

Papa, maman, l'infirmière et moi.

Accompagner les parents, aux urgences pédiatriques.



© Association SPARADRAP

« Travail de fin d'études pour l'obtention du Diplôme d'Etat Infirmier 2008 »

Institut de Formation en Soins Infirmiers Clémenceau  
(Hospices Civils de Lyon)  
Avenue Georges Clémenceau  
69 230 Saint-Genis-Laval  
Tel : 04.78.86.30.00

## Remerciements.

Je tiens à remercier ma guidante qui a su être à mon écoute et se rendre disponible tout au long de la réalisation de ce travail de fin d'études.

J'aimerais remercier l'association Sparadrap qui m'a donné son accord pour l'utilisation d'une illustration.

Je voudrais également remercier mes parents, mon frère et ma sœur, qui m'ont soutenue pendant ces trois années.

Merci à mon père, pour les échanges que nous avons eu autour de ce sujet si vaste.

Merci à mes grands parents, pour leur correction assidue.

Un grand merci aussi à Sébastien, pour sa patience et son écoute !

## Sommaire.

<b><u>1. Introduction</u></b> .....	1
-------------------------------------	---

<b><u>2. Cadre de référence</u></b> .....	4
---	---

<u>2.1. Cadre contextuel. Les pré-requis</u> .....	4
2.1.1) Historique de la place des parents auprès de leur nouveau-né, aux urgences pédiatriques.	4
2.1.2) Projet de service : proposer aux parents d’assister à la ponction veineuse.....	5
2.1.3) Les représentations courantes de la ponction veineuse.....	7
2.1.4) La douleur chez le nouveau-né .....	8
2.1.5) Les moyens de lutte contre la douleur chez le nouveau-né requérant une ponction veineuse .....	8
2.1.6) L’impact des pleurs du nouveau-né sur les parents .....	10
2.1.7) Les urgences pédiatriques, source d’angoisse pour les parents .....	10
2.1.8) L’impact du stress des parents sur le nouveau-né.....	11
2.1.9) L’IDE aux urgences pédiatriques.....	12
2.1.10) L’expérience de l’IDE et son impact sur le soin.....	13
<u>2.2. Cadre théorique. Les interrelations aux urgences pédiatriques</u> .....	14
2.2.1) La relation parents / nouveau-né.....	14
2.2.2) L’entrée de l’IDE dans la relation parents / nouveau-né .....	15
<u>2.3. Quels sont les impacts de la prise en charge des parents sur le soin ?</u> .....	18

<b>3. Analyse</b> ..... 19
----------------------------

<u>3.1. La méthodologie de l'enquête</u> .....	19
<u>3.2. Description de la population interrogée et du lieu de l'enquête</u> .....	24
3.2.1) La population interrogée .....	24
3.2.2) Le lieu de l'enquête et les spécificités du travail IDE, dans ces services .....	25
<u>3.3. Faut-il accepter la présence des parents pendant le soin ?</u> .....	26
<u>3.4. Les parents peuvent-ils participer au soin ?</u> .....	28
<u>3.5. Quelle reconnaissance et quelle prise en charge de la douleur du nouveau-né ?</u> .....	30
<u>3.6. Quel est l'impact du stress, dans le soin ?</u> .....	33
3.6.1) L'impact de l'angoisse des parents sur le nouveau-né.....	33
3.6.2) L'impact des pleurs du nouveau-né sur les parents .....	34
<u>3.7. Que change l'expérience de l'IDE dans la prise en charge ?</u> .....	36
<u>3.8. Qu'apporte la présence des parents pendant le soin ?</u> .....	37
3.8.1) Bénéfices et/ou inconvénients.....	37
3.8.2) Une particularité : la position des IDE diplômées depuis moins d'un an .....	39
<u>3.9. Synthèse de l'analyse</u> .....	40

<b>4. Conclusion du travail de fin d'études</b> ..... 44
--

## **5. Bibliographie**

## **6. Annexes**

Annexe I : Charte européenne de l'enfant hospitalisé.

Annexe II : Quelles différences entre angoisse, anxiété et stress ?

Annexe III : La spirale transactionnelle.

Annexe IV : Grille d'entretien.

Annexe V : Extraits du tableau d'analyse quantitative.

Annexe VI : Echelle DAN.

## **1. Introduction.**

J'ai choisi de traiter ce sujet pour mon travail de fin d'études car le contact avec les enfants et leurs parents m'intéresse.

J'aimerais donc acquérir des connaissances dans le domaine de la pédiatrie.

