme anxiogène ? Quelle est la place des parents dans la communication de l'information à leur enfant ?

Par ailleurs, cette situation m'amène à me questionner sur la place laissée aux parents lors des soins. Au cours de cette situation, la maman était en retrait et semblait visiblement angoissée par la situation, sans doute majorée du fait qu'elle se sentait coupable de n'avoir pas pu assurer la présence auprès de son fils la veille durant les soins. Ainsi, quelle place donner

³ LEGIFRANCE. *LOI n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale* [en ligne]. 4 mars 2002. [Consulté le 11 novembre 2018]. Disponible à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000776352&categorieLien=id>
⁴ LEGIFRANCE. *Code de la santé publique - Article L1111-2*. Vol. L1111-2 [en ligne]. [Consulté le 12 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685758&dateTexte=&categorieLien=cid>

aux parents ? Quand faut-il leur proposer à participer aux soins ? Comment les guider pendant le soin de leur enfant ? Quel impact a la présence des parents sur la prise en soin de l'enfant ?

D'autre part, au niveau de la prise en charge de la douleur et de l'anxiété, j'ai eu l'impression qu'il y avait confusion entre ces deux éléments. En effet, de nombreux moyens ont été mis en place afin de gérer la douleur de l'enfant engendrée par le soin, mais aucune sollicitude quant à l'anxiété du petit patient. Les soignants s'étaient ainsi focalisés sur la gestion de la douleur de Baptiste, alors que ce dernier avait plutôt besoin d'être rassuré et entendu. Comment écouter au mieux les plaintes de l'enfant ? Par quels moyens peut-on améliorer la prise en charge de l'anxiété chez l'enfant lors d'un soin invasif ? Quelle place donner aux méthodes distractives dans les soins ?

En outre, la question de l'organisation du soin et de la temporalité mérite d'être soulevée. En effet, dans cette situation, j'ai eu l'impression que le soin s'était déroulé sur un temps très court et que les étapes se sont enchaînées sans que l'enfant puisse s'adapter et comprendre la situation. D'autre part, j'ai été interpellée par le nombre de personnes présentes dans le box de soin, qui pouvait être impressionnant pour l'enfant. Ainsi, ce surnombre de personnes gravitant autour de l'enfant pouvait-il majorer son anxiété ? Comment remédier à cela ?

De plus, nous pouvons soulever le fait que c'était un soin répétitif pour l'enfant. En effet la plaie de Baptiste nécessite une réfection de son pansement de manière quotidienne. Ainsi, pouvons-nous nous questionner sur la façon dont il avait vécu le soin les fois précédentes. Ses précédentes prises en soin ont-elles eu un impact sur son état d'anxiété ? Comment peut s'effectuer la prise en soin efficiente des enfants suivis sur un long terme ?

Aussi, cette situation nécessite une réflexion sur la communication soignant/soigné. En effet, lors du soin, la puéricultrice a utilisé des formulations positives dans l'intention d'encourager Baptiste, comme : « *c'est très bien* », « *bravo, tu es très courageux* », « *tu es un vrai champion* », mais qui semblaient être en total décalage avec l'état d'anxiété et d'agitation de l'enfant. Ainsi, quelle communication adopter auprès de l'enfant ? Quels mots peut-on employer afin de le rassurer ? Aussi, le soin semblait être également douloureux pour le soignant : Comment faire en sorte pour que le soignant ne projette pas sa propre représentation sur l'enfant ? Comment porter attention à la demande réelle de l'enfant ?

Enfin, nous pouvons dégager certaines valeurs soignantes qui sont mises en jeu. Parmi elles, nous relevons le principe de bienfaisance, de respect d'autonomie, de dignité, d'écoute et d'authenticité, qui sont des valeurs essentielles dans la prise en soin de l'enfant au quotidien.

1.3. Identification et généralisation du problème de recherche

Au travers de cette situation, de nombreux problèmes sont ressortis du questionnement comme la contention, le consentement et l'adhésion de l'enfant aux soins, l'information du patient, la place des parents dans la prise en soin, la prise en charge de la douleur et de l'anxiété de l'enfant, l'organisation et la gestion de la temporalité dans les soins, la notion de soin répétitif et la remise en question des valeurs soignantes.

A l'issue de ce questionnement, je me suis tout d'abord dirigée vers un problème en particulier, à savoir la recherche du consentement de l'enfant en service de pédiatrie et l'usage de la contention dans les soins. Puis, après m'être entretenue sur ce thème avec des puéricultrices par le biais d'entretiens téléphoniques, afin de m'assurer que ce sujet était exploitable, et avoir effectué des recherches plus approfondies sur ce sujet, notamment en consultant des ouvrages de déontologie et d'éthique médicale, j'ai eu le souhait d'élargir mon travail au concept de prendre soin en pédiatrie. En effet, je retire de cette situation que l'organisation et la dimension technique du soin avaient primé sur l'enfant, sa demande réelle n'étant pas entendue et écoutée par les soignants. Il me paraît ainsi primordial de s'intéresser à l'attention que l'on porte à l'enfant dans sa prise en soin et d'interroger cette question de contention.

Enfin, je pense qu'il serait bénéfique d'axer mes recherches vers une catégorie d'âge, à savoir auprès d'enfants âgés de 3 à 6 ans. En effet, à partir de cet âge, l'enfant est capable de comprendre des informations qui le concernent mais avec un fonctionnement psychique très spécifique.

1.4. Formulation de la question de départ

Ainsi, suite au questionnement mené à travers cette situation, aux réponses des professionnels de santé et aux recherches effectuées à ce sujet, cela m'a amené à formuler ma question de départ, à savoir :

En quoi l'usage de la contention par la puéricultrice constitue une limite du prendre soin en service de pédiatrie chez l'enfant de 3 à 6 ans ?

2. EXPLORATION DE LA QUESTION DE DEPART : CADRE THEORIQUE

Au regard de ma question de départ, j'ai isolé plusieurs concepts. Dans un premier temps, je développerai le concept du prendre soin, en abordant la question du care en pédiatrie. Puis, j'aborderai celui de l'enfant âgé de 3 à 6 ans. Enfin, je clôturerai mon cadre avec le concept de la contention.

De manière à définir au mieux les concepts cités ci-dessous, je me suis documentée à travers divers ouvrages et revues, disponibles au Centre Documentaire et d'Information de mon école de puéricultrices ainsi que sur la plateforme informatique. J'ai également effectué des recherches sur des sites Internet à partir d'organismes officiels. Par ailleurs, je me suis appuyée sur des enseignements théoriques, dispensés au sein de mon école de puéricultrices pour l'élaboration de ce cadre conceptuel.

2.1. Le prendre soin

Tout d'abord, il me paraît important de m'intéresser à l'origine étymologique du prendre soin. Celui-ci provient de l'association du terme « *prendre* », issu du latin « *prehendere* », signifiant « *prendre, saisir, s'emparer de* », et du mot « *soin* », descendant du bas latin « *sunnis, sunnia, sonia* », signifiant « *empêchement juridique* »⁵, supposant l'idée de s'arrêter à une affaire difficile. Véronique FAVETTA et Brigitte FEUILLEBOIS-MARTINEZ, toutes deux infirmières, complètent cette réunion latine étymologique en définissant le prendre soin comme un « *déséquilibre entre la nécessité de saisir, de tenir quelque chose ou quelqu'un et sa réalité qui serait soumise à une rudesse de mise en œuvre* »⁶. J'ai choisi cette définition car elle met en avant la complexité pour le soignant à prendre en soin un patient dans la réalité. En effet, le soignant doit faire appel à sa responsabilité, qui est d'apporter son attention envers la personne soignée, et qui peut être source d'appréhension pour ce dernier.

C'est sous le vocable de « *care* » que le mot prendre soin est né. Ce terme anglais comporte deux unités de sens liées entre elles. La première évoque une attitude et fait appel à « *une responsabilité pleine et entière, empreinte de sollicitude et du souci des autres* »⁷. La

⁵ FAVETTA, Véronique et FEUILLEBOIS-MARTINEZ, Brigitte. Prendre soin et formation infirmière. *Recherche en soins infirmiers* [en ligne]. 2011, (Vol. N° 107), n° 4, p. 60-75. [Consulté le 12 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-60.htm?contenu=resume>

⁶ Ibid

⁷ VIGIL-RIPOCHE, Marie-André. Prendre soin entre sollicitude et nécessité. *Recherche en soins infirmiers*

deuxième renvoie à une action de soins. Elle relève « *d'activités multiples sur les « nécessités vitales » et inclut, dans une situation de soins, le discernement de la nature des besoins dans leur analyse, leur compréhension et leur réponse* »⁸. Ainsi, de par sa provenance anglaise, pour pratiquer le prendre soin, le soignant doit adopter d'une part, une attitude permettant de se soucier de l'autre et d'autre part, prodiguer une action de soins permettant de répondre au plus proche des besoins de la personne soignée.

Walter HESBEEN, infirmier et docteur en santé publique, définit quant à lui le prendre soin comme une « *attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé* »⁹. A travers ses ouvrages, je retire la singularité du prendre soin. En effet, l'auteur précise que cette approche de soin ne peut s'écrire qu'au singulier, car « *l'attention particulière contenue dans le « prendre soin » ne peut, à chaque fois, qu'être unique* ».¹⁰ Il nous convient dès lors, en tant que soignant, d'essayer d'accueillir cette singularité et de la comprendre en vue de l'intégrer dans nos pratiques. Pour cela, le soignant se doit de se montrer curieux et d'adopter une vigilance en permanence.

Walter HESBEEN ajoute un autre élément important, apparentant la pratique des professionnels de santé à « *une pratique de l'art* »¹¹, nécessitant connaissances, habilités techniques et précisions car touchant directement à l'humain. Toujours selon l'auteur, cet art ne peut se confondre avec la mise en œuvre d'un protocole : « *Un art de l'«à chaque fois»¹², qui ne se duplique pas, ne se répète pas et qu'aucun protocole ne peut ni contenir, ni prédéterminer* »¹³. J'ai fait le choix d'apporter cette précision afin d'insister sur l'importance de la singularité de chaque situation humaine rencontrée et ne se réduisant pas à l'application d'un protocole, si pertinent et utile soit-il.

Aussi, il me paraît judicieux de me référer aux textes législatifs qui régissent la profession d'infirmière. Le décret du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique stipule, au

[en ligne]. 2011, (Vol. N° 107), n° 4, p. 6. [Consulté le 19 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-6.htm>

⁸ Ibid

⁹ HESBEEN, Walter. *Prendre soin à l'hôpital Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Elsevier Masson, 1997. 208 pages, page 8 (Hors collection). ISBN 2-225-85565-X

¹⁰ Ibid page 8

¹¹ HESBEEN, Walter. *Prendre soin à l'hôpital Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Elsevier Masson, 1997. 208 pages, page 95. (Hors collection). ISBN 2-225-85565-X

¹² DUPUIS, Michel. *Le soin, une philosophie*. 1re édition. Paris : Seli Arslan, 2015. (Perspective soignante). 157 pages, page 122. ISBN 978-2-84276-190-5

¹³ HESBEEN, Walter. *La qualité du soin infirmier : De la réflexion éthique à une pratique de qualité*. 3e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2017. 161 pages, page 4. (Hors collection). ISBN 978-2-294-75411-1

sein de l'article R4311-2, que : « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. [...]. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle* »¹⁴. Les soins infirmiers allient ainsi la qualité des soins techniques et la qualité des soins relationnels, qui nécessitent des connaissances théoriques, des habilités techniques et des compétences relationnelles.

Maintenant, je vais axer mes recherches sur le care en pédiatrie.

Bénédicte LOMBART, infirmière et cadre de santé à l'hôpital de Trousseau à Paris, expose, à travers son article¹⁵, que l' « *exercice des soins infirmiers en pédiatrie se fonde sur les principes conceptuels généraux des sciences infirmières* »¹⁶, mais que « *les soins pédiatriques présentent des particularités qui conduisent à une adaptation conceptuelle du care* »¹⁷. Celle-ci « *n'est formalisée que de manière très générale ou pour certaines situations spécifiques telle que la néonatalogie* »¹⁸. L'auteure met en avant que « *la construction d'un cadre conceptuel du care pédiatrique, fondé sur les recommandations et les éléments de preuve pourrait être utile pour formaliser l'exercice en soins infirmiers pédiatrique* »¹⁹. Actuellement, des « *principes qui fondent la pratique des soins en pédiatrie sont proposés pour ouvrir des perspectives de réflexion au sujet de l'inscription conceptuelle du care pédiatrique* »²⁰, que je vais détailler ci-après.

Avant de les aborder, il me paraît important de retracer l'évolution de la conception des soins pédiatriques à travers l'histoire médicale de la pédiatrie. Avant le XIX^{ème} siècle, les hôpitaux d'enfants sont consacrés « *aux orphelins et aux enfants abandonnés* »²¹. Leur mission est « *principalement de recueillir les enfants et non de dispenser des soins tels qu'on les entend aujourd'hui* »²². Jusqu'au XIX^{ème} siècle, « *la médecine ne fait pas distinction entre les*

¹⁴ LEGIFRANCE. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code [en ligne]. 29 juillet 2004. [Consulté le 19 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id>

¹⁵ LOMBART, Bénédicte. Le care en pédiatrie. *Recherche en soins infirmiers* [en ligne]. Octobre 2015, (Vol. N° 122), n° 3, p. 67-76. [Consulté le 15 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-67.htm?contenu=resume>

¹⁶ Ibid

¹⁷ Ibid

¹⁸ Ibid

¹⁹ Ibid

²⁰ Ibid

²¹ Ibid

²² Ibid

pathologies de l'enfant et de l'adulte »²³. Il faut attendre 1802 pour que le premier hôpital pédiatrique ouvre ses portes à Paris et s'axe sur l'étude des pathologies infantiles. « *A cette époque, le rôle de l'infirmière est d'apporter affection et soins maternels aux enfants hospitalisés* »²⁴. En 1886, la science « *d'élever hygiéniquement et physiologiquement les enfants* »²⁵ fait surface et le terme de « *puériculture* »²⁶ est créé par le Dr CARRON. Les soins aux enfants passent dès lors dans un domaine purement scientifique. De plus, « *la méconnaissance des infirmières et des parents quant au développement cognitivo-émotionnel de l'enfant et à ses besoins psycho-affectifs, participent à la construction d'une conception des soins pédiatriques centrées sur le respect de l'hygiène, justifiant ainsi une pratique déshumanisante* »²⁷. Les enfants se voient éloignés de leur famille le temps de leur hospitalisation. Il a fallu attendre la seconde guerre mondiale pour qu'il y ait « *reconnaissance des besoins psycho-affectifs des enfants* »²⁸ et que « *les effets négatifs de la séparation affective des enfants* »²⁹ soient mis en exergue. Quelques années après, voit le jour, en 1947, le diplôme d'Etat de puéricultrice. Pour autant, les mentalités changent très lentement. « *La préoccupation des soignants de pédiatrie reste prioritairement centrée sur les aspects prophylactiques et curatifs* »³⁰, positionnant le développement et les besoins de l'enfant au second plan et laissant peu de place aux sentiments des soignants. Les « *progrès médicaux* »³¹ et l'évolution de « *la place de l'enfant dans la société* »³² vont marquer un changement dans la « *conception des soins à l'enfant* »³³. « *Les concepts de soins pédiatriques intègrent le développement et les besoins psycho-affectifs de l'enfant en lien avec son environnement tout en s'appuyant sur les principes du « prendre soin »* »³⁴.

Aussi, la conception des soins pédiatrique est influencée par « *le passage des soins de l'enfant de la sphère privée à la sphère hospitalière* »³⁵. Ce transfert « *engendre une redistribution des rôles entre ceux qui vont donner les soins, c'est-à-dire entre les parents et*

²³ Ibid

²⁴ Ibid

²⁵ Ibid

²⁶ Ibid

²⁷ Ibid

²⁸ Ibid

²⁹ Ibid

³⁰ Ibid

³¹ Ibid

³² Ibid

³³ Ibid

³⁴ Ibid

³⁵ Ibid

les soignants »³⁶. Ainsi : « *Les soignants et les parents doivent conjuguer leurs efforts pour recréer un environnement suffisamment sécuritaire malgré le contexte médicalisé* »³⁷.

A présent, je vais aborder les deux principales théories des soins qui encadrent la pratique soignante en pédiatrie : En ce qui concerne le Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) ou programme néonatal individualisé d'évaluation et de soutien au développement en néonatalogie, celui-ci « *ressemble des stratégies environnementales et comportementales afin de favoriser le développement harmonieux du nouveau-né à terme ou prématuré* »³⁸. A propos du concept « *family centered care* »³⁹, il est une « *approche de la planification, de la prestation et de l'évaluation des soins de santé qui repose sur des partenariats mutuellement bénéfiques entre les professionnels de la santé, les patients et les familles* »⁴⁰. Quatre valeurs fondamentales régissent ce concept : La dignité et le respect, le partage d'information, la participation et la collaboration. Aujourd'hui, il est admis que la présence des parents contribue à diminuer la détresse de l'enfant et le sécurise affectivement.

Hormis ces deux théories, il n'existe à ce jour aucune conception des soins pédiatriques qui puisse édifier un cadre théorique spécifique au care en pédiatrie. Les pratiques de soins pédiatriques se basent sur un ensemble de principes fondés sur les connaissances biologiques, psychologiques et sociales de l'enfant. Certains éléments pratiques du care pédiatrique sont listés comme : « *Hospitaliser l'enfant dans un environnement adapté à son âge, permettre l'accès à la scolarité et aux activités récréatives, assurer un climat de confiance, évaluer, prévenir et traiter systématiquement la douleur, adapter son langage/développer une communication « positive », favoriser la présence des parents, interroger l'enfant sur ses choix et ses préférences, respecter les choix de l'enfant, favoriser l'expression des émotions, utiliser les moyens de distraction et de détournement de l'attention, s'appuyer sur les stratégies de coping propres à l'enfant et à sa famille, rejoindre l'univers de l'enfant, ajuster sa réponse à la réaction de l'enfant et pondérer les indications de soins* »⁴¹.

³⁶ Ibid

³⁷ Ibid

³⁸ FRANCK, L. S. et LAWHON, G. Environmental and behavioral strategies to prevent and manage neonatal pain. *Seminars in Perinatology* [en ligne]. 1998, (Vol. 22), n° 5, p. 434-443. [Consulté le 24 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9820568>

³⁹ INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE. Patient- and Family- Centered Care Defined [en ligne]. [Consulté le 24 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <http://www.ipfcc.org/bestpractices/sustainable-partnerships/background/pfcc-defined.html>

⁴⁰ Ibid

⁴¹ LOMBART, Bénédicte. Le care en pédiatrie. *Recherche en soins infirmiers* [en ligne]. Octobre 2015, (Vol. N°

Toutefois, Bénédicte LOMBART souligne que délivrer des soins aux enfants « *demeure un défi technique et relationnel* », qui nécessite « *une organisation et des compétences particulières* »⁴².

Désormais, il me semble opportun d'aborder le second concept de mon travail, à savoir celui de l'enfant de 3 à 6 ans dans le dessein de développer une expertise sur le développement cognitif et affectif de l'enfant et d'identifier ses compétences afin d'adapter au mieux notre attitude et nos actions dans la prise en soin de ce dernier.

2.2. L'enfant, de 3 à 6 ans

Selon le Dictionnaire de l'Académie française⁴³, le mot « *enfant* » provient du latin « *infans* », « *-antis* », « *celui qui ne parle pas, jeune enfant* », et, en bas latin, « *garçon ou fille de six à quinze ans environ* », dérivé du participe présent de « *fari* », « *parler* », avec le préfixe « *in -* » à valeur négative. Ainsi, cette étymologie, comme le souligne Calin DANIEL, « *ne renvoie pas à la réelle incapacité à parler du très jeune enfant, mais à la non-reconnaissance sociale de la parole des enfants* »⁴⁴.

En se référant à la convention internationale des droits de l'enfant, « *un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable* »⁴⁵. Je retire de cette définition la notion d'âge qui a son importance d'un point de vue juridique.

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales définit, quant à lui, un enfant comme un « *Être humain, sans différenciation de sexe, dans les premières années de sa vie et avant l'adolescence* »⁴⁶. Il me semble important d'ajouter à cette définition la précision qu'un

122), n° 3, p. 67-76. [Consulté le 15 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-67.htm?contenu=resume>

⁴² Ibid

⁴³FONDATION JEAN PIAGE. *LES RELATIONS ENTRE L'INTELLIGENCE ET FRANÇAISE*, Académie 9ème édition. *Dictionnaire de l'Académie française* [en ligne]. [Consulté le 6 février 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9E1534>.

⁴⁴ CALIN, Daniel. De l'enfance muette à l'enfance déniée. *Enfances Psy* [en ligne]. 2007, (Vol. n° 36), n° 3, p. 136-144. [Consulté le 12 février 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2007-3-page-136.htm?contenu=resume>

⁴⁵ UNICEF. Convention internationale des droits de l'enfant [en ligne]. [Consulté le 15 février 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>

⁴⁶ CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES. ENFANT : Définition de ENFANT [en ligne]. [Consulté le 6 février 2019]. Disponible à l'adresse : <http://www.cnrtl.fr/definition/enfant>

enfant est le « *fil*s ou la *fil*le de *quelqu'un* »⁴⁷, selon le dictionnaire Larousse, afin de mentionner la notion d'appartenance que peut avoir l'enfant vis-à-vis de quelqu'un, et plus particulièrement par rapport à ses parents.

Dans un premier temps, je vais aborder le développement cognitif de l'enfant.

Les stades de développement cognitifs ont été étudiés avec précision par Jean PIAGET, biologiste, psychologue, logicien et épistémologue suisse, connu pour ses travaux sur le développement cognitif de l'enfant. Il définit l'intelligence comme « *une activité assimilatrice, essentiellement constructrice et adaptative, consistant dans la coordination intériorisée de schèmes d'action* »⁴⁸, des schèmes d'action étant des « *des unités de comportement susceptibles de répétition* »⁴⁹. Pour lui, l'intelligence est une modalité de l'adaptation, où « *l'équilibre se fait entre deux pôles complémentaires : l'assimilation et l'accommodation* »⁵⁰. La première permet à l'organisme de conserver sa forme tandis que la seconde est en lien avec la situation extérieure selon laquelle l'organisme se modifie. Ainsi, par l'assimilation, l'enfant va pouvoir intérioriser une action extérieure dans ses données, qui, une fois appropriée, il pourra la reproduire en y joignant une action. Par l'accommodation, il va pouvoir ajuster cette dernière selon l'environnement extérieur. Jean PIAJET précise que cette adaptation est indissociable de l'organisation, c'est à dire que l'organisation permet la conservation des structures malgré des modifications qu'elles éprouvent. J'ai tenu à apporter ces éléments car il me semble important de comprendre le processus par lequel l'enfant intègre l'information afin de pouvoir adapter nos explications à son niveau de compréhension et qu'il puisse ainsi comprendre les soins que nous allons lui prodiguer.

Jean PIAJET émet l'« *hypothèse que les modes de pensée de l'enfant constituent une série de stades de développement intellectuel communs à tous les enfants de toutes les cultures* »⁵¹. Quatre grands stades de développement sont ainsi distingués par Jean PIAGET :

- Le stade sensori-moteur (de la naissance à deux ans)

⁴⁷ LAROUSSE, Éditions. *Définitions : enfant - Dictionnaire de français Larousse* [en ligne]. [Consulté le 17 février 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enfant/29439>

⁴⁸ FEDI, Laurent. Un cas de réception : Piaget lecteur de L'Évolution créatrice. *Annales bergsoniennes IV* [en ligne]. 2008. [Consulté le 23 février 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www-cairn-info-s.bibliopam.univ-catholille.fr/Annales-bergsoniennes-IV--9782130572305-page-237.htm>

⁴⁹Ibid

⁵⁰ XYPAS, Constantin. *Les stades du développement affectif selon Piaget*. Harmattan. Paris : 2001. 170 pages, page 31. (Psycho-Logiques). ISBN 2-7475-0648-7

⁵¹ MICHEL, R. Murray Thomas et Claudine. Théories du développement de l'enfant. De Boeck Supérieur, 1994. [Consulté le 28 février 2019]. DOI 10.3917/dbu.thoma.1994.01. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/theories-du-developpement-de-l-enfant--9782804115951.htm>

- Le stade pré-opératoire (de deux à sept ans)
- Le stade opératoire concret (de sept à douze ans)
- Le stade formel (de douze à seize ans)

Dans le cadre de ce travail, je vais axer mes recherches vers le stade pré-opératoire, qui correspond à la tranche d'âge que j'ai ciblée.

Toujours selon Jean PIAGET : « *Les enfants de cet âge ne sont pas encore prêts à effectuer des opérations mentales qui font appel à une pensée logique. La caractéristique principale de ce stade de développement cognitif est l'utilisation croissante de la fonction symbolique et des capacités de représentation apparues à la fin du stade sensorimoteur* »⁵². L'enfant peut ainsi penser à une personne, à un objet ou à un événement qui ne se trouve pas devant lui. Cela nous amène à l'intégration du jeu symbolique dans les soins par la puéricultrice. Un jeu symbolique étant défini selon, Nicolich McCUNE, comme : « *la combinaison d'une action réelle avec une intention imaginaire* »⁵³. L'enfant construit ainsi son propre système de signification, en intégrant le réel et en ajustant ses structures en conséquence, notamment par le biais des jeux d'imitation. De ce fait, utilisé à bon escient, le jeu aurait de multiples avantages auprès de l'enfant : il serait un moyen de l'informer du soin par l'utilisation de poupées, de personnages ou de marionnettes, de l'aider à exprimer ses ressentis et de diminuer son angoisse en lui permettant d'imaginer l'action à venir.

De surcroît, à partir de 3 ans, l'enfant a accès à la pensée magique. Elle permettrait d'« *expliquer des événements qui ne leur semblent pas avoir une explication réaliste évidente (souvent parce qu'ils manquent de connaissances sur le sujet) ou encore à céder aux plaisirs de l'invention* »⁵⁴. Par cet acte de penser, l'enfant peut contrôler, expliquer et changer la réalité afin de comprendre les événements auxquels il est confronté, le tout en lui procurant une satisfaction complète et immédiate. Ainsi, il me semble important pour la puéricultrice de prendre en considération cette pensée magique, car c'est grâce à l'utilisation de cette dernière que l'enfant peut gérer ses angoisses, ses peurs et donner du sens aux événements qu'il est en train de vivre.

⁵² PAPALIA, Diane, OLDS, Sally W. et FELDMAN, Ruth. *Psychologie du développement humain*. 7e édition. Bruxelles : De Boeck, 2015. 596 pages, page 145. ISBN 978-2-8041-6288-

⁵³ MARIE-HÉLÈNE PLUMET. La lettre d'information de la mission maternelle en Charente. Le jeu symbolique à l'école maternelle. [en ligne]. Avril 2017. [Consulté le 1 mars 2019]. Disponible à l'adresse : http://ww2.ac-poitiers.fr/dsden16-pedagogie/IMG/pdf/mission_mat_lettre_avril.pdf

⁵⁴ PAPALIA, Diane, OLDS, Sally W. et FELDMAN, Ruth. *Psychologie du développement humain*. 7e édition. Bruxelles : De Boeck, 2015. 596 pages, page 149. ISBN 978-2-8041-6288-7

La fonction symbolique contient le langage, élément phare de la représentation. Il est constitué de signes comme les sons, les mots et leur signification et les lettres de l'alphabet. Ces signes sont employés par convention sociale. Par le langage, l'enfant peut également se construire des symboles. Ainsi, « *Symbole et signes constituent, l'un et l'autre des moyens d'évocation, permettant de se représenter une chose par une autre* »⁵⁵. L'enfant est donc capable d'accéder à la parole pour se faire comprendre, d'exprimer ses peurs et ses ressentis vis-à-vis du soin et d'évoquer des objets ou des situations non perçus actuellement par l'intermédiaire de signes ou de symboles pour pouvoir se représenter une action à venir. Il me semble important de connaître ces éléments car cela nous permet d'interagir avec l'enfant, en instaurant un dialogue, tout en prenant soin de s'adapter à son niveau de compréhension et d'avoir notion de ses ressources intérieures afin d'ajuster au mieux notre mode de communication à ce dernier.

Jean PIAGET met en avant qu'une des principales limites de ce stade est la centration, « *c'est-à-dire la tendance à se concentrer sur un seul aspect d'une situation en négligeant tous les autres* »⁵⁶. De part cette centration, l'enfant éprouve des difficultés à comprendre le monde physique et ses relations sociales sont impactées. L'égoцентризм est une des formes de centration, qui « empêche l'enfant du stade préopératoire d'adopter un autre point de vue que le sien »⁵⁷. Il n'aborde les choses que selon son propre point de vue, ignorant l'existence d'autres perspectives. Sa pensée reste dès lors très subjective. La connaissance du fonctionnement de pensée de l'enfant par la puéricultrice est primordiale afin d'adapter la prise en soin à ce dernier.

Par ailleurs, le même auteur souligne que l'enfant « *est incapable de rapporter des objets semblables à une catégorie commune. Il n'a pas encore de capacité déductive* »⁵⁸. L'enfant éprouve ainsi des difficultés à rapprocher un acte technique à la catégorie du soin, donc bienfaisant pour lui. Il n'est donc pas rare que l'enfant s'agite, pleure et se débâte à l'approche d'un objet technique.

⁵⁵ XYPAS, Constantin. *Les stades du développement affectif selon Piaget*. Harmattan. Paris : 2001. 170 pages, page 82. (Psycho-Logiques). ISBN 2-7475-0648-7

⁵⁶ PAPALIA, Diane, OLDS, Sally W. et FELDMAN, Ruth. *Psychologie du développement humain*. 7e édition. Bruxelles : De Boeck, 2015. 596 pages, page 145. ISBN 978-2-8041-6288-7

⁵⁷ Ibid page 145

⁵⁸ LOMBART, Bénédicte. *Les soins en pédiatrie, Faire face au refus de l'enfant - Repères éthiques pour une posture soignante fondée sur la prudence*. 1 vol. Paris : Seli Arslan, 2016. 224 pages, page 112. (Penser L'action Sanitaire). ISBN 2-84276-223-1

A présent, je vais aborder le développement affectif de l'enfant.

Toujours selon Jean PIAGET, « *l'affectivité stimule ou perturbe l'intelligence* »⁵⁹ et « *intervient constamment dans les opérations de l'intelligence pour les stimuler ou les perturber* »⁶⁰. L'intelligence et l'affectivité sont inséparables et c'est en intellectualisant nos sentiments qu'ils s'organisent en structures. L'auteur énonce que « *tout au long du développement de l'enfant, l'intelligence et l'affectivité évoluent de manière parallèle, de sorte qu'à chaque stade intellectuel correspond à un stade affectif* »⁶¹.

Dans le cadre de mon travail, je vais orienter mes recherches uniquement au stade affectif correspondant au stade des représentations préopératoires de l'enfant de 3 à 6 ans. Par la représentation et le langage, les sentiments vont atteindre une certaine constance et une continuité, qu'ils n'avaient acquis jusqu'à présent. Ainsi : « *Ils vont maintenant se prolonger au-delà de la présence de l'objet qui les suscite, devenir représentatifs, et se socialiser comme se socialise l'intelligence* »⁶². Apparaissent dès lors des « *sentiments interindividuels* »⁶³, permettant les échanges affectifs entre personnes. Les affects sont « *intuitifs* »⁶⁴, marqués par l'apparition « *des sentiments sociaux élémentaires* »⁶⁵ puis « *moraux* »⁶⁶. De ce fait, l'enfant a accès à l'« *autovalorisation qui se manifeste dans les sentiments de supériorité et d'infériorité* »⁶⁷, puis à la « *valorisation interindividuelle qui s'observe dans la sympathie et l'antipathie* »⁶⁸. Les sentiments moraux lui permettent de juger les actions en regard de normes et d'échelles de valeurs. Tran THONG, professeur à l'université de Paris VIII, souligne qu'« *à cet âge, les rapports affectifs interindividuels sont essentiellement ceux entre parents et enfants. Ils sont des rapports inégaux d'obéissance et de soumission* »⁶⁹ et que « *les valorisations qu'effectue*

⁵⁹ XYPAS, Constantin. *Les stades du développement affectif selon Piaget*. Harmattan. Paris : 2001. 170 pages, page 33. (Psycho-Logiques). ISBN 2-7475-0648-7

⁶⁰ Ibid page 33

⁶¹ Ibid page 39

⁶² Ibid page 82

⁶³ FONDATION JEAN PIAGET. *L'affectivité dans le développement de l'enfant*. Genève : 2006. 195 pages, page 13. [Consulté le 3 mars 2019]. Disponible à l'adresse : http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/textes/VE/JP_54_cours_affect.pdf. Leçons reproduites d'après le Bulletin de Psychologie.

⁶⁴ Ibid

⁶⁵ Ibid

⁶⁶ Ibid

⁶⁷ TRAN-THONG. *Stades et concept de stade de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine*. Paris : Vrin, 1992. 455 pages, page 128. (Etudes de psychologie et de philosophie). ISBN 2-7116-0711-9.

⁶⁸ Ibid page 128

⁶⁹ Ibid page 129

l'enfant sont unilatérales »⁷⁰, c'est-à-dire ne pouvant pas s'universaliser et étant ressenties comme extérieur à lui. Cette unilatéralité représente ainsi le « *réalisme moral enfantin* »⁷¹. Ainsi, l'enfant est en capacité d'interagir avec autrui, de juger les autres par rapport à lui-même, de s'évaluer par rapport à ses semblables et d'être en capacité de juger des actions en se référant à des normes. On soulève toutefois que ces derniers restent unilatéraux, l'enfant se contentant d'intérioriser la règle morale en ne cherchant pas à en rendre raison, dévoilant la soumission à l'adulte, en particulier à ses parents. Il me paraît important que la puéricultrice ait connaissance du stade affectif où se situe l'enfant de 3 à 6 ans, afin d'ajuster sa prise en soin aux capacités et aux limites de l'enfant.

Par ailleurs, l'enfant à ce stade est régi par ses émotions : « *L'enfant fait passer ses propres affections en priorité en ignorant les contingences extérieures. [...] Ses émotions, sa peur régissent ses réactions sans tenir compte des contingences du soin* »⁷². Ses réactions oscillent donc selon sa perception affective, et non rationnelle. Alain parle ainsi de « *caprice* »⁷³, retraçant l'évolution imprévisible de la pensée de l'enfant, d'autant plus que cette dernière « *ignore l'ordre des choses* »⁷⁴, à la différence de l'adulte qui sait prioriser l'ordre des choses, ses désirs devant passer après de ce qui est utile.

Enfin, je conclurai ce concept en abordant la notion de durée. Il faut savoir qu'avant l'âge de 6 ans, l'enfant n'a pas encore acquis l'idée de la durée : « *Ainsi, pour les jeunes enfants, le temps n'est pas continu, commun à différentes actions, mais il est une entité éclatée, un temps propre à chaque événement et à chaque action dont ils font l'expérience* »⁷⁵. L'enfant vit donc les événements dans le présent, à la différence de l'adulte, qui lui, a conscience de la durée. C'est ainsi à l'adulte de s'adapter au rythme de l'enfant et non l'inverse.

⁷⁰ Ibid page 129

⁷¹ Ibid page 129

⁷² LOMBART, Bénédicte. *Les soins en pédiatrie, Faire face au refus de l'enfant - Repères éthiques pour une posture soignante fondée sur la prudence*. 1 vol. Paris : Seli Arslan, 2016. 224 pages. (Penser L'action Sanitaire). ISBN 2-84276-223-1

⁷³ ALAIN. *Propos sur l'éducation, suivis de Pédagogie infantine*. 7^e éd. Paris : Presses Universitaires de France – PUF, 2015. 383 pages. (Quadrige. Grand textes). ISBN 2-13-063482-6

⁷⁴ LOMBART, Bénédicte. *Les soins en pédiatrie, Faire face au refus de l'enfant - Repères éthiques pour une posture soignante fondée sur la prudence*. 1 vol. Paris : Seli Arslan, 2016. 224 pages, page 112. (Penser L'action Sanitaire). ISBN 2-84276-223-1

⁷⁵ DROIT-VOLET, Sylvie. *Le long apprentissage du temps*. [en ligne]. 2005, (Vol. 328), p. 42-50. [Consulté le 24 mars 2019]. Disponible à l'adresse : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00114986>

Ainsi, après avoir détaillé le développement cognitif, affectif et relationnel de l'enfant de 3 à 6 ans, je constate que ce dernier détient de nombreuses compétences, a accès à de nombreuses ressources intérieures et ses parents sont pour lui les références les plus importantes. La puéricultrice se doit de s'appuyer sur les compétences de l'enfant, en associant les parents, afin d'adapter sa prise en soin à ses capacités, tout en prenant en compte les limites qu'il présente.

Toutefois, nous pouvons constater, que dans l'exercice des soins pédiatriques, la nécessité de réaliser des soins techniques, associée à l'état d'anxiété de l'enfant ainsi que de ses parents, peuvent aboutir à un refus de l'enfant. Ces éléments viennent complexifier la prise en soin et, bien souvent, l'enfant s'éloigne des préoccupations des soignants et la contention devient un recours à la réalisation du soin. Ainsi, dans la troisième partie de mon cadre conceptuel, il me paraît judicieux de s'attacher à la question de la contention dans les soins.

2.3. Le refus de soin et la contention

Il me paraît important de m'intéresser en premier lieu au refus de soin de l'enfant qui est souvent prémisses de l'usage d'une contention.

2.3.1. Le refus de soin

Pour Bénédicte LOMBART, « *le refus s'oppose à l'acceptation* »⁷⁶. Selon elle, « *Le refus incarne le clivage des univers : un univers teinté d'imaginaire pour les enfants ; un univers rationnel pour les adultes. Les codes et les langages de ces deux univers sont différents. Le refus caractérise la démarcation entre le monde de l'enfant et celui de l'adulte.* »⁷⁷ Pourtant, bien nombre de fois nous entendons de la part du soignant face aux protestations de l'enfant des phrases telles que « *C'est pour ton bien !* »⁷⁸, « *Il faut le faire, c'est pour te soigner !* »⁷⁹. L'adulte tente de raisonner l'enfant et « *avance des arguments qui n'appellent pas de discussion* »⁸⁰. L'enfant se retrouve dans l'incapacité de faire valoir sa position face à l'adulte.

⁷⁶ LOMBART, Bénédicte. *Les soins en pédiatrie, Faire face au refus de l'enfant - Repères éthiques pour une posture soignante fondée sur la prudence*. 1 vol. Paris : Seli Arslan, 2016. 224 pages, page 53. (Penser L'action Sanitaire). ISBN 2-84276-223-1

⁷⁷ Ibid page 53

⁷⁸ Ibid page 54

⁷⁹ Ibid page 54

⁸⁰ Ibid page 54

J'ai choisi de mettre en avant ces éléments car ils dévoilent la scission entre le monde rationnel de l'adulte et le monde de l'enfant où l'imaginaire prend place et constitue une réelle force intérieure : « *C'est une véritable compétence pour garder un équilibre dans des quotidiens souvent exigeants, bousculés, compliqués* »⁸¹, comme le décrit Christine SCHUHL, formatrice spécialisée en sciences de l'éducation et démontrent avec justesse la nécessité pour le soignant d'accéder au monde imaginaire de l'enfant et non à l'enfant de s'inscrire dans le monde rationnel de l'adulte.