Lors d'un stage aux urgences pédiatriques, j'ai été amenée à prendre en charge de nombreux nouveau-nés présentant des fièvres inexpliquées.

L'IDE qui accueillait l'enfant appliquait systématiquement de l'Emla® (crème anesthésiante), sur un ou deux sites, en vue d'une ponction veineuse et/ou de la pose d'un cathéter réalisée ultérieurement.

Elle en expliquait alors le but aux parents.

La politique du service consistait à proposer systématiquement à l'un des parents d'assister à ce soin pour accompagner et rassurer le nouveau-né.

Cependant, au moment du soin, certains parents qui souhaitaient être présents, étaient très tendus.

J'ai remarqué que dans ces cas, les nouveau-nés s'agitaient avant même qu'ils ne soient contenus et mettaient plus de temps que les autres à se remettre du soin.

Les parents restaient également anxieux lorsque le soin était terminé.

L'infirmière devait alors gérer un enfant plus agité, que les parents n'étaient pas en mesure de calmer.

Je n'ai, en revanche, jamais vu de parent, même très anxieux, s'interposer pendant le soin et le gêner de façon délibérée.

Les angoisses des parents, créées ou majorées par l'hospitalisation de leur nouveau-né, l'attente d'un diagnostic et la réalisation de soins invasifs, sont compréhensibles.

Mais ces angoisses peuvent-elles avoir un impact sur le nouveau-né ?

Pour J.Brun<sup>74</sup>, psychologue clinicienne, les bébés sont sensibles aux réactions de leur mère dès leur naissance.

Leur comportement est calqué sur l'état affectif de la maman.

Si elle est détendue, l'enfant sera calme.

En revanche, si elle est angoissée, le nouveau-né le ressentira intensément.

Lorsque le bébé est malade, fiévreux, douloureux et qu'il sent ses parents tendus, son mal-être sera alors majoré.

Comment l'IDE peut-elle aider les parents à gérer leurs angoisses pour en préserver leur enfant ?

D'après l'association "Pédiadol", la prise en charge de la douleur de l'enfant permet la mise en place d'une relation de confiance avec les parents et ainsi d'apaiser le stress des parents, donc du nouveau-né.

La prise en charge de la douleur du nouveau-né est-elle suffisante pour apaiser l'angoisse des parents ?

Ma situation d'appel se situe lors de la réalisation d'un soin technique simple et généralement rapide, tel qu'une ponction veineuse ou la pose d'un cathéter.

La douleur due à la ponction veineuse était prévenue par l'application de pommade anesthésiante mais, bien qu'ils en soient conscients, certains parents n'en étaient pas apaisés.

Le patient de l'IDE est avant tout le nouveau-né, mais gérer en amont le stress des parents permettrait-il de réaliser une prise en charge plus satisfaisante de l'enfant ?

Comment l'IDE peut-elle aider les parents d'un nouveau-né, hospitalisé aux urgences pédiatriques, à gérer leur stress lors d'un soin invasif afin d'en préserver leur enfant ?

---

<sup>74</sup> BRUN Jacquelyne, *Angoisse es-tu là ?*, Paris, Editions Fleurus, Collection Le métier des parents, 2000, p.93.

Une étude réalisée à l'hôpital de Poissy, montre que les parents autorisés à rester pendant les soins douloureux sont moins anxieux que lorsqu'ils en sont exclus.

Leur présence ne modifie pas leur anxiété lors de gestes mineurs, cependant ils éprouvent une grande satisfaction à avoir été présents.

L'association "Sparadrap" insiste sur l'importance de la présence des parents lors des soins douloureux, surtout lorsque l'enfant est jeune et ne peut exprimer ni ses douleurs, ni ses craintes.

L'IDE doit-elle se contenter de permettre aux parents d'assister au soin ?

Comme le font remarquer Mmes Thibault et Lombar<sup>75</sup>, les parents assistent souvent au soin en spectateurs « *impuissants devant la détresse de leur enfant* ».

Elles insistent sur le fait de donner un rôle précis aux parents, afin qu'ils puissent accompagner activement et rassurer leur enfant.

Ce constat est d'autant plus vrai lorsque les parents sont particulièrement anxieux.

L'IDE doit permettre aux parents de participer aux soins et pas seulement d'y assister.

Mais quelle place l'IDE peut-elle donner au parent présent ?

Cela m'amène à la problématique suivante :

Quel accompagnement l'IDE des urgences pédiatriques peut-elle proposer aux parents d'un nouveau-né requérant une ponction veineuse, afin d'optimiser les soins qui lui sont prodigués ?