Toujours selon Bénédicte LOMBART, « *Refuser c'est dire son désaccord* »⁸², mais étymologiquement « *l'enfant, infans, est celui qui ne parle pas* »⁸³ Ainsi, la « *manière de dire de l'enfant* »⁸⁴ ne lui permet pas forcément de se faire entendre ou le soignant n'est pas prêt à l'écouter. Cela incombe au professionnel de santé d'adopter une attention toute particulière à l'enfant, en ayant connaissance de ses capacités cognitives et en reconnaissant la parole de l'enfant. Sébastien ROUGET, pédiatre et médecin adolescent, tente d'apporter une explication en passant par la définition du consentement : « *le consentement procède de la rencontre de la capacité de discernement d'un patient et d'une information loyale, claire et appropriée* »⁸⁵. Ainsi, il « *n'est de consentement, et donc de refus valide, qu'en présence de ces deux éléments* »⁸⁶. Le refus de soin se voit invalidé pour le jeune enfant, du fait qu'il n'a pas accès à des capacités de discernement. Les « *soignants pédiatriques se sentent ainsi légitimes à ne pas tenir compte du refus de l'enfant* »⁸⁷ et tous les moyens seront mobilisés pour dispenser le soin, en passant outre son refus. L'enfant, se sentant menacé, va tenter de fuir : « *L'agitation, le retrait et le refus inaugurent la contention* »⁸⁸. Bénédicte LOMBART parle de « *ronde chaotique* »⁸⁹ : « *Les bras s'entrecroisent, des mains saisissent et retiennent, d'autres (plus*

⁸¹ SCHUHL, Christine. Comment laisser une place à l'imaginaire dans le quotidien de l'enfant ? *Métier de la petite enfance*, Juillet 2010, n° 163, p. 10,11.

⁸² LOMBART, Bénédicte. *Les soins en pédiatrie, Faire face au refus de l'enfant - Repères éthiques pour une posture soignante fondée sur la prudence*. 1 vol. Paris : Seli Arslan, 2016. 224 pages, page 53. (Penser L'action Sanitaire). ISBN 2-84276-223-1

⁸³ Ibid page 53

⁸⁴ Ibid page 53

⁸⁵ ROUGET, Sébastien. « C'est pour ton bien. ». Face au refus de soin de l'enfant. *Enfances Psy* [en ligne]. 2017, (Vol. N° 73), n° 1, p. 146-154. [Consulté le 28 mars 2019]. Disponible à l'adresse : [https://www-cairn-info-s.bibliopam.univ-catholille.fr/revue-enfances-et-psy-2017-1-page-146.htm%20\(consult%C3](https://www-cairn-info-s.bibliopam.univ-catholille.fr/revue-enfances-et-psy-2017-1-page-146.htm%20(consult%C3)

⁸⁶ Ibid

⁸⁷ Ibid

⁸⁸ LOMBART, Bénédicte. *Les soins en pédiatrie, Faire face au refus de l'enfant - Repères éthiques pour une posture soignante fondée sur la prudence*. 1 vol. Paris : Seli Arslan, 2016. 224 pages, page 79. (Penser L'action Sanitaire). ISBN 2-84276-223-1

⁸⁹ Ibid page 79

petites) repoussent »⁹⁰ amenant à une « proximité »⁹¹ entre l'enfant et le soignant. Et c'est à ce moment que le « regard du soignant sur l'enfant s'échappe au moment où la main s'approche. »⁹².

A présent, je vais pouvoir aborder le concept de la contention.

2.3.2. La contention

La contention est définie par le dictionnaire Larousse comme le « *procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité* ». ⁹³

La contention « *vise le plus souvent à éviter des chutes ou à contenir l'agitation du patient* »⁹⁴. Lorsque celle-ci n'a pas de visée thérapeutique, il s'agit de contention passive. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé a défini la contention physique passive comme « *l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté* »⁹⁵. Différents moyens sont prévus à cet effet : des « *moyens spécifiques* »⁹⁶ comme des sangles, des attaches et des « *moyens non spécifiques* »⁹⁷ c'est-à-dire tout matériel détourné de son usage.

On retrouve la pratique de la contention dans de nombreux secteurs de soins. La contention a longtemps été banalisée en service de psychiatrie et son usage reste encore fréquent à nos jours. La loi du 26 janvier 2016⁹⁸ de modernisation de notre système de santé tente de faire

⁹⁰ Ibid page 79

⁹¹ Ibid page 79

⁹² Ibid page 79

⁹³ LAROUSSE, Éditions. *Définitions : contention - Dictionnaire de français Larousse* [en ligne]. [Consulté le 31 mars 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contention/18580>

⁹⁴ CHEVILLOTTE, Jérôme. Contention abusive et responsabilité infirmière. *La revue de l'infirmière*. Avril 2010, Vol. 59, n° n° 159, p. 29-31.

⁹⁵ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ-LIMITER LES RISQUES DE LA CONTENTION PHYSIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé-Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. [en ligne]. 2000. [Consulté le 31 mars 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>.

⁹⁶Ibid

⁹⁷ Ibid

⁹⁸ ASSOCIATION DES ETABLISSEMENT DU SERVICES PUBLIC EN SANTE MENTALE. Santé Publique :

diminuer ses pratiques, en demandant une limitation du recours à l'isolement et à la contention. La pratique de la contention est également très présente en service de gériatrie et en service d'urgence. Les services de médecine et les établissements médicaux sociaux sont également touchés par cette pratique.⁹⁹

En ce qui concerne le contexte législatif, l'infirmier, par son rôle prescrit, est habilité à l'« Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention »¹⁰⁰ soit en application d'une prescription médicale ou en application d'un protocole, suivant l'article R4311-7 du code de la santé publique. Aussi, il est habilité, par l'article R4311-9, à accomplir la « Pose de dispositifs d'immobilisation »¹⁰¹ sur prescription médicale à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment. Par ailleurs, dans le cadre de son rôle propre, l'article R4311-5 stipule que l'infirmier « Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention »¹⁰². La finalité étant d'assurer la protection du patient, comme le stipule l'article R4311-2. Ainsi, en regard de ses différents textes législatifs, la contention est permise. Néanmoins, celle-ci doit rester inhabituelle et ne doit pas être mise en place en première intention, la contention pouvant « être considérée comme une privation de liberté »¹⁰³. Lorsque l'usage de la contention bascule dans l'abus, l'infirmier peut être soumis au code pénal : « La réponse du droit français à tout abus de privation de liberté est de l'ordre du pénal »¹⁰⁴.

parution de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (27-01-2016). Dans : *Adesm* [en ligne]. 27 janvier 2016. [Consulté le 31 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <http://www.adesm.fr/sante-publique-parution-de-la-loi-n2016-41-du-26-janvier-2016-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante-27-01-2016/>

⁹⁹ CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ (FRANCE). Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Paris : Dalloz, 2016. [Consulté le 31 janvier 2019]. ISBN 978-2-247-16310-6. Disponible à l'adresse : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/05/CGLPL_Rapport-isolement-et-contention_Dalloz.pdf

¹⁰⁰LEGIFRANCE. *Code de la santé publique - Article R4311-7*. Vol. R4311-7 [en ligne]. 26 juillet 2005. [Consulté le 2 avril 2019]. 26 juillet 2005. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913894&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=>

¹⁰¹LEGIFRANCE. *Code de la santé publique - Article R4311-9*. Vol. R4311-9 [en ligne]. [Consulté le 2 avril 2019]. 8 août 2004. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913897>

¹⁰²LEGIFRANCE. *Code de la santé publique - Article R4311-5*. Vol. R4311-5 [en ligne]. [Consulté le 2 avril 2019]. 8 août 2004. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913892>

¹⁰³ CHEVILLOTTE, Jérôme. Contention abusive et responsabilité infirmière. *La revue de l'infirmière*. Avril 2010, Vol. 59, n° n° 159, p. 29-31.

¹⁰⁴Ibid

Dans le cadre de ce mémoire, je vais axer mes recherches à l'usage de la contention en milieu pédiatrique.

Dans la pratique pédiatrique, différents types de contentions peuvent être observés. Philippe KONOO propose de les regrouper en quatre façons : «

- *Par la contention mécanique, principalement par l'usage de ceinture fixées au lit, ou par une mesure d'isolement en chambre.*
- *Par une contention chimique, en administrant des médicaments sédatifs.*
- *Par une contention physique, en tenant fermement un enfant.*
- *Par une contention relationnelle, en « tenant » l'enfant par la parole »¹⁰⁵*

C'est la contention physique qui est la plus fréquemment rencontrée en service de pédiatrie. En effet : « *la contention est le plus souvent effectuée manuellement. Ce sont les mains et les bras des soignants qui sont utilisés et qui sont donc les outils de la contention* ». ¹⁰⁶ Les mêmes mains qui soignent vont donc être amenées à maintenir l'enfant le temps de la contention. La Haute Autorité de Santé définit la contention physique comme le « *maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique* » ¹⁰⁷. Cela rejoint la définition de la contention proposée par Bénédicte LOMBART qui est « *l'application de la force avec l'intention de maîtriser l'enfant* » ¹⁰⁸. Il y a ainsi une notion de force qui se dégage de la contention, et qui est « *par conséquent appliquée sans consentement préalable* » ¹⁰⁹. La même auteure précise que la contention est « *une technique nécessairement impliquante* » ¹¹⁰ où la « *volonté humaine* » ¹¹¹ serait à l'origine de ce processus.

¹⁰⁵ KONOO, Philippe. Enfant, contenance et contention. *Ethica Clinica*. Juin 2004, n° 34, p. 29-33.

¹⁰⁶ LOMBART, Bénédicte. *Les soins en pédiatrie, Faire face au refus de l'enfant - Repères éthiques pour une posture soignante fondée sur la prudence*. 1 vol. Paris : Seli Arslan, 2016. 224 pages, page 152. (Penser L'action Sanitaire). ISBN 2-84276-223-1

¹⁰⁷ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTÉ. ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ-LIMITER LES RISQUES DE LA CONTENTION PHYSIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé-Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. [en ligne]. 2000. [Consulté le 31 mars 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>.

¹⁰⁸ LOMBART, Bénédicte. Questionner l'usage de la force lors des soins pédiatriques. *Cahier de la puéricultrice*, Novembre 2016, n° 301, p. 12-15.

¹⁰⁹ Ibid

¹¹⁰ LOMBART, Bénédicte. *Les soins en pédiatrie, Faire face au refus de l'enfant - Repères éthiques pour une posture soignante fondée sur la prudence*. 1 vol. Paris : Seli Arslan, 2016. 224 pages, page 155. (Penser L'action Sanitaire). ISBN 2-84276-223-1

¹¹¹ Ibid page 155

Mais, qu'est-ce qui motive les soignants à avoir recours à la contention ? Pour Bénédicte LOMBART, « Agir pour le « bien » de l'enfant, le soigner malgré ses protestations est ce qui motive la pratique de la contrainte physique du jeune enfant malade lors des soins »¹¹². Cette motivation peut d'autant plus s'expliquer par cette « standardisation des gestes »¹¹³ qui a du mal à s'adapter « aux aléas émotionnels ou aux débordements comportementaux des enfants, qui, apeurés, s'agitent »¹¹⁴. L'usage de la contention « devient en quelque sorte une modalité parmi d'autres de la procédure de soin en pédiatrie »¹¹⁵, qui permettrait au soignant de parvenir à effectuer le soin. « Les protestations infantiles sont souvent balayées du revers de la main gantée d'un savoir scientifique »¹¹⁶. Bénédicte LOMBART parle ainsi d'une « cécité empathique transitoire »¹¹⁷ qui « saisit le soignant au moment de la contention de l'enfant, et participe à la suspension de l'exercice empathique, nécessaire à la poursuite de l'action de soin »¹¹⁸. La « perception de l'enfant »¹¹⁹ serait mise « entre parenthèses »¹²⁰ le temps de la contention. Cet « aveuglement transitoire »¹²¹ permettrait au soignant d'éviter de voir une « image interdite »¹²², marquée par la vision du soin et la détresse de l'enfant et qui « pourrait faire renoncer le soignant »¹²³.

D'autres facteurs ont été identifiés comme jouant un rôle prépondérant dans la décision de contenir l'enfant. Ceux-ci sont : « la nécessité du geste, sa nature, la sécurité de l'enfant, son niveau d'agitation, son âge, l'opinion des parents, la sécurité de l'équipe et la capacité d'obtenir le consentement de l'enfant »¹²⁴. La question de l'analgésie est également soulevée : « Si l'enfant a besoin d'être contenu de force, c'est qu'il s'agite et il le fait peut-être parce qu'il n'est pas suffisamment soulagé »¹²⁵. Une mauvaise évaluation et prise en charge de la douleur

¹¹² Ibid page 10

¹¹³ Ibid page 10

¹¹⁴ Ibid page 10-11

¹¹⁵ Ibid page 11

¹¹⁶ Ibid page 11

¹¹⁷ Ibid page 102

¹¹⁸ Ibid page 102

¹¹⁹ Ibid page 100

¹²⁰ Ibid page 100

¹²¹ Ibid page 102

¹²² Ibid page 103

¹²³ Ibid page 103

¹²⁴ LOMBART, Bénédicte. Questionner l'usage de la force lors des soins pédiatriques. *Cahier de la puéricultrice*, Novembre 2016, n° 301, p. 12-15.

¹²⁵ LOMBART, Bénédicte. *Les soins en pédiatrie, Faire face au refus de l'enfant - Repères éthiques pour une posture soignante fondée sur la prudence*. 1 vol. Paris : Seli Arslan, 2016. 224 pages. (Penser L'action Sanitaire). ISBN 2-84276-223-1

constituerait ainsi un facteur favorisant l'usage de la contention, tout comme « *la gestion de l'état émotionnel de l'enfant* »¹²⁶ qui « *engendre l'agitation* »¹²⁷ de ce dernier.

Or la contention ne serait pas sans dommage. Elle peut « *s'apparenter à une violence pour l'enfant* »¹²⁸, a un « *effet négatif sur son comportement et sur son vécu des soins* »¹²⁹ et pourrait être la cause « *d'effets à long terme sur son bien-être physique et émotionnel* »¹³⁰. Les parents seraient également affectés par la contention : « *les parents culpabilisent car ils se sentent impuissants face à la douleur et à la peur de leur enfant* »¹³¹. Tandis ce que le soignant « *est, le plus souvent, envahi d'un sentiment de malaise* »¹³². Je note ainsi l'impact qu'a l'usage de la contention sur l'ensemble des protagonistes du soin.

Alors que les effets néfastes de la contention sont démontrés, est-il légitime d'utiliser de la contention ? Nous avons vu précédemment qu'il existe des « *textes relatifs à la mise en place par des infirmières d'une contention dite passive, soit un dispositif d'entrave* »¹³³. Or, à l'heure actuelle le fait est qu'« *il n'existe aucun texte de loi en France relatif à la contention manuelle exercée lors des soins* »¹³⁴. Face à ce constat, on peut se poser la question à quel moment il devient légitime pour le soignant d'utiliser de la contention dans les soins. On entend par légitime « *ce qui est conforme à la loi idéale, à l'idée que l'on se fait de la loi, à distinguer de la loi positive, et qu'il faut entendre comme règle prescrite par une autorité* »¹³⁵.

Bénédicte LOMBART tente d'apporter une explication : « *La contention peut ainsi correspondre, aux yeux du professionnel, à une obligation pour répondre à l'idée qu'il se fait de l'intérêt de l'enfant, des règles du groupe professionnel, de l'exercice de son travail* »¹³⁶.

¹²⁶ LOMBART, Bénédicte. Questionner l'usage de la force lors des soins pédiatriques. *Cahier de la puéricultrice*, Novembre 2016, n° 301, p. 12-15.

¹²⁷ Ibid

¹²⁸ UGUET, Amélie. La contention de l'enfant en question. *Cahier de la puéricultrice*. Avril 2014, n° 276, p. 37-38.

¹²⁹ Ibid

¹³⁰ LOMBART, Bénédicte. Questionner l'usage de la force lors des soins pédiatriques. *Cahier de la puéricultrice*, Novembre 2016, n° 301, p. 12-15.

¹³¹ UGUET, Amélie. La contention de l'enfant en question. *Cahier de la puéricultrice*. Avril 2014, n° 276, p. 37-38.

¹³² ESTRASSE, Marie, TESSIER-L'EVEQUE, Mélanie, WANQUET-THIBAUT, Pascale. La contention lors des soins en pédiatrie. *Soins Pédiatrie Puériculture*. Septembre/octobre 2016, N°292. p.39-43.

¹³³ LOMBART, Bénédicte. *Les soins en pédiatrie, Faire face au refus de l'enfant - Repères éthiques pour une posture soignante fondée sur la prudence*. 1 vol. Paris : Seli Arslan, 2016. 224 pages, page 55. (Penser L'action Sanitaire). ISBN 2-84276-223-1

¹³⁴ Ibid page 55

¹³⁵ Ibid page 55

¹³⁶ Ibid page 55

Une « *triple obligation* »¹³⁷ incombe ainsi au professionnel qui est dès lors contraint de « *procéder à des adaptations tout comme à une hiérarchisation des priorités au sein de l'agir* »¹³⁸ : « *La priorité pouvant être donnée au faire permettrait ainsi à la fois de répondre aux règles du groupe et d'agir dans l'intérêt de l'enfant* »¹³⁹. Ainsi, je constate que trouver le juste milieu entre les obligations techniques et relationnelles demeure un enjeu pour le soignant, étant lui-même soumis à des obligations qui l'amènent à effectuer le soin et qui conditionnent sa vision de l'intérêt suprême de l'enfant.

Or ce sentiment de légitimité peut être remis en question par « *la prise de conscience de la légitimité du refus de l'enfant* »¹⁴⁰. Ainsi, si le professionnel entend le refus de l'enfant et le considère comme juste et valable, la contention ne serait plus justifiée.

Diverses alternatives à la contention forte ont été proposées, qui correspondent à plusieurs domaines. En premier lieu, l'« *analgésie à la douleur provoquée doit être systématique et adaptée* »¹⁴¹, ce qui permettrait une optimisation du déroulement des soins. Aussi, le fait de « *procéder par étapes* »¹⁴², en anticipant le soin, d'« *éviter d'allonger l'enfant* »¹⁴³ et de « *faire des courtes pauses au cours de la procédure* »¹⁴⁴ permettrait de réduire l'usage de la contention. Par ailleurs, « *une immobilisation partielle est à privilégier* »¹⁴⁵ afin d'éviter d'accroître l'agitation de l'enfant. Aussi, toute pratique de « *distraktion* »¹⁴⁶ est la bienvenue afin de « *solliciter l'attention de l'enfant* »¹⁴⁷ en le détournant du soin. Et si l'enfant s'agite malgré tout, le fait de « *faire un break et interroger l'enfant* »¹⁴⁸, d'« *évaluer l'urgence du soin* »¹⁴⁹ en la reportant si possible, et d'avoir recours à une « *sédation* »¹⁵⁰ adaptée dans le cas échéant seraient également des alternatives à l'usage de la contention forte en pédiatrie.

¹³⁷ Ibid page 147

¹³⁸ Ibid page 147

¹³⁹ Ibid page 148

¹⁴⁰ Ibid page 55

¹⁴¹ LOMBART, Bénédicte. Questionner l'usage de la force lors des soins pédiatriques. *Cahier de la puéricultrice*, Novembre 2016, n° 301, p. 12-15.

¹⁴² Ibid

¹⁴³ Ibid

¹⁴⁴ Ibid

¹⁴⁵ Ibid

¹⁴⁶ Ibid

¹⁴⁷ Ibid

¹⁴⁸ Ibid

¹⁴⁹ Ibid

¹⁵⁰ Ibid

3. FORMULATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET DES HYPOTHESES

Suite à la mise en place de mon cadre conceptuel, je constate que l'enfant de 3 à 6 ans possède de nombreuses ressources intérieures avec un mode de fonctionnement qui lui est propre. J'ai pris conscience de l'importance du monde imaginaire de l'enfant, constituant une sphère protectrice et étant un réel tremplin à la compréhension des événements qui l'entourent. Or bien souvent, force est de constater que c'est le soignant qui demande à l'enfant d'entrer dans le monde rationnel de l'adulte, l'enfant ne pouvant affirmer sa position et exploiter l'entièreté de ses potentialités. Le refus du jeune enfant n'est donc pas entendu et c'est alors que ce dernier, se sentant menacé, s'agite, engendrant une réponse par la contention menée par le soignant, allant à l'encontre du prendre soin en pédiatrie.

Ainsi, à l'issue de mes recherches, je pense qu'une participation active de l'enfant de 3 à 6 ans est possible dans le soin par la recherche de son adhésion. Cela incombe au soignant de lui fournir des informations claires et adaptées à son niveau de compréhension et à son fonctionnement psychique et d'entendre sa parole à sa juste valeur.

Tout cela m'amène à modifier ma question de départ qui était : « En quoi l'usage de la contention par la puéricultrice constitue une limite du prendre soin en service de pédiatrie chez l'enfant de 3 à 6 ans ? », pour aboutir à ma question de recherche qui est la suivante :

En quoi la puéricultrice va-elle optimiser le prendre soin par la recherche de l'adhésion de l'enfant de 3 à 6 ans, limitant ainsi sa contention ?

Cette problématique me conduit à formuler deux hypothèses, qui sont :

- **Hypothèse 1 : L'optimisation du soin de l'enfant de 3 à 6 ans est liée au temps d'explication donné par la puéricultrice pour recueillir son adhésion et ainsi limiter sa contention.**

- **Hypothèse 2 : En s'appuyant sur l'imaginaire de l'enfant de 3 à 6 ans, la puéricultrice améliorera l'adhésion au soin de l'enfant et limitera ainsi sa contention.**

4. METHODOLOGIE D'ENQUETE

4.1. Choix de la méthode

Dans le but d'affirmer ou d'infirmer mes deux hypothèses citées auparavant, mon choix s'oriente tout naturellement vers la réalisation d'entretiens semi-directifs. En effet, ma recherche s'axant plus vers un rapport relationnel et humain, il me semble pertinent d'opter pour cet outil de collecte de données qui favorise une plus grande liberté d'expression et qui me permettra d'approfondir et d'explicitier certains éléments au cours de l'enquête. Des questions de relances me permettront de recentrer le professionnel sur le sujet.

Ces entretiens ouvriront vers une analyse qualitative, autorisant à mesurer la qualité des réponses fournies par les professionnels, d'en mesurer l'impact et d'explorer de nouveaux concepts.

4.2. Choix de la population et lieux d'enquêtes

De par le contexte de mon sujet d'étude, je fais le choix d'interroger six puéricultrices. Je tiens à questionner deux puéricultrices exerçant en service d'urgences pédiatriques. Ces services d'urgences accueillent et prennent en soin tout enfant présentant des pathologies souvent aiguës et de gravité variable. De par la nécessité d'effectuer divers soins, souvent urgents et vitaux, les soignants peuvent être bien souvent confrontés au refus de l'enfant, l'enfant étant projeté dans le monde rationnel médical sans y être préparé au préalable. Cela me permettrait de déterminer si le caractère urgent du soin aurait un impact sur la conciliation des aspects techniques et relationnels et donc de la transmission d'explications du soin et de l'adaptation de ces dernières à l'enfant. Aussi, j'ai pour souhait d'interroger deux puéricultrices exerçant en service de pédiatrie générale. Ces professionnelles prennent en soin les enfants venant pour des pathologies diverses et sont amenées à effectuer des soins variés à l'enfant. Questionner leur organisation et leur attitude face à l'enfant me semble ainsi judicieux. Enfin, il me semble opportun d'interroger deux puéricultrices exerçant au sein d'un service de pédiatrie plus spécifique, comme au sein du service de Néphrologie, d'Endocrinologie, d'Hématologie et de Maladies Métaboliques. Les soins étant plus spécialisés, l'organisation doit être différente, tout comme les pratiques de soins. Il me paraît ainsi opportun de comparer ces trois services différents afin de déterminer quels sont les freins et les leviers à la transmission des explications du soin à l'enfant de 3 à 6 ans et à son accompagnement vers la compréhension du soin en fonction du lieu d'exercice.

4.3. Mise en œuvre

J'ai ainsi construit un guide d'entretien comprenant six questions centrales, étant à la fois ouvertes et précises. L'élaboration de ce guide s'est fait en fonction des concepts élaborés lors de mon cadre théorique et en regard de ma question de recherches et de mes hypothèses. Avant d'effectuer mes entretiens sur le terrain, j'ai eu l'opportunité de tester ma grille d'entretien auprès de plusieurs étudiantes puéricultrices de ma promotion. Ces échanges ont facilité la voie vers un réajustement de ma grille en tenant compte de leurs remarques. En effet, mes questions étaient initialement très directives et la prise de recul m'a permis de les ouvrir davantage afin de ne pas influencer l'interlocuteur. Par ailleurs, j'ai pu bénéficier de précieux conseils de la part de Madame LECLERCQ, Docteur en Socio-anthropologie et Chercheur au Centre Lillois d'Etudes et de Recherches Sociologique et Economique, qui, lors d'une intervention au sein de notre institut de formation sur la méthodologie d'enquête en sciences sociales, a accepté de prendre connaissance de ma grille d'entretien en vue d'une amélioration. Enfin, j'ai pu profiter d'un dernier temps, lors du suivi collectif du mémoire, pour présenter ma grille d'entretien aux étudiantes puéricultrices ainsi qu'aux guidantes de mémoires afin de recueillir leurs avis avant de me diriger vers le terrain.

Puis, je me suis rendue vers mes lieux d'enquête après avoir obtenu l'accord des cadres de santé.

Les entretiens ont été réalisés sur le temps de travail des puéricultrices. Les deux puéricultrices exerçant au sein du service de pédiatrie générale m'ont accueillie dans une salle isolée, éloignée des bruits extérieurs. Quant aux puéricultrices exerçant au sein du service d'urgences pédiatriques, l'une m'a reçue au sein de la salle de soin, mais l'activité du service étant faible à ce moment, les nuisances sonores ne furent pas perturbantes, et la deuxième au sein d'un bureau médical. Toutefois, ces deux dernières puéricultrices interrogées portaient en permanence le téléphone portable du service, et l'entretien devait de ce fait être par moment interrompu afin qu'elles puissent répondre à leurs obligations. En ce qui concerne les deux puéricultrices exerçant au sein du service de Néphrologie, d'Endocrinologie, d'Hématologie et de Maladies Métaboliques, toutes deux m'ont reçue au sein de la salle de soin, porte fermée, où nous n'étions pas interrompues lors de l'entretien.

La durée des entretiens oscille entre 14 minutes et 18 minutes. L'intégralité des puéricultrices interrogées ont accepté d'être enregistrées. Toutes ont eu l'opportunité de s'exprimer librement sur le sujet.

J'ai pu identifier plusieurs biais lors de mes entretiens. Tout d'abord, les puéricultrices exerçant en service de pédiatrie générale alternent leur exercice entre le service de néonatalogie et de pédiatrie générale. De ce fait, lorsque j'ai demandé à l'une d'entre elle de me faire part d'une situation où elle effectue un soin auprès d'un enfant de 3 à 6 ans, elle a dû relater en premier une situation vécue en néonatalogie avant d'arriver vers une situation ciblant la tranche d'âge de 3 à 6 ans. Aussi, afin de faciliter les démarches pour pouvoir effectuer les entretiens et n'étant pas native de la région, je me suis tournée vers des hôpitaux où j'avais effectué des stages dans mon cursus de formation de puéricultrice. Toutefois, les puéricultrices interrogées ne m'avaient pas encadrée, ce qui m'a permis de garder une neutralité dans les réponses fournies par ces dernières.

Au cours des entretiens, j'ai rencontré certaines difficultés, nécessitant la mise en place d'outils afin d'y pallier. Tout d'abord, il m'a fallu à plusieurs reprises reformuler certaines questions, notamment celles où je leur demandais de me faire part d'une situation d'un soin qu'elles avaient vécue auprès d'un enfant de 3 à 6 ans. Effectivement, j'ai dû mobiliser des questions de relance comme : « Le dernier effectué ? », « Celui de la semaine dernière ? » afin de les amener à contextualiser un soin dernièrement vécu. Aussi, le fait d'utiliser d'autres termes tels que : « Comment procédez-vous ? », « Pouvez-vous me raconter ? » s'est avéré utile pour obtenir le déroulé du soin, sans pour autant influencer les réponses des puéricultrices interrogées. A la question : « Comment procédez-vous pour donner les explications du soin à l'enfant de 3 à 6 ans ? », la réponse de mes interlocutrices devaient se réorienter grâce à mes diverses relances sur le sujet vers d'autres moyens qu'elles mobilisaient, ce qui me permettait alors d'approfondir mon analyse. Enfin, j'ai pu constater que, lorsque je demandais aux professionnelles de santé s'il y avait des situations où les explications de soins n'étaient pas transmises à l'enfant de 3 à 6 ans, bon nombre d'entre elles axaient leurs propos rapidement sur les moyens mis en œuvre pour optimiser le soin, malgré les contraintes qui s'imposaient à elles, nécessitant que je les amène à nouveau sur le sujet.

A présent, je vais pouvoir aborder l'analyse de ces entretiens.

5. ANALYSE

Afin d'exploiter ces données, je vais dans un premier temps réaliser une analyse thématique, en fonction des thèmes principaux qui ressortent du guide d'entretien et ayant pour visée de comparer les réponses entre elles. Pour ce faire, après avoir retranscrit intégralement chaque entretien, je vais intégrer les citations des puéricultrices au sein de tableaux récapitulatifs. Certains extraits apparaîtront également au cours de l'analyse. Cinq grands thèmes sont ainsi mis en exergue : « *Vers le métier de puéricultrice* », « *organisation du soin* », « *explications du soin* », « *difficultés rencontrées* », « *optimisation du soin* ».

Puis, je confronterai les réponses recueillies avec le cadre théorique en effectuant une analyse comparative des données. Cette exploration des données d'enquête aura pour dessein de confirmer, ou bien d'infirmer, les deux hypothèses de recherches citées auparavant.

Le guide des entretiens semi-directifs ainsi que l'une des retranscriptions se trouvent en annexe, à savoir celui de la puéricultrice numéro 6. J'ai opté pour celui-ci car il était pour moi le plus représentatif de mon travail.

5.1. Présentation de l'échantillon

Tout d'abord, je vais présenter l'échantillon, qui correspond aux différentes professionnelles de santé qui ont accepté d'être interrogées. Les puéricultrices numéro 1 et 2 exercent au sein d'un service d'urgences pédiatriques, situé dans un groupe hospitalier public. Les professionnelles de l'entretien 3 et 4 pratiquent au sein du service de pédiatrie générale, localisé au sein de ce même groupe hospitalier. Quant aux puéricultrices numéro 5 et 6, elles travaillent au sein d'un service de Néphrologie, d'Endocrinologie, d'Hématologie et de Maladies Métaboliques, dépendant d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Afin de rendre la lecture plus aisée, je vais vous l'a présenter sous forme de tableaux, consultables an annexes.¹⁵¹

Au regard de ces tableaux, je constate que toutes les professionnelles interrogées sont toutes des puéricultrices. La tranche d'âge varie entre 26 et 49 ans. Cinq d'entre elles ont des expériences antérieures auprès d'adultes. Depuis l'obtention de leur diplôme d'Etat de Puéricultrice, l'une d'entre elle bénéficie d'un an d'ancienneté, trois autres puéricultrices de sept ans, une cinquième de onze ans et une dernière de vingt et un an d'ancienneté. Concernant

¹⁵¹ Annexe II

leur parcours professionnel, je peux relever le fait que trois d'entre elles ont exercé au sein de leur même service depuis l'obtention de leur diplôme de puéricultrice, alors que les trois autres puéricultrices ont exercé dans d'autres services auparavant. Leur durée d'ancienneté au sein de leur service varie de quelques mois à dix années.

Je ne me suis pas attardée au sujet de leurs formations. Néanmoins, deux d'entre elles ont amené le sujet au cours de l'entretien. Aussi, il me semble opportun de les solliciter quant à leurs formations qu'elles ont pu bénéficier depuis la remise de leur diplôme d'Etat de Puériculture et qui auraient pu apporter des éléments complémentaires à mon analyse.

5.2. Présentation des résultats

A présent, je vais vous présenter les résultats obtenus, en réalisant dans un premier temps une analyse thématique, suivant les cinq grands thèmes : « Vers le métier de puéricultrice », « organisation du soin », « explications du soin », « difficultés rencontrées » et « optimisation du soin », puis je mettrai en corrélation ces résultats avec le cadre théorique en effectuant une analyse comparative de ces données.

5.2.1. Vers le métier de puéricultrice

Autour de cette thématique, l'objectif est de déterminer ce qui a motivé les soignantes interrogées à effectuer la spécialisation de puéricultrice. Après une analyse des différents éléments de réponses obtenus lors des entretiens, je peux mettre en avant que :

Le choix du métier de puéricultrice des professionnelles 1, 5 et 6 a été influencé par un vécu que leur est propre, à savoir la profession de leur mère, elle-même exerçant auprès des enfants. Cinq d'entre elles énoncent l'envie profonde qu'elles ont toujours eu d'exercer auprès des enfants, motivant leur choix de spécialisation. La puéricultrice numéro 5 insiste sur un métier « *où on se sent vraiment utile* » et qu'il « *ne soit pas abstrait* ». La professionnelle numéro 4, quant à elle, relate une expérience positive en service de pédiatrie, associé à une volonté de changement dans sa carrière professionnelle, la conduisant à suivre la formation de puéricultrice.

En sus, trois d'entre elles appuient sur la différenciation du monde adulte, en énumérant certains éléments recherchés en pédiatrie qu'elles ne trouvaient pas auprès de leur ancien public comme prendre « *le temps lors des soins de parler aux enfants* » mentionné par la puéricultrice numéro 4 et « *la prise en charge globale* » de l'enfant « *avec la famille également* », convoité par la puéricultrice numéro 6, associé au « *côté enfantin* », à

« *l'innocence de l'enfant* » et sa « *psychologie* ». Le « *jeu* » constitue également un aspect important dans la prise en soin de l'enfant par cette même puéricultrice.

De surcroît, deux des six professionnelles interrogées, à savoir la puéricultrice numéro 2 et 3, abordent le thème du prendre soin dans leur motivation à exercer ce métier. La soignante numéro 3 argumente par l'« *approche* » qu'elle peut avoir avec l'enfant, empreinte d'authenticité : « *on ne peut pas mentir* », en appuyant sur la « *relation de confiance* » nécessaire pour amener un enfant au soin.

Ainsi, à travers ces témoignages, je constate que les raisons qui ont amené les professionnelles de santé à effectuer la spécialisation de puéricultrice sont marquées, pour la moitié d'entre elles, par la présence d'un modèle d'influence, à savoir leur mère exerçant également auprès d'enfants. Cinq d'entre elles évoquent leur envie profonde d'exercer auprès d'enfants et que l'une d'entre elle fait état d'un changement de carrière professionnelle suite à une expérience positive en pédiatrie. Aussi, la moitié d'entre elles énonce l'envie de se démarquer du monde adulte, en recherchant certains éléments qu'elles ne retrouvaient plus auprès de leur ancien public, notamment le fait de pouvoir prendre du temps lors des soins, de soigner en ayant une prise en soin globale de l'enfant en y incluant sa famille et d'avoir recours à des moyens de distraction tel que le jeu. Enfin, deux d'entre elles abordent le thème du prendre soin, en énonçant l'approche relationnelle, l'authenticité des échanges et la relation de confiance, préalable indispensable à la prise en soin de l'enfant.

On peut mettre en corrélation les réponses obtenues par les puéricultrices avec certains éléments pratiques du care pédiatrique, décrit par Bénédicte LOMBART, comme le fait d'« *assurer un climat de confiance* », d'« *adapter son langage* » et d'« *utiliser les moyens de distraction et de détournement de l'attention* »¹⁵².

A présent, je vais pouvoir aborder la question de l'organisation, à travers le récit d'expériences de soins vécu auprès d'un enfant de 3 à 6 ans.

¹⁵² LOMBART, Bénédicte. Le care en pédiatrie. *Recherche en soins infirmiers* [en ligne]. Octobre 2015, (Vol. N° 122), n° 3, p. 67-76. [Consulté le 15 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-67.htm?contenu=resume>

5.2.2. Organisation du soin

En ce qui concerne l'organisation du soin, cette thématique vise à obtenir un aperçu du déroulé d'un soin auprès d'un enfant de 3 à 6 ans en laissant l'interlocuteur libre de s'exprimer sur le sujet.

Tout d'abord, les deux puéricultrices exerçant au sein du service d'urgences pédiatriques mettent l'accent sur le temps d'« *accueil* » qui leur permette d'observer l'enfant : « *on regarde l'enfant* », rapporté par la puéricultrice numéro 1. Ce temps d'observation leur permet de s'adapter à l'enfant : « *au niveau verbal, on voit la compréhension qu'il a* », exposé par la puéricultrice numéro 2. Il permet également de s'« *adapter aux parents* », comme le mentionne cette même puéricultrice. Je peux mettre en corrélation ces éléments avec la singularité du prendre soin décrite par Walter HESBEEN : « *l'attention particulière contenue dans le « prendre soin » ne peut, à chaque fois, qu'être unique* »¹⁵³. Les soignantes observent ainsi dans un premier temps l'enfant en vue d'accueillir sa singularité, de le comprendre et de pouvoir par la suite s'adapter à lui pour la réalisation du soin.

Un temps d'installation suit généralement, comme le mentionne ces deux mêmes puéricultrices exerçant en service d'urgences pédiatriques : « *on les installe* » (puéricultrice numéro 1). Ce moment d'installation est souvent propice aux explications « *on lui explique ce qu'on va faire* », toujours selon cette puéricultrice.

Toutes les professionnelles interrogées s'accordent sur l'importance de fournir les explications de soin à l'enfant : « *l'importance c'est d'expliquer tout ce qu'on fait* » (puéricultrice numéro 3). Je relève la volonté qu'elles expriment à adapter leurs explications à l'enfant : « *expliquer d'une manière simple* » comme le précise la puéricultrice numéro 5 et « *j'adapte le langage* », mentionné par la puéricultrice numéro 2 et soutenant par la même occasion que « *l'enfant est capable de comprendre pleins de choses* ». Divers stratagèmes sont mis en place afin d'adapter au mieux ces explications, notamment « *en montrant les gestes de ce qu'on va faire* », mentionné par la puéricultrice numéro 3. Cette même puéricultrice soutient que ces explications permettent d'amener l'enfant « *vers son consentement, sans forcer* ». Elle tente de lui montrer « *l'intérêt qu'il a à accepter le soin* », permettant un déroulé du soin plus « *calme* » et « *plus posé pour lui et aussi pour nous* ».

¹⁵³ HESBEEN, Walter. *Prendre soin à l'hôpital Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Elsevier Masson, 1997. 208 pages, page 8. (Hors collection). ISBN 2-225-85565-X

Je peux croiser ces données avec celles du cadre conceptuel, notamment avec les compétences de l'enfant de 3 à 6 ans. En effet, l'enfant à cet âge fait « *appel à une pensée logique* », marquée par « *l'utilisation croissante de la fonction symboliques et des capacités de représentations* »¹⁵⁴. Ainsi, l'intégration du jeu symbolique dans les soins par le biais de jeux d'imitation, comme le mentionne la puéricultrice numéro 3, constitue un bon moyen d'informer l'enfant du soin en s'adaptant à ses compétences. Par ailleurs, Bénédicte LOMBART mentionne au sein de son article qu'« *adapter son langage* »¹⁵⁵ à l'enfant représente un élément pratique du care pédiatrique, rejoignant ainsi les propos de la puéricultrice numéro 2.

Bon nombre de puéricultrices s'attardent à décrire l'attitude qu'elles adoptent auprès de l'enfant. La puéricultrice numéro 2, ainsi que les deux puéricultrices exerçant en service de pédiatrie générale, mettent l'accent sur la présentation : « *déjà je me présente* » (puéricultrice 4). Ces trois puéricultrices s'harmonisent en énonçant toutes trois qu'elles demandent comment l'enfant s'appelle, leur permettant de l'appeler par « *son prénom* » (puéricultrice 2). Elles posent à l'enfant des questions sur son environnement : « *s'il avait des frères et sœurs* » (puéricultrice 3), « *dans quelle classe il est* » (puéricultrice 4). Cette dernière puéricultrice explique que cela permet à l'enfant « *de se détendre* » et d'avoir un sujet d'accroche pendant le soin. La finalité étant, pour la puéricultrice numéro 2 et 5, d'« *essayer de le rassurer* » (puéricultrice 2). La puéricultrice numéro 3 explique que malgré le temps restreint qui lui est accordé, elle essaye de créer « *une petite relation* », allant jusqu'à « *la prise de confiance* » de l'enfant, décrit par la puéricultrice numéro 2. Au surplus, le « *sourire* » semble occuper une place appréciable dans la relation, comme le soulèvent les puéricultrices numéro 2 et 6. La soignante numéro 3 et 6 révèle avoir recours à l'humour pendant le soin : « *en plaisantant un petit peu autour de cette histoire de fil* » (puéricultrice 3), « *en faisant des blagues* » (puéricultrice 6).