---

<sup>75</sup> THIBAUT Pascale et LOMBAR Bénédicte, *Les modalités de prévention et de prise en charge de la douleur lors des soins*. [www.pediadol.org](http://www.pediadol.org)



## 2. Cadre de référence .

### 2.1. Cadre contextuel. Les pré requis.

#### **2.1.1) Historique de la place des parents auprès de leur nouveau-né, aux urgences pédiatriques.**

La présence des parents dans les services de pédiatrie peut aujourd'hui nous paraître évidente, mais elle fut l'objet d'un long combat qui démarra en 1833, à l'Hôpital des Enfants Malades de Paris.

Certains médecins remirent en effet en question la séparation des jeunes enfants d'avec leur mère durant les hospitalisations<sup>76</sup>.

Il faudra ensuite attendre 123 ans pour que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) organise, en 1956, un colloque à Stockholm ayant pour thème « *L'enfant et l'hôpital* » où seront évoqués les problèmes psychologiques posés par l'hospitalisation des enfants.

Déjà, des médecins comme le Pr. Jean Bernard, soulignent les dangers de la séparation et proposent de permettre aux mères de prendre part aux soins prodigués à l'enfant.

La première circulaire sur l'humanisation des hôpitaux date du 5 décembre 1958 et recommande la présence d'un membre de la famille auprès des enfants.

Cependant, c'est le 1er août 1983 qu'est officialisée la reconnaissance d'un droit de visite pour les parents d'enfants hospitalisés, ainsi que la possibilité d'assister aux soins<sup>77</sup> :

*« Les parents doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers s'ils le souhaitent et si, à l'expérience, leur présence et leur comportement ne s'avère pas gênant. »*

Actuellement, si la plupart des unités pédiatriques permettent aux parents d'enfants hospitalisés de rester auprès d'eux de façon continue, même la nuit<sup>78</sup>, le débat se centre sur la présence des parents lors des soins techniques et potentiellement douloureux effectués sur l'enfant.

---

<sup>76</sup> Rapport fait au Conseil général des Hospices par la Commission administrative, 1883. [www.aphp.fr](http://www.aphp.fr)

<sup>77</sup> Circulaire n°83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants, texte non paru au JO

<sup>78</sup> Annexe I : Charte européenne de l'enfant hospitalisé

### **2.1.2) Projet de service : proposer aux parents d'assister à la ponction veineuse.**

Plusieurs associations comme "Sparadrap" ainsi que des soignants, ont souligné l'importance de la présence des parents durant les soins douloureux, en particulier lorsque l'enfant est jeune et ne peut exprimer verbalement ni ses douleurs, ni ses craintes.

De plus en plus d'équipes soignantes de pédiatrie ont pris le parti de proposer aux parents d'assister à ces soins.

En effet, la présence des parents soutient et réconforte l'enfant pendant les soins.

Pour les nouveau-nés ayant à subir une ponction veineuse, la présence parentale permet de maintenir un environnement connu, avec des visages, des voix et des odeurs rassurantes.

En outre, comme le fait remarquer le Dr Carbajal<sup>79</sup>, la majorité des parents préfère rester auprès de leur enfant lors de la réalisation des gestes invasifs courants, tel les ponctions veineuses.

Une étude, réalisée à l'Hôpital de Poissy entre 2000 et 2001 sur l'épidémiologie des gestes douloureux<sup>80</sup>, montre que lorsque l'on donne le choix aux parents de rester auprès de leur enfant, une minorité seulement choisit de sortir de la salle (ici 7 parents sur 158).

Les parents qui sont présents lors du soin sont également moins anxieux<sup>81</sup> que ceux qui sont invités à sortir.

Cette démarche reste relativement récente, mais tend à se généraliser de façon assez rapide grâce aux campagnes de sensibilisation menées par les associations et certains professionnels.

De même, les pouvoirs publics reconnaissent les bénéfices apportés par la présence des parents pendant les soins<sup>82</sup>.

---

<sup>79</sup> Dr CARBAJAL Ricardo (pédiatre responsable du Centre national de ressources de lutte contre la douleur), « La présence des parents lors des gestes douloureux », Soins, 212, Juin 2003, p.36 à 39.

<sup>80</sup> *Ibid.*, p.38.

<sup>81</sup> Annexe II : Quelles différences entre angoisse, anxiété et stress ?

<sup>82</sup> ANNEQUIN Daniel, *La douleur chez l'enfant*, Belgique, Collection Pédiatrie au quotidien, 2002, p.126.