Plusieurs éléments peuvent être mis en lien avec le cadre théorique. Tout d'abord, le fait de questionner l'enfant sur son environnement, évoqué par les deux puéricultrices exerçant en service de pédiatrie générale, permet de « *rejoindre l'univers de l'enfant* »¹⁵⁶ en l'interrogeant « *sur ses choix et ses préférences* »¹⁵⁷, comme décrit plus haut par Bénédicte LOMBART dans

¹⁵⁴ PAPALIA, Diane, OLDS, Sally W. et FELDMAN, Ruth. *Psychologie du développement humain*. 7e édition. Bruxelles : De Boeck, 2015. 596 pages, page 145. ISBN 978-2-8041-6288-7

¹⁵⁵ LOMBART, Bénédicte. Le care en pédiatrie. *Recherche en soins infirmiers* [en ligne]. Octobre 2015, (Vol. N° 122), n° 3, p. 67-76. [Consulté le 15 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-67.htm?contenu=resume>

¹⁵⁶ Ibid

¹⁵⁷ Ibid

les éléments pratique du care en pédiatrie. « Assurer un climat de confiance »¹⁵⁸, autre élément pratique du care, peut également être mis en corrélation avec « la prise de confiance » de l'enfant, énoncé par la puéricultrice numéro 2. Ainsi, je remarque que plusieurs éléments cités par les professionnelles interrogées s'inscrivent dans les pratiques du care pédiatrique.

De surcroît, je relève une certaine segmentation du soin lors de la présentation des situations 1, 3 et 6. En effet, la première puéricultrice interrogée en service d'urgences pédiatriques précise que le soin est ponctué de temps où l'enfant se rend en salle de jeu, à savoir après l'avoir installé et donné des explications à l'enfant et lorsque le soin est terminé. Elle met également en évidence qu'elle n'hésite pas à attendre « vraiment qu'il soit calme » afin de réaliser le soin « en douceur ». En parallèle, la puéricultrice numéro 3 exerçant en service de pédiatrie générale, décrit à travers sa situation, qu'avant d'emmener l'enfant en salle de soin, elle privilégie un temps devant « l'aquarium » qui lui a permis dans un premier temps de se présenter à lui puis dans un second temps de s'éclipser dans la salle de soin afin d'assurer la préparation du matériel nécessaire au soin pendant que la maman patientait avec lui toujours devant cet aquarium. Elle explique par ailleurs qu'elle attache une importance à attendre « que l'Entonox® fasse effet » et d'effectuer des courtes pauses pendant la réalisation du soin en fonction des réactions de l'enfant « si ça pique trop fort tu me le dis, on arrête ». Quant à la dernière puéricultrice interrogée, celle-ci expose que lors de la situation, l'enfant refusant de se faire piquer, elle a entamé un temps de « négociation » en « parlant avec lui », en lui demandant « si c'est possible qu'il reste calme » et qui s'est conclu en proposant à l'enfant de « compter avec nous » et de piquer « au nombre qu'il a dit ».

De ce fait, je constate que les puéricultrices interrogées sont attentives au comportement de l'enfant, ajustant leurs actions en conséquence. Elles se rallient ainsi à l'un des principes du care qui est d' « ajuster sa réponse à la réaction de l'enfant »¹⁵⁹. De même, les dires de l'enfant sont entendus à leur juste valeur, les soignantes n'hésitant pas à interrompre leur soin si nécessaire. L'usage de la contention se voit dès lors réduit, les professionnelles ayant décelé des ressources pour éviter d'avoir recours à la force. Ces situations sont similaires à certaines alternatives à la contention forte proposées par Bénédicte LOMBART, qui sont de : « procéder par étapes »¹⁶⁰ en anticipant le soin, « de faire des courtes pauses au cours de la procédure »¹⁶¹

¹⁵⁸ Ibid

¹⁵⁹ Ibid

¹⁶⁰ LOMBART, Bénédicte. Questionner l'usage de la force lors des soins pédiatriques. *Cahier de la puéricultrice*, Novembre 2016, n° 301, p. 12-15.

¹⁶¹ Ibid

et que si l'enfant s'agite malgré tout, « *faire un break et interroger l'enfant* »¹⁶². Le refus de l'enfant semble être entendu dans ces situations, les soignants puisant divers moyens afin d'amener l'enfant vers son consentement.

En outre, je peux souligner dans l'organisation du soin une répartition des rôles entre la puéricultrice et l'auxiliaire de puériculture. La puéricultrice numéro 1 indique que lorsqu'elle prépare le matériel requis pour le soin, l'auxiliaire de puériculture divertit l'enfant : « *elle chante une chanson* », « *elle met le masque* », « *elle détend un peu l'atmosphère* ». Pour le soin effectué par la puéricultrice numéro 6 s'effectuant en stérile, la distraction étant assurée par la maman pour le bien être de son enfant, l'auxiliaire de puériculture assistant alors la puéricultrice en lui fournissant le matériel nécessaire. Quant à la puéricultrice numéro 5, celle-ci mentionne l'éducatrice de jeunes enfants jouant un rôle primordial en « *allant voir chaque enfant* », « *en regardant ce qu'il aime* », mettant « *une bonne ambiance* ». Je constate ainsi que pour que les puéricultrices puissent se concentrer sur l'aspect technique du soin, une autre personne les seconde pour distraire l'enfant, que ce soit l'auxiliaire de puéricultrice, l'éducatrice de jeunes enfants ou encore le parent présent.

De par ces informations, je souligne que les puéricultrices parviennent à s'organiser avec la personne présente à leur côté afin de concilier l'aspect technique et relationnel auprès de l'enfant pendant le soin, atténuant ainsi la triple obligation qui incombe au professionnel, contraint jusqu'à là de prioriser ses actions, comme explicité au cours du cadre théorique par Bénédicte LOMBART. Ainsi, par ce stratagème établi par les professionnelles interrogées, la balance est équilibrée, la puéricultrice pouvant se focaliser sur le faire, pendant qu'une autre personne la seconde pour l'aspect relationnel en distrayant l'enfant lors du soin.

Cela nous permet d'aborder dès à présent les différentes méthodes de distraction évoquées par toutes les professionnelles interrogées. On relève les « *chansons* », exploitées dans les situations émanant du service d'urgences pédiatriques ainsi que celles décrites par la puéricultrice numéro 5. Le « *jeu* » est également cité par deux puéricultrices, la numéro 2 et la 6. Enfin, on mentionne l'utilisation de supports numériques tel que la « *télé* » et les jeux sur les « *tablettes* ». Je peux apparenter ces éléments avec l'une des alternatives à la contention forte décrite par Bénédicte LOMBART qui a pour dessin de « *solliciter l'attention de l'enfant* »¹⁶³

¹⁶² Ibid

¹⁶³ LOMBART, Bénédicte. Questionner l'usage de la force lors des soins pédiatriques. *Cahier de la puéricultrice*, Novembre 2016, n° 301, p. 12-15.

afin de le détourner du soin. Ces méthodes de distractions seront approfondies lors la thématique suivante.

En association avec ces méthodes de distraction, on note l'utilisation de traitements antalgiques, tel que l'usage de la crème anesthésiante soulevée par la puéricultrice numéro 1 et 2, nommée crème « *magique* » par cette dernière. Le mélange équimolaire oxygène et de protoxyde d'azote, soit MEOPA, est également mobilisé dans les situations numéro 1 et 3. Ces éléments rejoignent un des principes phare du care pédiatrique, décrit par Bénédicte LOMBART, qui a pour visée de traiter de manière efficace la douleur provoquée par les soins. De ce fait, en garantissant la prise en charge de la douleur de l'enfant, le déroulé du soin serait optimisé et l'usage de la contention amoindri.

Par ailleurs, je constate la place importante qu'est accordée aux parents lors des soins. En effet, cinq des six puéricultrices les mentionnent lors de leur récit d'expérience. Les puéricultrices 1 et 2 se rejoignent en annonçant que les parents les secondent pour fournir les explications de soin à l'enfant : « *les parents leur expliquent* » (puéricultrice 1), la maman « *explique ce qu'on fait* » (puéricultrice 6). La puéricultrice numéro 2 s'attache sur l'importance d'accueillir les parents et d'adapter son discours à ces derniers. Lors de la dernière situation relatée par la puéricultrice, la maman s'investit même dans la distraction de son enfant, notamment en en lui proposant des jeux disponibles sur sa tablette. La soignante numéro 5 annonce qu'elle est prête à « *repousser le soin si le parent entre temps est parti* » et veille à ce que les parents soient aux côtés de l'enfant pour le soin, avis partagé par la puéricultrice numéro 1 : « *on ne fait jamais le soin tout seul sans les parents* ». La puéricultrice numéro 5 évoque par la même occasion le rôle prépondérant des parents dans la prise en soin future de leur enfant en assurant les soins à domicile : « *les parents [...] c'est eux qui assurent* ». Toutefois, la présence des parents peut, dans certaines situations, compliquer le déroulé du soin, comme le mentionne la puéricultrice numéro 2 : « *si les parents ne sont pas aidants, ça m'est déjà arrivé de faire sortir les parents* » pour « *essayer de.... canaliser l'enfant* », souffle à mis-mot la professionnelle de santé. Nous avons pu voir lors de l'élaboration du cadre conceptuel qu'il était reconnu de nos jours que la présence des parents participe à réduire la détresse de l'enfant et le sécurise affectivement. Ces éléments sont ainsi en concordance avec les données du cadre théorique.

A présent, je vais pouvoir m'intéresser à la manière dont les explications concernant le soin sont transmises à l'enfant ainsi qu'aux moyens mis en œuvre pour y parvenir.

5.2.3. Explications du soin

A propos des explications du soin, cette thématique a pour dessein, en questionnant les professionnelles sur la manière dont elles procèdent pour fournir les explications de soin à l'enfant, de mettre en relief les moyens mobilisés et de se pencher sur l'aspect de la gestion du temps en regard des différents services.

De prime abord, je soulève que les puéricultrices interrogées sont unanimes à l'intérêt de fournir les explications de soin à l'enfant : « *je lui explique ce qui va être fait* » (puéricultrice 2), « *j'explique tout* » (puéricultrice 4), « *je pense ce qui rassure le plus c'est d'expliquer tous ces gestes* » (puéricultrice 5). Les puéricultrices prennent soin d'adapter leur explication à l'enfant, comme le met en exergue la puéricultrice numéro 3 : « *s'adapter en fonction de l'âge de l'enfant, de ce qu'il peut comprendre* ». Je constate que le vocabulaire est ajusté en fonction du niveau de compréhension de l'enfant : « *un petit rond blanc* » (puéricultrice 1), « *une petite piqure de moustique* » (puéricultrice 6). Selon cette dernière, le langage représente l'une des clés à l'explication des informations à l'enfant puisqu'il « *suffit pour s'adapter* » en employant les « *mots justes* ». Elles utilisent ainsi des métaphores afin d'associer les sensations que l'enfant va ressentir au moment du soin à l'histoire qui est racontée. D'autres supports sont également employés, comme l'utilisation d'un support visuel, explicité par la puéricultrice numéro 5 : « *je parle aussi en visuel* », lui permettant d'adapter ses explications à l'enfant. Pour cela, elle a recours à des échelles analogiques de douleur : « *pour la douleur on a des réglettes* ».

Afin de s'adapter au mieux à l'enfant, la puéricultrice numéro 3 exerçant en pédiatrie générale déclare que, malgré un temps court qui lui est imposé, elle « *essaye de capter le comportement de l'enfant* ». Elle se positionne en tant qu'observatrice : « *c'est de l'observation* », et n'hésite pas à se tourner vers les parents accompagnant afin de les questionner pour obtenir de plus amples informations : « *on questionne aussi la famille* ». Je soulève par la même occasion que les explications de soin sont également transmises aux parents, comme le déclare la puéricultrice numéro 1 : « *on peut lire avec les parents* », et par la puéricultrice numéro 6 : « *on vient faire la prise de sang, pour expliquer aux parents* ». Ces derniers peuvent les seconder dans les explications du soin à l'enfant, comme l'indique la dernière puéricultrice interrogée : « *le parent souvent il intervient et puis il nous aide* », en particulier lorsque l'enfant a « *des troubles de la parole* » ou des « *troubles du comportement* ».

Je peux de la sorte rapprocher ces derniers propos au concept de « *family centered care* »¹⁶⁴ encourageant « *le partage d'information* »¹⁶⁵, « *la participation* »¹⁶⁶ et « *la collaboration* »¹⁶⁷ de la famille. L'association des parents dans la prise en soin de l'enfant a de nombreux avantages : ces derniers se sentent associés à la situation, les professionnels peuvent plus aisément approcher l'enfant en recueillant plus rapidement les domaines qui intéressent l'enfant et celui-ci se sentant plus en confiance avec ses parents à ses côtés.

Aussi, divers supports sont mentionnés par les puéricultrices. Au sein du service d'urgences pédiatriques, l'utilisation d'affiches est citée : « *il y a des affiches dans la salle* » (puéricultrice 2), étayées de « *dessins avec des explications* » (puéricultrice 1). La puéricultrice numéro 3 exerçant en service de pédiatrie générale explique également s'étayer « *des affichettes* » pour fournir les explications. Les livres sont également cités par la puéricultrice numéro 2 comme support pour l'explication aux soins. En sus, la puéricultrice numéro 1 et 3 indiquent exploiter les dalles colorées et ludiques situées au niveau du plafond ou encore des dessins sur les murs. Ces éléments, attractifs pour le regard de l'enfant, proposant des univers et des jeux, sont utilisés à bon escient par les professionnelles afin de faire diversion lors des soins prodigués, comme le souligne la puéricultrice numéro 1 : « *on demande à l'enfant de compter les lutins* ». La puéricultrice numéro 5, exerçant au sein du service de Néphrologie, d'Endocrinologie, d'Hématologie et de Maladies Métaboliques, expose encore d'autres supports qu'elle a recours, comme l'utilisation d'une « *petite abeille* » fixée avec un « *petit élastique* » qui « *vibre* », permettant ainsi de distraire le « *bras* » lors de l'injection d'insuline. Elle a également à disposition une « *mallette de distraction* », avec divers objets ayant pour vocation de distraire l'enfant tel que des « *jeux de lumière* », ou encore « *un bâton de pluie* ». Pour les plus grands, elle cite « *le loto des odeurs* », qui permet à l'enfant de se « *centrer vers autre chose* » pendant la réalisation du soin. Elle mentionne par ailleurs l'usage de supports numériques, comme les « *téles amovibles dans les chambres* » permettant de mettre des « *comptines* » à l'enfant pendant le soin. Enfin, elle a accès à des kits de démonstration pour les injections d'insuline, permettant de montrer le soin en amont à l'enfant pour qu'il puisse se le visualiser, avant de le lui effectuer : « *on pique dans la mousse en avant pour pouvoir montrer voilà ce que tu auras* ». Ce kit est laissé à disposition des parents afin qu'ils « *puissent pratiquer*

¹⁶⁴ INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE. Patient- and Family- Centered Care Defined [en ligne]. [Consulté le 24 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <http://www.ipfcc.org/bestpractices/sustainable-partnerships/background/pfcc-defined.html>

¹⁶⁵ Ibid

¹⁶⁶ Ibid

¹⁶⁷ Ibid

aussi », dans le dessein d'assurer les soins à leur enfant lorsqu'il rentrera à domicile. Ces supports ont tous pour visée de distraire l'enfant lors du soin prodigué afin de capter son attention sur différents canaux en fonction de sa sensibilité, que ce soit au niveau visuel comme les dalles colorées et ludiques ou bien les jeux de lumières, voir auditif tel que les comptines, kinesthésique au travers d'un dispositif ludique en forme d'abeille permettant de diminuer significativement la douleur, ou encore olfactif par l'intermédiaire du loto des odeurs.

Toutes ces méthodes citées précédemment font partie intégrante du care pédiatrique, comme le mentionne Bénédicte LOMBART dans l'un des éléments pratiques du care : « *utiliser les moyens de distraction et de détournement de l'attention* »¹⁶⁸. Je m'aperçois que ces moyens de distraction corrént avec les compétences de l'enfant. En effet, les puéricultrices ont pris en compte la « *pensée logique* »¹⁶⁹ de l'enfant, décrit par Jean PIAGET, en prenant soin d'adapter leur support à son niveau de compréhension, comme le fait de lui laisser l'opportunité de visualiser le soin en amont via le kit de démonstration, faisant appel à sa « *fonction symbolique* »¹⁷⁰ et à ses « *capacités de représentations apparues à la fin du stade sensorimoteur* »¹⁷¹, lui permettant de construire son propre système de signification par le biais notamment de jeux d'imitation.

Je constate par ailleurs que la distraction peut s'effectuer à travers le langage, comme font état les puéricultrices numéro 1, 4 et 5. Elles expliquent détourner la conversation sur un autre sujet lors la réalisation du soin afin de les divertir : « *tu es en quelle classe* » (puéricultrice 1), « *ton chat il s'appelle comment* » (puéricultrice 4), « *de ce qu'ils aiment faire à la maison* » (puéricultrice 5). Bénédicte LOMBART rejoint leurs propos à travers l'un des éléments pratique du care pédiatrique qui est de « *développer une communication « positive* » »¹⁷². De cette manière, les puéricultrices amènent l'enfant vers quelque chose de positif, en le détachant de la réalité du soin qui peut vite être vécu comme anxiogène pour lui. D'autant plus que l'enfant, comme nous avons pu le voir précédemment, a accès au langage, lui permettant ainsi de se faire entendre, d'exprimer ses peurs et ses ressentis.

¹⁶⁸ LOMBART, Bénédicte. Le care en pédiatrie. *Recherche en soins infirmiers* [en ligne]. Octobre 2015, (Vol. N° 122), n° 3, p. 67-76. [Consulté le 15 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-67.htm?contenu=resume>

¹⁶⁹ PAPALIA, Diane, OLDS, Sally W. et FELDMAN, Ruth. *Psychologie du développement humain*. 7e édition. Bruxelles : De Boeck, 2015. 596 pages, page 145. ISBN 978-2-8041-6288-7

¹⁷⁰ Ibid

¹⁷¹ Ibid

¹⁷² LOMBART, Bénédicte. Le care en pédiatrie. *Recherche en soins infirmiers* [en ligne]. Octobre 2015, (Vol. N° 122), n° 3, p. 67-76. [Consulté le 15 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-67.htm?contenu=resume>

De surcroît, j'identifie plusieurs enjeux dans l'approche décrite par les soignantes. Pour la puéricultrice numéro 3, c'est avant tout de « rassurer » l'enfant, de « diminuer son angoisse », son « anxiété » et son « stress ». Elle ajoute que l'utilisation du jeu l'aiderait à « créer le lien » avec l'enfant. Cela rejoint l'ambition de la puéricultrice numéro 5 qui est de « détendre un petit peu l'enfant » en lui expliquant ces gestes. La puéricultrice numéro 6 complète les dires de ces deux puéricultrices en plaçant des mots pour rassurer l'enfant : « ça va aller très vite », « tout va bien se passer » et « c'est normal ». Je ressors à ces témoignages une volonté pour les soignantes d'adopter une attitude rassurante auprès de l'enfant, en passant par l'observation, les gestes ou encore les mots employés afin de réaliser le soin dans une atmosphère qui soit la plus paisible possible et favorable à tous. La puéricultrice numéro 1, diplômée depuis une année, explique confier cette mission à l'auxiliaire de puériculture, afin de pouvoir se préoccuper plus du soin, se disant : « il ne faut pas rater ».

En dernier ressort, il me semble opportun d'aborder la gestion de la temporalité. Je repère que les puéricultrices numéros 1 et 4, exerçant leur fonction respectivement aux urgences pédiatriques et en pédiatrie générale, fournissent les explications au moment même du soin : « on les montre au moment du soin » (puéricultrice 1), « j'explique au moment où je fais » (puéricultrice 4). A contrario, la puéricultrice numéro 5, en activité en service de Néphrologie, d'Endocrinologie, d'Hématologie et de Maladies Métaboliques, privilégie d'apporter les explications en amont lorsque les occasions se présentent : « Si on sait que le soin il doit être fait le lendemain, on lui explique déjà la veille ». Cette même puéricultrice apporte un complément sur la concept temps en précisant qu'avant 6 ans, l'enfant a des difficultés avec la notion de durée : « c'est un peu dur encore la notion de temps », nécessitant de l'accompagner dans la compréhension de la temporalité. Cette puéricultrice partage le même avis que celui de Sylvie DROIT-VELET expliquant que, pour les jeunes enfants, le temps est « une entité éclatée »¹⁷³, qui est « propre à chaque événement dans le présent et à chaque action dont ils font l'expérience »¹⁷⁴. L'enfant vit donc les faits dans l'instant présent et c'est ainsi à l'adulte de s'adapter à l'enfant et non l'inverse.

Désormais, je vais pouvoir me soucier des difficultés rencontrées par les professionnelles lors de l'explication du soin à l'enfant de 3 à 6 ans.

¹⁷³ DROIT-VOLET, Sylvie. *Le long apprentissage du temps*. [en ligne]. 2005, (Vol. 328), p. 42-50. [Consulté le 24 mars 2019]. Disponible à l'adresse : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00114986>

¹⁷⁴ Ibid

5.2.4. Difficultés rencontrées

Au sujet des difficultés rencontrées, cette thématique a pour vocation de mettre en lumière les éventuels obstacles freinant la transmission des explications du soin à l'enfant, les raisons envisageables à la non diffusion de ces dernières et obtenir un déroulé du soin conséquemment.

En ce qui concerne les obstacles rencontrés, on souligne de prime abord la situation d'urgence qui est citée par la moitié des personnes interrogées, à savoir les deux puéricultrices exerçant en service d'urgences pédiatriques ainsi que la puéricultrice numéro 3 en activité au sein du service de pédiatrie générale : « *si c'est une situation d'urgence* », « *s'il n'est pas bien du tout* » (puéricultrice 1), « *quand c'est une urgence vitale* » (puéricultrice 2), « *c'est selon les situations d'urgences* » (puéricultrice 3). Les puéricultrices exerçant en service de Néphrologie, d'Endocrinologie, d'Hématologie et de Maladies Métaboliques ne relèvent aucunement cette situation d'urgence, évoquant d'autres problématiques plus spécifiques que je vais exposer ci-après. De part ce constat, je peux avancer le fait que les situations d'urgences, ayant pour retentissement un rythme accéléré de prise en soin et constituant à part entière un frein à la non diffusion des explications à l'enfant, affecte avant tout les services d'urgences et le service de pédiatrie générale selon l'une des deux puéricultrices rencontrées.

Par ailleurs, la puéricultrice numéro 6 explique être freinée dans la transmission des explications du soin avec les enfants vivant avec un handicap. De ce fait, elle notifie multiplier les stratagèmes afin que l'enfant puisse accéder aux explications, que je vais détailler ci-après. La puéricultrice numéro 3 évoque, quant à elle, une autre difficulté, à savoir le port de blouse qui serait une « barrière » dans la relation avec l'enfant. Afin de la surmonter, elle admet redoubler d'efforts dans l'intention que l'enfant « *puisse quand même nous considérer comme des gens bienveillants* » et non pas comme des « *piqueuses* » ou des « *gens qui font mal* ». Enfin, la puéricultrice numéro 5 me fait part d'une situation plus spécifique, celle d'une découverte d'une pathologie rare de l'enfant où celui-ci n'a pas accès de suite aux explications quant au diagnostic et au pronostic, ces derniers étant transmis en premier temps aux parents dans la visée de laisser « *plus de temps à l'enfant* » et que les professionnels du corps médical puissent « *adapter leur discours* ».

D'autre part, certaines puéricultrices me confient que, dans le cadre de situations particulières, notamment celles d'urgences, elles sont contraintes à faire l'impasse sur certains éléments de la prise en soin. En effet, la puéricultrice numéro 3 m'explique que « *le temps de*

préparation » est « *écourté* », la puéricultrice numéro 3 « *ne montre pas les affiches* », tandis ce que la puéricultrice numéro 1 précise que dans certaines circonstances, « *il n'y a pas de traitement pour la douleur* », dernier élément identifié comme facteur favorisant l'usage de la contention décrit par Bénédicte LOMBART : « *Si l'enfant a besoin d'être contenu de force, c'est qu'il s'agite et il le fait peut-être parce qu'il n'est pas suffisamment soulagé* »¹⁷⁵. Je relève ainsi des stratagèmes que les puéricultrices ont mis en avant afin de faire face aux difficultés rencontrées, mais pouvant néanmoins jouer un rôle dans la décision de contenir l'enfant.

Toutefois, nombreuses sont celles qui m'évoquent des moyens dans la perspective de surmonter les difficultés rencontrées afin de transmettre les explications à l'enfant. La puéricultrice numéro 1, exerçant au sein du service d'urgences pédiatriques, met l'accent sur le fait qu'elles sont « *toujours deux pour le soin* », permettant qu'il y en est « *toujours une qui explique pendant que l'autre fait* ». Je retire de ce témoignage une nouvelle fois l'importance d'un travail en collaboration avec un partenaire de soin, rendant possible l'explication du soin à l'enfant. La puéricultrice numéro 2, quant à elle, exprime que malgré la rapidité du soin qu'impose l'urgence vitale, elle fournit tout de même les explications : « *même si c'est une urgence vitale, on explique ce qu'on fait, même si c'est très rapide* ». Les explications seraient tout de même transmises à l'enfant, mais avec un temps certes écourté. Pour en revenir aux situations où la puéricultrice se retrouve face à un enfant vivant un handicap, décrite par la soignante numéro 6, elle annonce faire appel à « *la maman* » afin de la relayer dans la délivrance des explications à l'enfant : « *ils connaissent mieux l'enfant que nous* ». Elle explique que les parents s'adaptent à leur enfant par le biais de différents outils. Elle cite en exemple l'emploi de la « *langue des signes* », l'usage de « *livres explicatifs* » ou encore la possibilité d'« *écrire* » afin de parvenir à se faire comprendre. A travers ce panache d'outils cités et ces nombreux stratagèmes évoqués dans l'intention de transmettre les explications de soin à l'enfant, malgré les obstacles se mettant sur leur chemin, je me mets en lumière la détermination des professionnelles de santé à s'adapter à l'enfant afin de pouvoir lui donner toutes les clés pour comprendre la situation à laquelle il est confronté. Je peux mettre en lien cette volonté des soignantes à adapter leur discours avec les propos de Christine SCHUHL, mettant en relief la nécessité pour le professionnel de s'adapter à l'enfant afin de pouvoir accéder à son monde, malgré la réalité du terrain.

¹⁷⁵ LOMBART, Bénédicte. Questionner l'usage de la force lors des soins pédiatriques. *Cahier de la puéricultrice*, Novembre 2016, n° 301, p. 12-15.

Les méthodes de distraction sont à nouveau citées par la puéricultrice numéro 6, lui permettant de surmonter les difficultés : « *on utilise la distraction* ». L'hypo analgésie est évoquée en seconde intention : « *si la distraction ne marche pas, l'hypo analgésie* ». Elle notifie que cette pratique nécessite d'avoir connaissance de « *l'environnement de l'enfant* », qu'elle s'associe volontiers avec le « *Méopa®* » et qu'« *être à deux* » est essentiel afin que « *l'une fasse les soins* » et « *l'autre l'hypo analgésie* ».

En outre, à travers les situations décrites, j'ai pu mettre en lumière le déroulé du soin lorsque les explications n'étaient pas fournies et inversement lorsqu'elles ont pu l'être à l'enfant.

J'ai pu recueillir d'une part certaines citations des puéricultrices lorsqu'elles mentionnaient un soin réalisé sans explication : « *en fait voilà on fait les soins* » (puéricultrice 1) et ajoutant qu'« *une fois que le soin est fait, on ne va pas lui réexpliquer* ». La puéricultrice numéro 3 évoque au conditionnel : « *si on veut que ça se passe bien et que l'enfant coopère, ça ne sert à rien d'être à cinq pour le tenir* » et effectue un rapprochement avec une potentielle prochaine future venue de l'enfant avec ses conséquences : « *s'il faut qu'il revienne ce sera encore pire* ». Je soulève de ces témoignages un certain vécu et une résolution de la part des soignantes à tout mettre en œuvre pour éviter d'avoir recours à l'usage de la contention forte chez l'enfant. La puéricultrice numéro 3, lorsqu'elle aborde les conséquences d'une éventuelle venue prochaine de l'enfant, s'avoisine aux impacts de la contention décrit par Amélie UGUET lors du cadre conceptuel.

D'autre part, lorsque le soin s'effectue avec explications, je relève majoritairement des avis positifs explicités par les professionnelles de santé. La puéricultrice numéro 2 attire mon attention sur l'attitude de l'enfant : « *s'il sait déjà ce qu'on va lui faire, il est déjà plus posé* ». La puéricultrice numéro 3 me décrit un éventail d'avantages. Le soignant bénéficierait d'un gain de temps considérable : « *on y gagne du temps* », l'enfant ressortirait de la situation avec une expérience plus positive : « *il n'en n'aura pas un mauvais souvenir* », avis partagé par la puéricultrice numéro 1 : « *on lui explique déjà parce qu'il ne faut pas qu'il ait peur des urgences, qu'il ait peur du soin, parce qu'il ne faut pas qu'il sorte d'ici traumatisé* » et je relève l'extase de la puéricultrice numéro 3 à soigner dans ces conditions : « *c'est quand même plus plaisant de soigner un enfant dans le calme et que même dans la limite dans le rire plutôt que dans le stress ou dans les pleurs, dans les cris* » et « *quand l'enfant se laisse faire, c'est quand même du pur bonheur de soigner comme ça* ». Ainsi, toujours selon cette dernière, il est primordial « *de prévenir* » l'enfant du soin afin qu'il y soit « *préparé* » au minimum. Enfin la

puéricultrice numéro 4 met l'accent sur l'accroissement de la collaboration de l'enfant lorsque les explications sont fournies : « *j'explique tout le temps parce que je trouve qu'on a plus de collaboration de l'enfant* », en affirmant que « *c'est plus simple pour nous* » et que « *c'est moins stressant et pour l'enfant et pour les parents qui accompagnent* ». En somme, dans le cadre de situations où les explications sont fournies à l'enfant, je retire l'attitude plus posée de l'enfant, le souvenir moins traumatisant du soin et la satisfaction du soignant à prodiguer le soin dans ses conditions, échappant au « *sentiment de malaise*»¹⁷⁶, décrit par Amélie UGUET lorsque le soignant est amené à contenir l'enfant. Au-delà de ces avantages, je retiens tout particulièrement la collaboration de l'enfant qui est rendue possible grâce aux explications fournies.

Ces éléments restent tout de même à nuancer, comme fait état la puéricultrice numéro 6 en évoquant des raisons envisageables à la non diffusion d'explications de soin à l'enfant. Selon elle, l'angoisse excessive de ce dernier représenterait un frein : « *si on voit que les enfants sont hyper angoissés* », rendant les soins « *très compliqués* » à réaliser. Face à ce constat, elle explique modérer ses explications en délivrant à l'enfant uniquement « *le strict minimum* » : « *on ne peut pas tout tout tout expliquer, parce que en fait c'est pire* », pouvant aller jusqu'à la manutention si le soin devient trop angoissant pour l'enfant : « *après c'est de la manutention* ». Elle conclut en indiquant que, si besoin est, elle peut dédier un temps pour « *en reparler avec l'enfant* ». Ainsi, je retiens le juste milieu quant à la transmission d'information et la primauté de s'adapter à l'état émotionnel de l'enfant. Ces éléments s'opposent, de ce fait, au mécanisme menant vers la contention décrit par Bénédicte LOMBART. La puéricultrice a ainsi pu écouter les dires de l'enfant, apprécier son comportement et intégrer son état émotionnel afin d'adapter sa prise en soin au maximal.

Je vais à présent aborder la dernière thématique de mon analyse en recueillant diverses suggestions quant à l'amélioration du soin prodigué à l'enfant de 3 à 6 ans.

5.2.5. Optimisation du soin

En définitive, cette ultime thématique a pour objet de mettre en exergue les différentes pistes permettant une optimisation du soin réalisé à l'enfant de 3 à 6 ans, en donnant l'opportunité à l'interlocuteur de s'exprimer librement sur le sujet.

¹⁷⁶ ESTRADÉ, Marie, TESSIER-L'EVEQUE, Mélanie, WANQUET-THIBAUT, Pascale. La contention lors des soins en pédiatrie. Soins Pédiatrie Puériculture. Septembre/octobre 2016, N°292. p.39-43.

En premier lieu, je soulève la mobilisation de supports numériques, évoquée par la moitié de l'échantillon, à savoir les deux professionnelles exerçant au sein du service d'urgences pédiatriques ainsi que la soignante numéro 4 en activité en pédiatrie générale. L'usage d'une « *tablette* », selon la puéricultrice numéro 1, offrirait l'opportunité à l'enfant de « *faire des jeux* », dans la destinée de visualiser « *la douleur* » et « *les soins qu'il pourrait y avoir aux urgences* ». En sus, en se référant aux termes de la deuxième puéricultrice interrogée, des « *vidéos* » représenteraient un bon moyen d'expliquer le déroulé du soin à l'enfant en amont pour, comme cité en exemple, « *des soins plus courts* ». Cette intention d'anticipation du soin est partagée par la puéricultrice numéro 4 : « *dès l'instant où ce n'est plus l'inconnu, ils ont moins peur* ». Par voie de conséquence, préparer l'enfant aux soins, en s'appuyant sur des outils virtuels attractifs, en vue de lui fournir les explications du déroulé du prochain soin, permettrait de diminuer considérablement son appréhension et son angoisse. De surcroît, associé à la pensée magique dont l'enfant a accès, décrite par PAPALIA, Diane, OLDS, Sally W. et FELDMAN, Ruth au cours du cadre conceptuel, les événements auxquels il sera confronté prendront un nouveau sens, l'enfant pouvant contrôler, expliquer et changer la réalité auquel il est confronté.

D'autre part, l'utilisation de « *livres* » est également évoquée par un tiers des professionnelles interrogées. Ces livres, ayant pour ambition de présenter le « *déroulé du soin* » (puéricultrice numéro 2), auraient la même vocation que les supports numériques, à savoir de « *préparer au soin* » l'enfant (puéricultrice 5) afin de répondre à ses incertitudes et atténuer ses craintes.

Qui plus est, un éventail de suggestions est cité par les puéricultrices au travers d'accessoires. La soignante numéro 1 me fait part d'une idée, celle de mettre en place « *une petite scène* », qui aurait pour vertu de permettre à l'enfant de s'approprier la situation, en se familiarisant avec les lieux et le personnel. Le petit patient deviendrait acteur du soin, ferait vivre les personnages au gré de ses émotions et de ses ressentis, et ce serait par là un bon moyen pour le personnel soignant d'apprivoiser l'enfant au travers du jeu. Le jeu étant également évoqué par la puéricultrice numéro 2 comme moyen permettant l'optimisation du soin. L'utilisation d'objets transitionnels, mentionnés par la puéricultrice numéro 1, constituerait également un bon moyen d'informer l'enfant du soin en lui accordant la possibilité d'effectuer le soin en amont sur son objet transitionnel en premier, puis à son parent si besoin est, avant que le soignant s'approche de son corps pour lui dispenser le soin. Cette soignante atténue néanmoins son enthousiasme en évoquant la nécessité d'avoir le temps, qu'elle n'a pas

forcément aux urgences. Je peux apparenter à nouveau ces éléments avec l'intégration du jeu symbolique dans les soins, explicité dans le cadre conceptuel à travers les propos de Nicolich McCUNE. L'enfant, devenant acteur de la situation à travers le jeu, construit son propre système de signification, en intégrant le réel du soin et en modifiant son schéma en fonction.

De surcroît, prendre en considération le rythme de l'enfant est mis en exergue par la moitié des puéricultrices, à savoir les puéricultrices numéro 3, 5 et 6. « *Adapter* » les soins en fonction du « *rythme de l'enfant* » (puéricultrice 3) est primordial selon elles. Je soulève de ces témoignages l'enjeu majeur d'organiser les soins en harmonisation avec les besoins de l'enfant. C'est ainsi au soignant d'adapter l'environnement de soins à l'enfant et non l'inverse. Cette adaptation des soins décrite par les puéricultrices peut être mise en lien avec la notion de singularité du prendre soin mis en avant par Walter HESBEEN, expliquant que cette approche de soin ne peut s'écrire qu'au singulier. Il revient dès lors pour les soignants d'adopter une vigilance de chaque instant et de s'efforcer d'ajuster au mieux sa prise en soin à l'enfant.

En outre, l'intégration des parents fait partie des suggestions émanant des puéricultrices numéro 2 et 3. Toutes deux encouragent la présence des parents lors du soin : « *on intègre les parents aux soins* » (puéricultrice 3), « *la présence des parents c'est important* » (puéricultrice 2). L'enfant, ayant à ses côtés son parent, figure d'attachement première à cet âge, lui permet assurément de le sécuriser émotionnellement dans les événements auxquels il est confronté. La puéricultrice numéro 3 évoque, quant à elle, « *la fratrie* », en soulignant les bienfaits que peut procurer à l'enfant hospitalisé la présence de ses frères et sœurs lors du soin, mais qui est difficilement réalisable du fait de l'organisation des soins à laquelle elle doit s'y tenir. Les puéricultrices ci-dessus s'accordent avec les propos de Bénédicte LOMBART, plaçant sur un piédestal la nécessité pour le soignant et les parents de « *conjuguer leurs efforts pour recréer un environnement suffisamment sécurisé malgré le contexte médicalisé* »¹⁷⁷. Il en résulte un réel partenariat construit entre le soignant et le parent autour de l'enfant hospitalisé.

La puéricultrice numéro 2 me communique un outil supplémentaire dans l'intention de diminuer la douleur et l'angoisse provoqué par le soin. Cet outil est « *l'hypnose* » et permettrait de « *capter* » l'attention de l'enfant afin de pouvoir dispenser le soin « *avec plus de facilité* ». L'hypnose est en effet une technique en plein essor ayant pour volonté d'optimiser la prise en soin en accédant aux ressources intérieures du patient pour le replacer au cœur du soin.

¹⁷⁷ Ibid

Je vais à présent aborder les formations, autre élément phare évoqué dans les moyens permettant l'optimisation du soin. Celles-ci sont mentionnées par les puéricultrices numéro 2 et 6. Cette dernière mentionne un large éventail de formations, tel qu'une formation sur la « *prise en charge de la douleur de l'enfant* », sur « *la relation soignant-soigné* » et sur le « *toucher* » dans les soins. En bénéficiant d'apprentissages supplémentaires au cours de leur activité, elles ont acquis de nouvelles compétences pour prendre en soin, pouvant être mobilisées dans leurs pratiques. Néanmoins, cette même puéricultrice me fait part d'une frustration quant à l'accès à ces formations.

En dernier lieu, à travers les témoignages des puéricultrices numéro 2 et 6, je retiens une autre problématique, celle de l'effectif réduit en milieu hospitalier qui aurait un impact sur la prise en soin. En effet, la soignante numéro 2 explique, qu'avec les ressources actuelles humaines insuffisantes et l'affluence de certains jours, l'équipe soignante peut vite être « *débordée* », manquant de temps pour prodiguer les soins et devant prioriser leurs actions conséquemment : « *le plus urgent* », « *on essaye de garder l'objectif du soin* ».

5.3. Prise de recul sur l'analyse

Lors de l'analyse, j'ai éprouvé des difficultés à extraire les éléments pour la thématique « organisation ». En effet, les professionnelles interrogées avaient à relater une situation d'un soin qu'elles avaient vécue auprès d'un enfant de 3 à 6 ans. De ce fait, les réponses apportées par ces dernières furent denses et variées. Faire ressortir les éléments importants et les croiser avec les éléments des autres entretiens m'a ainsi demandé un travail attentif et minutieux.