Cependant, il est important de préciser que proposer aux parents d'assister au soin ne signifie pas les y obliger ou les culpabiliser s'ils ne souhaitent pas participer.

La proposition doit être faite de façon à permettre aux parents de faire un choix libre et éclairé.

Du côté des IDE, les études déjà réalisées concluent, que même si certaines IDE éprouvent quelques appréhensions liées à la présence des parents (gêne, nervosité, anxiété, peur de ne pas réussir le soin), cela ne les rend pas moins efficaces, puisque le nombre de tentatives pour réussir le geste est comparable en présence ou en l'absence des parents.

En conclusion, comme le souligne le Dr Carbajal :

*Quand les équipes franchissent le pas, la présence des parents lors des gestes douloureux doit être organisée et les éventuels inconvénients, telle la sortie des parents au cours du geste, doivent être anticipés.*

*Il n'existe pas de raison pour empêcher les parents qui le souhaitent de rester avec leur enfant lors des gestes agressifs mineurs.<sup>83</sup>*

---

<sup>83</sup> Dr CARBAJAL Ricardo, *op. cit.*, p.39.

### 2.1.3) Les représentations courantes de la ponction veineuse.

« *J'aime pas les piqûres !* »<sup>84</sup>

Voilà une phrase qui résume assez bien ce qu'enfants et parents peuvent penser d'un même geste : la ponction veineuse.

Cet acte, qui demeure un geste emblématique pour notre profession, peut nous sembler routinier et bénin, bien qu'en pédiatrie il puisse devenir rapidement un geste difficile à réaliser, particulièrement chez les petits qu'il est difficile de faire collaborer.

Pour les enfants et leurs parents, la prise de sang reste une situation exceptionnelle chargée d'angoisse et d'appréhensions, tant pour le geste en lui-même que pour les résultats qu'il peut donner. L'annonce du diagnostic peut en effet inquiéter les parents.

Lorsque le prélèvement est effectué chez le tout-petit, il vit l'acte comme une agression dont il ne comprend la raison et face à laquelle il est impuissant.

Si la douleur, liée au geste en lui-même, peut être prévenue grâce à des moyens antalgiques efficaces, la contention souvent effectuée et la réalisation de garrot (la main d'un soignant le plus souvent chez le nourrisson) peuvent également générer des sensations douloureuses ou désagréables.

L'apparition d'une rougeur, d'un hématome, impressionne beaucoup les parents.

Ils représentent une preuve objective de la souffrance de leur enfant.

Lorsqu'un nouveau-né est difficile à piquer et que l'IDE doit prélever sur la tête, le geste devient encore plus traumatisant pour les parents.

Une anecdote très parlante sur la représentation du geste dans l'imaginaire des parents m'a été rapportée : l'infirmière explique à la mère, présente au soin, qu'elle va être obligée de prélever du sang dans la petite veine que nous voyons sur la tête de sa fille. La mère, inquiète, lui demande « *mais où allez-vous mettre le garrot ?* ».

Certains gestes nous semblent parfois évidents mais leur réalisation ne l'est pas forcément pour les parents.

Nos explications doivent donc leur permettre d'aborder le soin avec moins d'appréhension.

---

<sup>84</sup> Association Sparadrap, livret « *J'aime pas les piqûres* », [www.sparadrap.org](http://www.sparadrap.org)

#### **2.1.4) La douleur chez le nouveau-né.**

La douleur du nouveau-né a longtemps été déniée par la médecine qui croyait qu'il était trop immature pour y être sensible.

En 1985, René Perelman<sup>85</sup> reconnaît officiellement ces douleurs :

*« On sait que le nouveau-né, à peine né, est sensible à la douleur [...] ; l'observation clinique semble même indiquer qu'il y est très sensible. »*

Aujourd'hui, les avancées scientifiques prouvent que le nouveau-né ressent effectivement la douleur, puisque tous ses récepteurs nociceptifs sont opérationnels à la naissance, mais également, qu'il est démuné face à elle, du fait de l'immaturité des systèmes de régulation<sup>86</sup>.

Ainsi, le nouveau-né ne peut pas se défendre contre la douleur : elle le submerge et le plonge dans « *un vécu global d'agression* ».

On comprend mieux pourquoi la prévention et la prise en charge de la douleur sont d'autant plus essentielles chez le nouveau-né.

#### **2.1.5) Les moyens de lutte contre la douleur chez le nouveau-né requérant une ponction veineuse.**

La prise en charge médicamenteuse de la douleur consiste principalement en l'application de crème anesthésiante de type Emla®.

Cependant, cette méthode, si elle est très efficace, comporte quelques inconvénients.

En effet, le temps de contact avant l'obtention d'une analgésie satisfaisante demeure de 60 minutes et la ponction doit être effectuée dans l'heure qui suit.

L'acte doit donc avoir été anticipé.

Une particularité est à noter chez le très jeune enfant :

avant l'âge de 3 mois, des prises en charge spécifiques, médicamenteuses ou non, s'avèrent efficaces, en prévention de la douleur induite par une ponction veineuse.

---

<sup>85</sup> PERELMAN René, *Traité de périnatalogie*, 1985.

<sup>86</sup> FRESCO Olivier, *Entendre la douleur du nouveau-né. Aux confins de l'oubli*, Cahier n°1, Bonchamp-Lès-Laval, Belin, Naître, Grandir, Devenir, 2004, p.57 et 137.

Ainsi, l'association de la succion non nutritive d'une tétine et de l'administration orale de saccharose (ou d'une solution sucrée), présente un effet analgésique grâce à la sécrétion d'endorphine.

Cette solution, administrée sur prescription médicale, est très souvent protocolisée dans les services de pédiatrie. Cela permet une utilisation simplifiée et relativement fréquente, chez le nouveau-né.

De plus, cette méthode est facilement réalisable pendant le soin.

Elle a également comme avantage de pouvoir associer les parents à l'analgésie, si ceux-ci désirent être auprès de leur enfant et participer au soin.

Le parent pourra, en effet, tenir la tétine pendant que l'enfant tète.

Le contact corporel avec l'un des parents, le peau à peau, peut également être mis en place.

Ce contact, en plus de diminuer la douleur chez le nouveau-né et d'apaiser le parent, permet de limiter considérablement la contention du nouveau-né.

Elle est en effet effectuée naturellement et en douceur par le parent.

L'allaitement maternel, qui associe la succion, l'alimentation et le contact avec la mère, a également un important pouvoir antalgique<sup>87</sup>.

La stimulation multi sensorielle (massage, voix connues des parents, senteur du parfum de la maman...) peut être utilisée, combinée à d'autres moyens antalgiques, pour diminuer les perceptions désagréables.

Un principe demeure essentiel dans la prise en charge du nouveau-né : aucun geste douloureux ne doit être réalisé lorsqu'il a le ventre vide.

En effet, la faim crée un malaise qu'il ne faut pas potentialiser par un geste douloureux<sup>88</sup>.

---

<sup>87</sup> CARBAJAL Ricardo et CIMERMAN Patricia, « Analgésie chez le nouveau-né et allaitement maternel », Soins Pédiatrie-Puériculture, 226, Octobre 2005, p.41.

<sup>88</sup> FOURNEL Blandine, cours « La prise en charge de la douleur chez l'enfant », module Pédiatrie / Pédopsychiatrie, 2007.

### **2.1.6) L'impact des pleurs du nouveau-né sur les parents.**

Malgré une prise en charge efficace de la douleur, la contention réalisée provoque souvent des pleurs chez le nouveau-né.

Leur impact peut être relativement important sur les parents :

- ils peuvent majorer un sentiment de culpabilité et d'impuissance, induit par le geste douloureux pour lequel les parents ne protègent pas leur bébé mais également par la maladie du nouveau-né qui peut donner l'impression aux parents d'être de "mauvais parents" ;
- ils peuvent augmenter leur angoisse, puisque l'enfant leur fait part, intensément, de son mal-être. Les parents peuvent alors penser qu'un défaut d'analgésie est à l'origine des pleurs.

J.Bowlby<sup>89</sup>, dans sa théorie de l'attachement entre la mère et le nouveau-né, définit les cris du bébé comme un signal entraînant la restauration de la proximité.

Les cris induisent donc également, chez la mère, un besoin d'interaction avec son nouveau-né.

### **2.1.7) Les urgences pédiatriques, source d'angoisse pour les parents.**

Comme le fait remarquer la circulaire du 23 novembre 1998<sup>90</sup>, « *l'hospitalisation d'un enfant, quel qu'en soit le motif médical, est une source d'angoisse pour lui-même et pour sa famille.* »

Aux urgences pédiatriques, l'ambiance elle-même peut être source d'angoisse.

En effet, celle des parents s'ajoute à celle des autres parents présents, des enfants, et peut être majorée lorsque les soignants sont très sollicités.