Par ailleurs, de nouveaux éléments de réponses, appartenant à la thématique organisation, sont apparus suite à la question « Comment procédez-vous pour donner les explications du soin à l'enfant de 3 à 6 ans ? ». En effet, plusieurs puéricultrices ont, grâce à cette question, apporté de nouveaux éléments, qu'elles n'avaient pas énumérés lors de la question précédente. Il m'a ainsi fallu, lors de l'analyse, m'organiser afin d'éviter d'effectuer des répétitions.

Enfin, il m'a été ardu de mettre en corrélation certains éléments apportés lors de l'entretien avec le cadre conceptuel. En effet, certaines réponses étaient très denses et vastes, et de ce fait, croiser les éléments importants sélectionnés avec les données théoriques du cadre a nécessité en moi une attention sans faille.

6. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE

- **Hypothèse 1 : L'optimisation du soin de l'enfant de 3 à 6 ans est liée au temps d'explication donné par la puéricultrice pour recueillir son adhésion et ainsi limiter sa contention.**

A l'issue de l'analyse je peux valider partiellement ma première hypothèse. En effet, les puéricultrices s'accordent avec les différents auteurs cités dans le cadre conceptuel sur l'importance de fournir les explications des soins à l'enfant, permettant de recueillir son adhésion au soin et ainsi limiter sa contention. La délivrance d'explications serait entravée dans le cadre de situations d'urgences, rendant les soins plus complexes à prodiguer. Elle serait à l'inverse maximisée en fournissant en amont les explications du soin à l'enfant, en s'appuyant sur divers outils, permettant une meilleure compréhension du soin. Ces éléments restent tout de même à nuancer, les explications devant être adaptées à l'état émotionnel de l'enfant. En effet, fournir des explications trop denses ou trop précises à l'enfant déjà anxieux, donc s'éterniser à lui expliquer le soin, ne pourrait que majorer son angoisse et son agitation, au risque d'avoir recours à la contention. Ainsi, trouver le juste milieu dans la délivrance des explications en s'adaptant à l'enfant se relève être judicieux.

- **Hypothèse 2 : En s'appuyant sur l'imaginaire de l'enfant de 3 à 6 ans, la puéricultrice améliorera l'adhésion au soin de l'enfant et limitera ainsi sa contention.**

En ce qui concerne ma deuxième hypothèse, je peux la valider intégralement. En effet, toutes les professionnelles de santé interrogées s'harmonisent entre elles ainsi qu'avec les auteurs mentionnés dans le cadre théorique, en mettant en exergue la primauté de s'adapter à l'enfant, en fonction de son âge, de son niveau de compréhension et de ses compétences dans le dessein d'accéder à ses ressources intérieures. Pour ce faire, elles ont à leur disposition un panel d'outils, comme support à l'explication du soin à l'enfant, et prennent soin d'adapter leur attitude et utilisent le jeu afin d'adapter au mieux leurs explications au niveau de compréhension de l'enfant. Je mets ainsi en lumière un effort et une volonté de leur part d'entrer dans le monde imaginaire de l'enfant afin de le suppléer dans le déploiement de ses potentialités. L'enfant, ayant pu se préparer au soin en ayant connaissance des actes qui vont lui être prodigués, sera plus serein et une adhésion de sa part est rendue possible. Sa contention est dès lors diminuée.

7. PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES

En premier lieu, ce projet m'a apporté un réel enrichissement d'un point de vue personnel. En effet, l'élaboration de ce mémoire m'a permis de repousser mes propres limites, de me remettre en question et de soutenir une persévérance ainsi qu'une dynamique de travail sans faille. Par ailleurs, les échanges avec les puéricultrices lors des entretiens furent d'une richesse exceptionnelle, m'ouvrant vers de nouveaux horizons.

Aussi, sur le plan professionnel, ce projet m'a apporté de nombreuses connaissances théoriques, solides et actualisées. Il m'a permis en effet d'appréhender le concept de prendre soin spécifique en pédiatrie, d'acquérir des connaissances approfondies sur le développement de l'enfant de 3 à 6 ans, d'aborder la question de la contention dans les soins, sa législation en vigueur ainsi que de comprendre son mécanisme afin de ne pas succomber au cercle tumultueux menant vers la force.

Au cours de ma pratique future, je serais amenée à prodiguer des soins, souvent techniques et complexes, auprès d'enfants hospitalisés. La conception de cette œuvre me permettra d'appréhender ces diverses situations, en prenant soin de placer constamment l'enfant au cœur de mes préoccupations, en gardant une oreille attentive à ses ressentis et à ses peurs, en prenant en considération sa parole et en veillant à lui fournir les clés nécessaires à la compréhension du soin dans le dessein de pouvoir ajuster mes actes en conséquence.

Somme toute, ce projet s'est construit sur la base de trois services distincts, à savoir celui d'urgences pédiatriques, celui de pédiatrie générale et celui de Néphrologie, d'Endocrinologie, d'Hématologie et de Maladies Métaboliques. Cette conception peut, bien évidemment, s'étendre à d'autres spécialités.

CONCLUSION

Au cours de l'élaboration de ce travail, prenant sa source au cœur d'une situation où la contention était d'usage, diverses notions sont apparues.

Force a été de constater que, dans l'exercice des soins pédiatriques, la nécessité de réaliser des soins techniques, associée à l'état d'anxiété de l'enfant, peuvent aboutir à un refus de sa part. L'enfant, se sentant menacé, va tenter de fuir. C'est à cet instant que les protagonistes sont entraînés dans une boucle mouvementée amenant vers la contention, le regard du soignant sur l'enfant étant mis à distance le temps d'effectuer le soin. Cette technique, devenant bien souvent une méthode parmi d'autres dans le dispositif de soin en pédiatrie, ne serait pas sans dommage, mais justifiée par les soignants pour agir en faveur du « bien » de l'enfant, en passant outre ses protestations et en gardant l'objectif du soin à réaliser.

Ce concept de contention a été confronté à celui du prendre soin en pédiatrie, allant à l'encontre de ce dernier. De ce fait, s'attacher au développement cognitif, affectif et relationnel de l'enfant s'est avéré opportun afin d'identifier ses compétences et d'adapter notre prise en soin en accord avec celles-ci.

L'élément phare retenu dans ces recherches est que l'enfant de 3 à 6 ans est doté d'une étendue de ressources intérieures avec un mode de fonctionnement qui lui est propre. Par voie de conséquence, il est en notre devoir en tant que soignant de lui fournir des explications concises et distinctes, en veillant à les adapter à son âge et à son niveau de compréhension. Pour ce faire il revient à l'adulte d'entrer dans son monde imaginaire afin de le suppléer dans le déploiement de l'entièreté de ses potentialités. A travers ces explications, l'enfant ayant connaissance des événements qui vont lui arriver, une adhésion de sa part est rendue possible et, de ce fait, l'usage de la contention limitée.

Ce travail a permis de me questionner par rapport à ma propre pratique, en prenant conscience de l'importance d'adapter au mieux mes explications à l'enfant afin qu'elles soient concises, claires et à sa portée.

Au cours de mes entretiens avec les différentes professionnelles, de nombreuses pistes sont apparues. L'une d'entre elles, revenant fréquemment, a singulièrement retenu mon attention, celle de la mobilisation de supports numériques en tant que facteur permettant l'optimisation des explications fournies à l'enfant en vue de la réalisation d'un soin. Ainsi, en

quoi l'utilisation de supports numériques permettait à la puéricultrice d'accompagner l'enfant de 3 à 6 ans dans la compréhension du soin et ainsi améliorer son adhésion ?

Au terme de ma recherche, je me questionne également sur la personnalisation des soins en tant que facteur essentiel dans la prise en soin des enfants hospitalisés. En effet, j'ai pris conscience au cours de ce travail qu'une approche globale de l'enfant était essentielle, nécessitant pour le soignant de s'adapter à ses besoins, à sa personnalité et à son vécu émotionnel, le tout dans le respect de son rythme de vie en requérant d'ajuster son organisation en conséquence. Ainsi, en quoi la personnalisation des soins par la puéricultrice permettrait-elle d'aboutir à une prise en soin de qualité de l'enfant hospitalisé ?

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES :

ALAIN. *Propos sur l'éducation, suivis de Pédagogie enfantine*. 7^e éd. Paris : Presses Universitaires de France – PUF, 2015. 383 pages. (Quadrige. Grand textes). ISBN 2-13-063482-6

DUPUIS, Michel. *Le soin, une philosophie*. 1^{re} édition. Paris : Seli Arslan, 2015. (Perspective soignante). 157 pages. ISBN 978-2-84276-190-5

LOMBART, Bénédicte. *Les soins en pédiatrie, Faire face au refus de l'enfant - Repères éthiques pour une posture soignante fondée sur la prudence*. 1 vol. Paris : Seli Arslan, 2016. 224 pages. (Penser L'action Sanitaire). ISBN 2-84276-223-1

PAPALIA, Diane, OLDS, Sally W. et FELDMAN, Ruth. *Psychologie du développement humain*. 7^e édition. Bruxelles : De Boeck, 2015. 596 pages. ISBN 978-2-8041-6288-7

TRAN-THONG. *Stades et concept de stade de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine*. Paris : Vrin, 1992. 455 pages. (Etudes de psychologie et de philosophie). ISBN 2-7116-0711-9.

HESBEEN, Walter. *La qualité du soin infirmier : De la réflexion éthique à une pratique de qualité*. 3^e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2017. 161 pages. (Hors collection). ISBN 978-2-294-75411-1

HESBEEN, Walter. *Prendre soin à l'hôpital Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Elsevier Masson, 1997. 208 pages. (Hors collection). ISBN 2-225-85565-X

XYPAS, Constantin. *Les stades du développement affectif selon Piaget*. Harmattan. Paris : 2001. 170 pages. (Psycho-Logiques). ISBN 2-7475-0648-7

REVUES :

CHEVILLOTTE, Jérôme. Contention abusive et responsabilité infirmière. *La revue de l'infirmière*. Avril 2010, Vol. 59, n° 159, p. 29-31.

ESTRADE, Marie, TESSIER-L'EVEQUE, Mélanie, WANQUET-THIBAUT, Pascale. La contention lors des soins en pédiatrie. *Soins Pédiatrie Puériculture*. Septembre/octobre 2016, n°292. p.39-43.

LOMBART, Bénédicte. Questionner l'usage de la force lors des soins pédiatriques. *Cahier de la puéricultrice*, Novembre 2016, n° 301, p. 12-15.

KONOO, Philippe. Enfant, contenance et contention. *Ethica Clinica*. Juin 2004, n° 34, p. 29-33.

SCHUHL, Christine. Comment laisser une place à l'imaginaire dans le quotidien de l'enfant ?

Métier de la petite enfance, Juillet 2010, n° 163, p. 10,11.

UGUET, Amélie. La contention de l'enfant en question. *Cahier de la puéricultrice*. Avril 2014, n° 276, p. 37-38.

TEXTES LEGISLATIFS :

LEGIFRANCE. *Code de la santé publique - Article L1111-2*. Vol. L1111-2 [en ligne]. [Consulté le 12 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685758&dateTexte=&categorieLien=cid>

LEGIFRANCE. *Code de la santé publique - Article L1111-4*. Vol. L1111-4 [en ligne]. [Consulté le 11 novembre 2018]. 26 janvier 2016. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767>

LEGIFRANCE. *Code de la santé publique - Article R4311-5*. Vol. R4311-5 [en ligne]. [Consulté le 2 avril 2019]. 8 août 2004. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913892>

LEGIFRANCE. *Code de la santé publique - Article R4311-7*. Vol. R4311-7 [en ligne]. 26 juillet 2005. [Consulté le 2 avril 2019]. 26 juillet 2005. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913894&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=>

LEGIFRANCE. *Code de la santé publique - Article R4311-9*. Vol. R4311-9 [en ligne]. [Consulté le 2 avril 2019]. 8 août 2004. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913897>

LEGIFRANCE. *Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code* [en ligne]. 29 juillet 2004. [Consulté le 19 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id>

LEGIFRANCE. *LOI n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale* [en ligne]. 4 mars 2002. [Consulté le 11 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000776352&categorieLien=id>

DOCUMENTS ELECTRONIQUES

- Site internet complet :

INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE. Patient- and Family-Centered Care Defined [en ligne]. [Consulté le 24 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <http://www.ipfcc.org/bestpractices/sustainable-partnerships/background/pfcc-defined.html>

UNICEF. Convention internationale des droits de l'enfant [en ligne]. [Consulté le 15 février 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>

- **Page d'un site :**

CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES. ENFANT : Définition de ENFANT [en ligne]. [Consulté le 6 février 2019]. Disponible à l'adresse : <http://www.cnrtl.fr/definition/enfant>

FONDATION JEAN PIAGE. *LES RELATIONS ENTRE L'INTELLIGENCE ET FRANÇAISE*, Académie 9ème édition. *Dictionnaire de l'Académie française* [en ligne]. [Consulté le 6 février 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9E1534>.

LAROUSSE, Éditions. *Définitions : contention - Dictionnaire de français Larousse* [en ligne]. [Consulté le 31 mars 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contention/18580>

LAROUSSE, Éditions. *Définitions : enfant - Dictionnaire de français Larousse* [en ligne]. [Consulté le 17 février 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enfant/29439>

FONDATION JEAN PIAGET. *L'affectivité dans le développement de l'enfant*. Genève : 2006. 195 pages. [Consulté le 3 mars 2019]. Disponible à l'adresse : http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/textes/VE/JP_54_cours_affect.pdf. Leçons reproduites d'après le Bulletin de Psychologie.

- **Article électronique :**

CALIN, Daniel. De l'enfance muette à l'enfance déniée. *Enfances Psy* [en ligne]. 2007, (Vol. n° 36), n° 3, p. 136-144. [Consulté le 12 février 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2007-3-page-136.htm?contenu=resume>

FAVETTA, Véronique et FEUILLEBOIS-MARTINEZ, Brigitte. Prendre soin et formation infirmière. *Recherche en soins infirmiers* [en ligne]. 2011, (Vol. N° 107), n° 4, p. 60-75. [Consulté le 12 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-60.htm?contenu=resume>

FEDI, Laurent. Un cas de réception : Piaget lecteur de L'Évolution créatrice. *Annales bergsoniennes IV* [en ligne]. 2008. [Consulté le 23 février 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www-cairn-info-s.bibliopam.univ-catholille.fr/Annales-bergsoniennes-IV--9782130572305-page-237.htm>

LOMBART, Bénédicte. Le care en pédiatrie. *Recherche en soins infirmiers* [en ligne]. Octobre 2015, (Vol. N° 122), n° 3, p. 67-76. [Consulté le 15 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-67.htm?contenu=resume>

ROUGET, Sébastien. « C'est pour ton bien. ». Face au refus de soin de l'enfant. *Enfances Psy* [en ligne]. 2017, (Vol. N° 73), n° 1, p. 146-154. [Consulté le 28 mars 2019]. Disponible à l'adresse : [https://www-cairn-info-s.bibliopam.univ-catholille.fr/revue-enfances-et-psy-2017-1-page-146.htm%20\(consult%C3%A9%20le%2031/03/19\)](https://www-cairn-info-s.bibliopam.univ-catholille.fr/revue-enfances-et-psy-2017-1-page-146.htm%20(consult%C3%A9%20le%2031/03/19))

VIGIL-RIPOCHE, Marie-André. Prendre soin entre sollicitude et nécessité. *Recherche en soins infirmiers* [en ligne]. 2011, (Vol. N° 107), n° 4, p. 6-6. [Consulté le 19 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-6.htm>

YAKOUBEN, Karima. Le patient mineur et les consentements à recueillir. *Laennec* [en ligne]. 2011, (Vol. Tome 59), n° 4, p. 49-55. [Consulté le 11 novembre 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-laennec-2011-4-page-49.htm>

- **Livre électronique :**

DROIT-VOLET, Sylvie. *Le long apprentissage du temps*. [en ligne]. 2005, (Vol. 328), p. 42-50. [Consulté le 24 mars 2019]. Disponible à l'adresse : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00114986>

FRANCK, L. S. et LAWHON, G. Environmental and behavioral strategies to prevent and manage neonatal pain. *Seminars in Perinatology* [en ligne]. 1998, (Vol. 22), n° 5, p. 434-443. [Consulté le 24 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9820568>

MICHEL, R. Murray Thomas et Claudine. Théories du développement de l'enfant. De Boeck Supérieur, 1994. [Consulté le 28 février 2019]. DOI 10.3917/dbu.thoma.1994.01. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/theories-du-developpement-de-l-enfant--9782804115951.htm>

- **Autres :**

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTÉ. ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ-LIMITER LES RISQUES DE LA CONTENTION PHYSIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé-Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. [en ligne]. 2000. [Consulté le 31 mars 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>.

ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS DU SERVICES PUBLIC EN SANTÉ MENTALE. Santé Publique : parution de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (27-01-2016). Dans : *Adesm* [en ligne]. 27 janvier 2016.

[Consulté le 31 janvier 2019]. Disponible à l'adresse : <http://www.adesm.fr/sante-publique-parution-de-la-loi-n2016-41-du-26-janvier-2016-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante-27-01-2016/>

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ (FRANCE). Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Paris : Dalloz, 2016. [Consulté le 31 janvier 2019]. ISBN 978-2-247-16310-6. Disponible à l'adresse : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/05/CGLPL_Rapport-isolement-et-contention_Dalloz.pdf

MARIE-HÉLÈNE PLUMET. La lettre d'information de la mission maternelle en Charente. Le jeu symbolique à l'école maternelle. [en ligne]. Avril 2017. [Consulté le 1 mars 2019]. Disponible à l'adresse : http://ww2.ac-poitiers.fr/dsden16-pedagogie/IMG/pdf/mission_mat_lettre_avril.pdf

- **Source image :**

Disponible à l'adresse : https://lesprosdela petiteenfance.fr/sites/default/files/styles/biblio/public/petit_enfant_hospitalise._istock.jpg?itok=Qu2XkTQT

ANNEXES

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN

ANNEXE II : TABLEAUX PRESENTATION ECHANTILLON

ANNEXE III : ENTRETIEN PUERICULTRICE NUMERO 6

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour, je m'appelle Pauline GOUVERNEUR, je suis actuellement étudiante puéricultrice à l'Institut de Formation IF Santé à LOMME.

Dans le cadre ma spécialisation, je réalise un projet professionnel dont le thème est le prendre soin de l'enfant de 3 à 6 ans.

En vue de confronter mes recherches sur le terrain et d'élargir mon travail, j'ai pour souhait d'effectuer des entretiens avec des puéricultrices afin d'échanger sur les pratiques professionnelles.

Je vous remercie ainsi de m'avoir accordé un entretien et je vous garantis que l'échange restera anonyme, aucun nom et prénom figurera dans ce travail.

Par ailleurs, nécessitant une retranscription des entretiens pour effectuer l'analyse, acceptez-vous d'être interrogées ?

Question 1 : Quel est votre parcours professionnel ?

Relance : Qu'est-ce qui vous a amené à devenir puéricultrice ?

Objectifs : Avoir connaissance du parcours de la soignante interrogée et de son expérience en tant que puéricultrice et déterminer ce qui l'a motivée à se spécialiser. Je pourrai par la suite effectuer une analyse plus fine des réponses obtenues. Cette question constitue par ailleurs un point de départ pour l'entretien.

Question 2 : Pouvez-vous me faire part d'une situation où vous effectuez un soin auprès d'un enfant de 3 à 6 ans ?

Relances : Le dernier effectué ? Celui de la semaine dernière ? Pouvez-vous me raconter comment vous procédez ?

Objectifs : Obtenir un aperçu du déroulé d'un soin auprès d'un enfant de 3 à 6 ans en laissant l'interlocuteur libre de s'exprimer.

Question 3 : Comment procédez-vous pour donner les explications du soin à l'enfant de 3 à 6 ans ?

Relance : Par quel biais ?

Objectifs : Mettre en exergue l'aspect de la gestion du temps pour fournir les explications du soin à l'enfant et les moyens mobilisés par la professionnelle.