Elle est d'autant plus importante lorsque le délai d'attente avant de rencontrer un médecin s'allonge et qu'aucun diagnostic médical n'a encore été posé, ou que des examens, pouvant être douloureux, sont nécessaires à son établissement.

---

<sup>89</sup> MAZET Philippe et STOLERU Serge, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, 3ème édition, Editions Masson, Collection Les âges de la vie, 1974. p.109.

<sup>90</sup> Circulaire du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie et qui vient compléter la circulaire n°83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants, texte non paru au JO

L'incertitude de la nécessité d'une hospitalisation et de sa durée, l'accumulation de fatigue, les représentations que les parents peuvent avoir des "blouses blanches" et des hôpitaux, influencent également leur niveau d'anxiété.

Contrairement à la majorité des autres services, aux urgences pédiatriques, le temps de présentation avec le personnel soignant peut être très court avant la réalisation d'un soin douloureux.

En effet, il est fréquent que le petit patient et sa famille soient pris en charge par une première infirmière à l'accueil et qu'une seconde se charge d'effectuer la ponction veineuse lorsque celle-ci est nécessaire.

La rencontre avec la seconde infirmière ne se déroule donc que quelques minutes avant la réalisation du geste.

L'élaboration d'une relation de confiance entre le soignant, l'enfant et ses parents est donc difficile à mettre en place si rapidement et nécessite une grande disponibilité d'écoute et d'attention de la part du soignant.

#### **2.1.8) L'impact du stress des parents sur le nouveau-né.**

D'après les Dr L.Rossant et J.Rossant-Lumbroso, « *le nouveau-né est extrêmement sensible à tous les signaux corporels du parent et perçoit parfaitement l'état affectif de son entourage et les tensions qu'il ressent peuvent le perturber profondément* ». <sup>91</sup>

J.Brun, psychologue clinicienne, précise également que « *les bébés de quelques jours, voire de quelques heures, réagissent au son de la voix et à la mimique de leur mère et sont sensibles à la façon dont celle-ci leur parle. Si la maman semble fâchée, le bébé pleure ; il rit ou se montre serein si elle est gaie et tendre* ». <sup>92</sup>

Le nouveau-né, ressent donc intensément l'angoisse de ses parents et y réagit.

En conséquence, on admet facilement que le nouveau-né, en plus du mal-être qu'il ressent du fait de sa fièvre et/ou de douleurs, pleure et soit agité, s'il sent ses parents particulièrement tendus.

---

<sup>91</sup> Drs. ROSSANT L. et ROSSANT-LUMBROSO J., *Le langage des bébés*, [www.doctissimo.fr](http://www.doctissimo.fr)

<sup>92</sup> BRUN Jacquelyne, *op. cit.*, p.93.



### **2.1.9) L'IDE aux urgences pédiatriques.**

La profession d'IDE est régie par le Code de la Santé Publique relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'IDE.

L'IDE qui exerce en secteur pédiatrique a deux rôles essentiels :

celui de rassurer les parents, afin qu'ils se sentent en sécurité et que l'enfant se sente bien<sup>93</sup>, et celui de maintenir les liens entre l'enfant et son entourage, pour lui apporter des soins dans un contexte serein et rassurant<sup>94</sup>.

Aux urgences pédiatriques, l'IDE doit également prendre en compte le stress des parents, tout en évaluant le degré d'urgence des soins à apporter à l'enfant.

Cependant, les équipes subissent également un stress important et il leur est parfois difficile de faire face à celui des familles<sup>95</sup>.

L'IDE doit donc faire preuve de particulièrement de patience et d'écoute.

Elle doit mettre en place des attitudes empathiques, tout en faisant face aux urgences qui se présentent à elle, en gardant une cadence imposée par le nombre de consultations en attente et leur degré d'urgence.

L'IDE doit alors allier de grandes capacités techniques pour réaliser des soins de qualité, mais également de réelles aptitudes relationnelles, pour prendre en charge l'enfant dans sa globalité, ce qui implique de travailler en étroite collaboration avec sa famille<sup>96</sup>.

---

<sup>93</sup> MIGNOT Sandrine, Dossier « Accompagner la famille d'un enfant malade », L'Infirmière magazine, 170, Avril 2002, p.28.

<sup>94</sup> CHARLES E., Dossier « Les urgences : infirmière aux urgences pédiatriques », Revue de l'Infirmière, supplément au n°65, Novembre 2000, p.10.

<sup>95</sup> VALDES L. et al., « L'enfant aux urgences », Objectifs Soins, 38, Décembre 1995, p.49.

<sup>96</sup> Décret n° 2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, Article 2 : les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade, JO n°40 du 16 février 2002 (page 03040)

### **2.1.10) L'expérience de l'IDE et son impact sur le soin.**

D'après Patricia Benner<sup>97</sup>, il existe 5 stades de compétences dans l'exécution du métier d'IDE : novice, débutant, compétent, performant et expert.

Pour elle, l'infirmière compétente travaille dans un même environnement depuis 2 ou 3 ans. Elle n'a pas encore la rapidité, ni la souplesse de l'infirmière performante, mais elle a le sentiment de maîtriser les choses et d'être capable de faire face aux situations imprévues, le cas échéant.

Avant 2 ou 3 années d'expérience aux urgences pédiatriques, l'IDE n'aurait donc pas encore suffisamment le sentiment de maîtriser les choses.

On pourrait alors en déduire qu'elle ne soit pas assez à l'aise dans un soin technique, tel que la prise de sang chez un nouveau-né, pour pouvoir accompagner les parents durant cette période. Mais il semble difficile d'émettre cette hypothèse, sans évoquer l'accompagnement des nouvelles IDE dans un service, par leurs collègues.

Si la politique du service est de proposer aux parents de rester pendant le soin, la nouvelle IDE sera sans doute formée dans cette optique.

En revanche, si aucune pratique n'est clairement définie, l'IDE novice ou débutante sera sûrement tentée de ne pas faire entrer les parents pour le soin, car manquant d'assurance, elle préférera ne pas se sentir jugée par les parents.

L'accompagnement des parents serait donc étroitement lié aux projets d'équipe.

---

<sup>97</sup> BENNER Patricia, *De Novice à Expert, Excellence en soins infirmiers*, version originale : Québec, 1984 ; traduction française : Paris, 1995, traduit de l'américain par Laura OVION, Inter Editions, p.23 à 34.

## 2.2. Cadre théorique. Les interrelations aux urgences pédiatriques.

### 2.2.1) La relation parents / nouveau-né.

Dans les mois qui suivent l'accouchement, Winnicott<sup>98</sup> parle de « *préoccupation maternelle primaire* ».

Par ceci, il entend que la mère est centrée sur le bébé et sa relation à celui-ci.

Elle fait preuve d'une sensibilité extrême pour tout ce qui touche à son enfant.

En offrant un milieu sécurisant, parfaitement adapté aux besoins de son nouveau-né, la mère lui permet de débiter son évolution.

Actuellement, une théorie semble primer.

Il s'agit du « *processus bidirectionnel* »<sup>99</sup>, dont Escalona a parlé sous la forme d'une spirale transactionnelle, en 1968<sup>100</sup>.

En effet, les interactions ne se limitent pas seulement au sens parents-bébé, le bébé étant soumis aux influences de ses parents.

Le bébé serait également à l'origine de modifications considérables chez ses parents.

Par ses comportements (pleurs, cris, sourires), il influencerait lui-même la qualité et la quantité des soins qu'il reçoit, en agissant sur leurs satisfactions, leurs angoisses, leur culpabilité et leur estime d'eux-mêmes en tant que parents.

Les pleurs du nouveau-né provoquent, par exemple, une montée de lait chez la mère.

L'interaction s'envisagerait donc dans un continuum d'échanges où chacun agit et réagit.<sup>101</sup>

La relation entre le père et son bébé est également particulière<sup>102</sup>.

Elle est plus stimulante pour le nouveau-né que celle mise en place avec la mère, car elle est plus physique.

Elle complète et s'intègre aux relations primaires de l'enfant avec le monde qui l'entoure.

Ainsi, le père et la mère entourent, éveillent et protègent leur enfant dès sa naissance.

---

<sup>98</sup> MAZET Philippe et STOLERU Serge, *op. cit.*, p.413.

<sup>99</sup> *Id.*, p.105

<sup>100</sup> Annexe III : La spirale transactionnelle.

<sup>101</sup> [www.chups.jussieu.fr](http://www.chups.jussieu.fr) (faculté de médecine Pierre et Marie Curie, site Pitié-Salpêtrière)

<sup>102</sup> STOLERU S. et LEOVICI S., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Tome 1, Paris, PUF, 1985, réédition de 2004, p.330.

Mais ce couple, parents / nouveau-né, peut être amené, dans certaines situations particulières, à faire entrer un troisième intervenant dans la relation.

C'est le cas lorsqu'une triade se met en place avec l'IDE.