Question 4 : Y-a-t-il certaines situations où les explications du soin ne sont pas transmises à l'enfant de 3 à 6 ans ?

Relance : Pour quelles raisons ?

Objectifs : Comprendre les raisons qui motivent la non transmission des explications du soin à l'enfant de 3 à 6 ans et le déroulé du soin par conséquent.

Question 5 : Avez-vous une idée permettant l'amélioration du soin réalisé à l'enfant de 3 à 6 ans ? Des suggestions par rapport à l'entretien ?

Relance : Comment pensez-vous que la puéricultrice pourrait optimiser la prise en soin de l'enfant de 3 à 6 ans ?

Objectifs : Permettre l'ouverture du sujet et prendre en considération des éventuelles remarques par rapport au déroulé de l'entretien dans une visée constructive de mon mémoire.

ANNEXE II : TABLEAU PRESENTATION ECHANTILLON

	Entretien N°1	Entretien N°2	Entretien N°3
Fonction	Puéricultrice Diplômée d'Etat (PDE)	Puéricultrice Diplômée d'Etat (PDE)	Puéricultrice Diplômée d'Etat (PDE)
Age	26 ans	49 ans	40 ans
Date d'obtention des diplômes	Diplôme d'Etat Infirmier en 2015 et Diplôme d'Etat de Puéricultrice en 2018	Diplôme d'Etat Infirmier en 1990 et Diplôme d'Etat de Puéricultrice en 1997	Diplôme d'Etat Infirmier en 2002 et Diplôme d'Etat de Puéricultrice en 2008
Expériences professionnelles	IDE : Médecine Polyvalente PDE : Urgences pédiatriques	IDE : Médecine Générale, Diabétologie, Endocrinologie, Cardiologie PDE : Pédiatrie générale- Néonatalogie – Urgences pédiatriques	IDE : Pool en Chirurgie, en Médecine, en Gériatrie et en Pédiatrie PDE : Pédiatrie générale - Néonatalogie
Ancienneté dans le service	13 mois	3 ans	10 ans

	Entretien N°4	Entretien N°5	Entretien N°6
Fonction	Puéricultrice Diplômée d'Etat (PDE)	Puéricultrice Diplômée d'Etat (PDE)	Puéricultrice Diplômée d'Etat (PDE)
Age	41 ans	30 ans	29 ans
Date d'obtention des diplômes	Diplôme d'Aide-Soignante en 1998 Diplôme d'Etat Infirmier en 2001 et Diplôme d'Etat de Puéricultrice en 2012	Diplôme d'Etat Infirmier en 2011 et Diplôme d'Etat de Puéricultrice en 2012	Diplôme d'Etat Infirmier en 2010 et Diplôme d'Etat de Puéricultrice en 2012
Expériences professionnelles	AS : Soins Intensifs Cardiologie IDE : Bloc Opératoire, Pool avec différents services, Médecine, Pédiatrie PDE : Pédiatrie générale- Néonatalogie	PDE : Intérim dans divers services, Réanimation Néonatale, Maternité, Neuro Pédiatrie, Néphrologie, Endocrinologie, Hématologie et Maladie Métaboliques.	AS : Intérim IDE : Médecine et Chirurgie pédiatrique PDE : Pool Pédiatrie, Réanimation Néonatalogie, Neuro Pédiatrie, Néphrologie, Endocrinologie, Hématologie et Maladie Métaboliques.
Ancienneté dans le service	7 ans	5 ans	9 mois

Entretien Puéricultrice 6 le 14/05/2019 :

Durée entretien : 20 minutes

Etudiante :

« Bonjour, je m'appelle Pauline GOUVERNEUR, je suis actuellement étudiante puéricultrice à l'Institut de Formation IF Santé à LOMME. Dans le cadre ma spécialisation, je réalise un projet professionnel dont le thème est le prendre soin de l'enfant de 3 à 6 ans. En vue de confronter mes recherches sur le terrain et d'élargir mon travail, j'ai pour souhait d'effectuer des entretiens avec des puéricultrices afin d'échanger sur les pratiques professionnelles. Je vous remercie ainsi de m'avoir accordé un entretien et je vous garantis que l'échange restera anonyme, aucun nom et prénom figurera dans ce travail. Par ailleurs, nécessitant une retranscription des entretiens pour effectuer l'analyse, acceptez-vous d'être interrogées ? »

Puéricultrice 6 :

« Pas de soucis, j'ai fait la même chose. »

Etudiante :

« Merci. Je vais débiter mon entretien par une question assez générale en vous demandant votre parcours professionnel. ».

Puéricultrice 6 :

« D'accord. Euh, alors moi j'ai été diplômée infirmière en 2010, euh, en attendant d'être diplômée infirmière j'ai travaillé en tant qu'aide-soignante, euh, après ma première année d'infirmière, du coup en intérim. Ensuite quand j'ai eu mon diplôme, j'ai travaillé pendant un an en médecine et chirurgie pédiatrie à Saint V., l'année d'après du coup j'ai fait mon année de puer et à la fin, du coup quand j'ai eu mon diplôme, j'ai travaillé six mois du coup à Saint V., j'ai fait tous les services du coup, j'ai fait un peu partie de l'équipe du pool, et, euh, depuis juin 2013 je suis du coup au CHR de Lille où j'ai fait réa néonatal, neuroped, et après le NEHM, depuis septembre ».

Etudiante :

« D'accord. Et qu'est-ce qui vous a amené à vous spécialiser en tant que puéricultrice ? »

Puéricultrice 6 :

« Euh, alors du coup, ben moi en fait, euh, de par ma famille, ma maman est puéricultrice, donc en fait je pense qu'elle m'a transmis du coup sa passion. Euh, j'ai fait plusieurs, euh, j'ai été voir plusieurs métiers, euh, du coup autour de l'enfant, j'ai toujours fait des gardes d'enfant, enfin depuis l'âge de 14 ans, et euh, les soins en fait, du coup j'ai été attirée du coup j'ai commencé mon année d'infirmière, et par contre, euh, j'ai continué infirmière pour être puéricultrice parce que chez l'adulte ça ne m'intéressait pas du tout. Et comme en fait j'avais un choix de faire puéricultrice, pratiquement tous mes stages, euh, d'infirmière, en fait je les ai fait en pédiatrie. »

Etudiante :

« Et que retrouvez-vous vous alors en service de pédiatrie que vous ne trouvez pas chez l'adulte ? »

Puéricultrice 6 :

« Ah, oui, alors du coup déjà le sourire, euh, la prise en charge globale du coup de l'enfant, c'est-à-dire avec la famille également, ce que je ne retrouve pas forcément chez l'adulte, les familles sont un peu laissées de côté tout ça. Euh, le côté enfantin, euh, qu'on peut utiliser le jeu, euh, il y a quoi d'autres après, euh, l'innocence de l'enfant, enfin voilà tout ça, la psychologie de l'enfant également, euh, voilà ».

Etudiante :

« Et si la question n'est pas indiscrete, pourrais-je vous demander votre âge s'il vous plait ? »

Puéricultrice 6 :

« Alors oui, j'ai 29 ans. »

Etudiante :

« Et maintenant, pouvez-vous me faire part d'une situation où vous effectuez un soin auprès d'un enfant âgé entre trois et six ans ? »

Puéricultrice 6 :

« Alors, oui, je vais juste réfléchir.... N'importe quel soin ? »

Etudiante :

« N'importe quel soin, ciblant la tranche d'âge de 3 à 6 ans. »

Puéricultrice 6 :

« Ok. Alors, euh, ... Du coup c'est un soin stérile, donc en fait euh, où il faut piquer au PAC, donc avec une aiguille de Hubert et euh, du coup faire un prélèvement sanguin et laisser en fait l'aiguille au PAC. Je réexplique tout le soin ? »

Etudiante :

« Oui, s'il vous plaît. »

Puéricultrice 6 :

« Du coup on rentre dans la chambre, avec ma collègue parce que du coup elle me sert, on est deux. Souvent, après si elles ne sont pas disponibles, on le fait toute seule. Et du coup on fait avec une main propre et une main sale. Mais là en tout cas ma collègue était disponible donc on est rentrées, on a dit bonjour, euh, le petit garçon du coup qui a 4 ans, euh, c'est un enfant qui est très anxieux quand on doit toucher son PAC donc en fait, euh, le but au départ, voilà c'est d'y aller mais en divertissant, et puis en, en souriant, et en faisant des blagues, enfin c'est comme ça qu'il fonctionne (sourire). Du coup, quand on a un peu parlé, discuté, et euh joué et rigolé, et ben du coup, euh, on ferme tout, parce que du coup, comme c'est un soin stérile, on ferme porte, fenêtre, on donne à maman un masque, nous on s'habille. Et puis on va commencer du coup, on désinfecte, euh, enfin non, ma collègue du coup me sert, je mets mes gants stériles, j'ouvre du coup le champ stérile, je mets tout, les seringues, le sérum phy, euh, trocarts, euh, les compresses et Biseptine, et du coup on va à l'enfant. Maman du coup elle est là euh, elle nous seconde en fait pour le divertir, elle lui parle, euh, elle explique ce qu'on fait. Euh, si on voit que c'est trop angoissant pour lui, du coup il aime ce qui est télé et aussi ce qui est jouer sur les tablettes, je ne sais plus c'est quoi, comme euh, comme jeu, mais maman elle le met et tout, et euh, du coup, ben je commence à nettoyer la peau, ça se passe bien, euh, je re-nettoie du coup une deuxième fois, et puis le temps de Biseptine, et puis j'y vais, donc euh coup je dois tenir le PAC mais ce n'est pas évident parce que en fait quand il respire du coup le PAC est mobile donc il ne veut pas se faire piquer, donc du coup il commence à bouger, donc c'est encore moins évident parce que en fait, il bouge et du coup il ne veut pas que je tiens son PAC, mais voilà c'est un moment de négociation avec lui, il continue de jouer, et puis je finis par piquer, ça se passe bien, il demande même : « Oh ben c'est déjà fini ? » « Oui, c'est déjà fini. »

Donc après on met le pansement stérile au-dessus, et puis là, par contre je vais au petit raccord de l'aiguille de Hubert et je commence mes manipulations pour prélever le sang et puis je rince. On range tout, on met tout dans les petits tubes pour envoyer au labo, et puis on dit à A. au revoir et puis tout se passe bien. »

Etudiante :

« Et qu'entendez-vous par négociation ? »

Puéricultrice 6 :

« Et ben du coup, euh, on parle avec lui, euh, en lui demandant, si c'est possible qu'il reste calme, comme ça ira plus rapidement, euh, après s'il ne veut pas, on lui propose du coup de jouer, c'est ce qu'on a fait, mais, euh, après il ne voulait pas que je pique, euh, du coup je ne sais plus qu'est-ce qu'on lui a dit pour qu'il accepte. Ah oui, il a compté avec nous. On lui propose aussi des fois quand ils ne veulent pas, en fait, on propose de compter avec nous, un deux trois et c'est parti, ou jusque dix, donc après voilà il choisisse euh le nombre qu'ils veulent, et on y va selon là où, au nombre qu'il a dit. »

Etudiante :

« D'accord. Et il était venu pour quel motif cette enfant ? »

Puéricultrice 6 :

« Il était venu, euh, il est en fait il a une acidurie méthylmalonique et il était venu pour une hypercalcémie de base et euh, sa calcémie était redevenue normale, en fait c'était surtout son acidurie méthylmalonique qui était trop élevé et donc du coup le risque c'était qu'il s'intoxique et du coup euh, il restait là en fait, pour qu'on fasse des prélèvements en stérile, du coup, d'AMM tous les jours. Il était là depuis au moins euh trois semaines. C'est un enfant qui est connu, qui est chronique et qui vient. Son PAC ça doit faire au moins, oui deux ans qu'il avait. Mais à un moment donné il ne revenait plus, il n'était plus fonctionnel, donc euh, du coup, mais là ça va. Il connaissait le service, puisqu'il était venu plusieurs fois, il était aussi à N. parce qu'il était transplanté, d'avoir une greffe rénale hépatique, mais du coup ici ça ne se fait pas, la greffe hépatique, donc il va le faire à N., donc souvent il vient ici avant pour contrôler tous ses taux et voir ici comment euh, il se comporte, et comme il va, et après en fait on fait souvent des transferts à N. et il revient ici. »

Etudiante :

« D'accord. Et comment vous procédez pour donner les explications du soin à l'enfant de 3 à 6 ans ? »

Puéricultrice 6 :

« Euh, à l'enfant ? »

Etudiante :

« Oui. »

Puéricultrice 6 :

« Et ben du coup on utilise un langage adapté, euh, par exemple, euh, enfin, on dit, du coup, oui on vient faire la prise de sang, pour expliquer au papa maman, et en fait à l'enfant on va aller à côté de lui, on va lui expliquer que du coup, on va faire un petit massage au niveau du bras, et qu'il aura sûrement une petite piqûre de moustique qui va arriver mais que ça va aller très vite et que tout va très bien se passer. Qu'on va devoir prélever un petit peu de sang, mais que c'est normal, c'est pour voir comment il va, euh. Si on sait que le soin il doit être fait le lendemain, on lui explique déjà la veille, que le lendemain, on va venir tôt, on va devoir le réveiller un petit peu. Par contre quand c'est un soin qui doit être fait là euh, tout de suite dans l'urgence où que ce n'était pas prévu, du coup on explique directement à l'enfant. S'il doit partir en examen, faire une radio, ce n'était pas prévu, ben, on lui dit, qu'il va faire des petites photos, euh, que ça va être maintenant du coup, on met vraiment le, les mots justes aussi en disant maintenant, demain enfin voilà, c'est important pour eux. Même, si à trois six ans, enfin, trois ans, euh, c'est un peu dur encore la notion du temps, demain, pour eux ça peut être tout à l'heure, mais par contre à six ans là ils comprennent bien quoi que demain, ce n'est pas aujourd'hui, ce n'est pas, euh, c'est pas le soir, c'est pas l'après-midi. »

Etudiante :

« Et avez-vous d'autres moyens pour expliquer le soin à l'enfant ? »

Puéricultrice 6 :

« On a des petites plaquettes mais c'est vrai qu'on ne les utilise pas forcément. Parce que en fait notre langage il suffit pour s'adapter. Et puis après le parent des fois aussi il explique du coup quand c'est un enfant qui a des troubles du coup euh, des troubles de la parole, où troubles du comportement, où qui, le langage est compliqué, du coup il nous répond mais on ne

comprend pas forcément, donc du coup le parent souvent il intervient et puis il nous aide du coup. »

Etudiante :

« Et y-a-t-il certaines situations où les explications du soin ne peuvent pas être transmises à l'enfant de 3 à 6 ans ? »

Puéricultrice 6 :

« Ben les enfants autistes. Du coup oui, on peut le dire, mais ils ne comprennent pas forcément, enfin ils n'entendent pas ou ne comprennent pas. »

Etudiante :

« Avez-vous une situation à me faire part ? »

Puéricultrice 6 :

« Pas au NEHM, mais en neuro oui, j'ai déjà eu du coup une situation où du coup c'est la maman du coup qui lui explique et qui voilà quoi qui prend le temps avec la gestuelle, avec euh, euh du coup les enfants autistes ils ont un, je ne sais plus comment ça s'appelle mais c'est des livres explicatifs et où ils peuvent prendre par exemple quand ils veulent manger, en fait, ils prennent l'assiette, et du coup, là pour le coup, on explique aux parents, et puis c'est eux qui gèrent, de toute façon, il y a, ils connaissent mieux leur enfant que nous et puis nous, on est des personnes agressives en fait pour eux, donc euh il faut respecter ça. Euh, et après, euh, quelle autre situations ... Non parce que même des enfants qui sont somnolants, ou des enfants qui sont sourds ou quoi, il y a toujours moyen quoi, on peut écrire, euh, après ils ne savent pas lire et écrire à cet âge-là, donc du coup les gestes, ben on demande du coup aux parents de faire la langue des signes. »

Etudiante :

« Et y-a-t-il d'autres situations où vous ne pouvez fournir les explications du soin à l'enfant ? »

Puéricultrice 6 :

« Euh... Pour des soins ? »

Etudiante :

« Oui »

Puéricultrice 6 :

« Euh... non. On explique toujours ce qu'on fait. (Silence). Sauf si on voit que les enfants sont hyper angoissés, et que voilà les soins sont très compliqués, ben du coup on, on dit que voilà on dit qu'on va faire un soin, que ça ne va pas être agréable mais des fois en fait on ne peut pas tout tout tout expliquer, parce que en fait c'est pire du coup. Sinon le soin devient, ce n'est pas possible quoi. Après c'est de la manutention, enfin voilà quoi, c'est ... Du coup on donne le strict minimum. Quand c'est un soin invasif, on lui dit que voilà, euh, voilà, on va faire un soin, qu'il va être, qui peut avoir mal, il peut très bien dire, il peut avoir peur, il a le droit de le dire, mais euh, que voilà, ça va durer un petit moment, qu'on va mettre du coup le petit masque, et euh voilà. Quand l'enfant est tendu et après du coup on peut en reparler avec l'enfant, si besoin. On utilise la distraction, après si la distraction ne marche pas l'hypo analgésie. C'est en fait emmener l'enfant dans un monde, en fait, euh, dans un autre, dans son monde en fait à lui. Donc ça par contre on a besoin de, c'est hyper important, euh de connaître en fait l'environnement de l'enfant. Donc ça des parents qui sont séparés ou un enfant qui a perdu son papa, voilà c'est bien de le savoir, et savoir aussi son monde enfant, enfantin à lui, qu'est-ce qu'il aime, sa passion, euh, ce qu'il aime faire, s'il a des frères et sœurs, si il part en vacances, est-ce qu'il préfère la plage ou la neige ou la montagne, et du coup, en fait euh, on captive du coup l'enfant avec notre voix toute douce et on l'emmène du coup avec nous dans un endroit euh, agréable, euh, donc souvent on aime utiliser aussi le Méopa®, parce que ça nous aide en fait, euh, et euh, on, et du coup on permet à l'enfant de se détendre, de faire un petit voyage avec nous et puis le soin ça se passe bien. C'est une formation en hypo analgésie en pédiatrie, que j'ai faite. La contrainte aussi du coup de cette euh, manière de travailler, c'est que en fait, euh, ce qui est bien c'est que, euh, l'infirmière qui travaille avec l'auxi, c'est que le binôme en fait soit, les deux en fait soient formées, parce que c'est hyper compliqué de faire les soins et de faire l'hypo analgésie en même temps. Il faut avoir des années d'expérience. Mais je n'y arrive pas, donc j'avoue, donc euh du coup, euh, c'est bien que la collègue soit formée comme ça au moins je fais le soin et ma collègue en fait, et du coup on fait ça à deux, ou on fait ça avec deux infirmière, l'une fait les soins et l'autre l'hypo analgésie. Après euh, il y a la détente, les massages, euh, après les comptines, euh, ouais, le chant quoi, le chant, la musique, euh, voilà. »

Etudiante :

« Et avez-vous une idée concernant l'amélioration de la prise en soin de l'enfant de 3 à 6 ans ? »

Puéricultrice 6 :

« Euh, l'amélioration, euh... Non, ben déjà que le personnel soit formé, aussi, du coup, dans la prise en charge de la douleur de l'enfant, et euh, dans la relation soignant-soigné, qu'on est le droit du coup à des formations, (rire) euh, aussi sur euh, le toucher, en fait, dans les soins par le toucher en pédiatrie, parce que ça existe aussi chez l'adulte mais du coup en, chez l'enfant, en fait ils l'ont sorti il n'y a pas longtemps, et puis, sauf que c'est des formations qui sont très prisées, et du coup, vu l'effectif, on n'arrive pas à nos formations, euh, voilà, et après euh, non parce qu'on respecte bien le rythme de l'enfant, euh, voilà quand c'est une urgence, on n'a pas euh, enfin il faut y aller, mais euh, donc non, non je ne vois pas d'autres choses. »

Etudiante :

« Et concernant la grille d'entretien, avez-vous des suggestions à me faire part ? »

Puéricultrice 6 :

« Ah non, non. »

Etudiante :

« L'entretien est terminé. Je vous remercie du temps que vous avez bien voulu m'accorder. »

Puéricultrice 6 :

« Je vous en prie. »