## **2.2.2) L'entrée de l'IDE dans la relation parents / nouveau-né.**

### **La relation soignant / parent.**

Pour l'association "Pédiadol"<sup>103</sup>, si l'on veut établir une relation de confiance avec les parents, il faut les considérer comme des partenaires en tenant compte des informations qu'ils peuvent nous fournir sur l'enfant.

Il convient de leur donner les différentes informations, nécessaires à leur compréhension.

Le motif du prélèvement, ainsi que les moyens utilisés pour la prise en charge de la douleur de leur enfant, doivent leur être donnés.

L'explication simple du soin permet d'en dédramatiser l'impact subjectif.

Cependant, la technicité du soin permet également à l'IDE de garder une distance relationnelle en la définissant en temps que soignante.

Si l'association emploie le terme de "partenaire", il ne faut pas perdre de vue la nécessité de "juste distance" dans la relation soignant-soigné.

Cette distance peut être symbolisée, de façon concrète, par le port de la blouse, la maîtrise de gestes techniques...

Elle permet au soignant de garder un positionnement professionnel sur la relation et sur le soin, tout en étant empathique.

D'après l'association, « *plus on dispose de moyens antalgiques, plus la communication avec les parents est facile* »<sup>104</sup>.

Effectivement, la prise en charge de la douleur de l'enfant, diminue l'angoisse éprouvée par les parents et permet l'établissement d'une relation de confiance avec les soignants.

Après ces explications, mais avant le soin, on proposera aux parents d'assister au geste pour aider leur enfant en l'entourant, en le rassurant.

Il sera parfois nécessaire de guider le parent pour qu'il n'assiste pas impuissant au soin.

---

<sup>103</sup> [www.pediadol.org](http://www.pediadol.org)

<sup>104</sup> *Id., Etre à l'écoute des parents.*

La prise en charge de la douleur peut être combinée à la définition, explicite ou implicite, d'un rôle précis que le parent voudrait ou pourrait jouer pendant le soin<sup>105</sup>.

Le sentiment de subir passivement et d'être impuissant pour protéger et soigner son enfant peut être difficile à vivre pour les parents.

En se sentant utiles pour leur enfant, les parents éprouvent alors moins de culpabilité à laisser leur enfant subir le soin.

La contention de l'enfant sera, autant que possible, réalisée par un soignant et non par le parent.

Dans tous les services mais encore davantage aux urgences pédiatriques, la première impression que le soignant laisse aux parents est primordiale.

En effet, la relation soignant / parents-enfant est extrêmement brève et intense dans ces services (cf. Chapitre 2.1.7 sur les services d'urgences pédiatriques).

Les limites à l'établissement de cette relation sont directement et principalement liées au stress qui touche l'équipe et qui, s'il est trop important, peut rendre moins efficace la prise en charge de l'anxiété des parents et de l'enfant et aboutir à des situations plus tendues.

L'établissement d'une relation de confiance suppose que l'IDE maîtrise bien le geste, qu'elle soit suffisamment à l'aise pour être à l'écoute des parents.

Il conviendra donc, pour l'IDE, de savoir demander à une collègue de piquer l'enfant après deux ou trois tentatives infructueuses.

---

<sup>105</sup> THIBAULT Pascale et LOMBAR Bénédicte, *op. cit.*

## **La relation soignant / nouveau-né.**

Il semble donc logique que la relation soignant / nouveau-né dépende de celle instaurée entre le soignant et les parents.

Cependant, certaines bases demeurent essentielles.

En effet, si les parents ne souhaitent pas être présents lors du soin ou ne souhaitent pas y participer activement, il est très important de ne jamais se substituer à eux.

Même si les parents éprouvent des difficultés à un moment précis, il n'est en aucun cas de notre rôle de prendre leur place, même si cela peut être difficile lorsqu'il s'agit de nouveau-né en détresse.

Comme nous l'avons vu précédemment, la prise en charge de la douleur demeure une base à l'établissement de la relation.

L'attitude du soignant joue également un rôle essentiel dans la relation qu'il va pouvoir instaurer avec le nouveau-né.

Il convient d'être calme, posé, de parler au petit patient avec des mots et des intonations simples afin de le prévenir des actes réalisés, des sensations qu'il peut ressentir.

La simplicité et l'honnêteté sont des valeurs essentielles, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un nouveau-né.

En conclusion, l'IDE doit faire preuve d'empathie tout en sachant maintenir la distance professionnelle qui permet de garder la maîtrise de la situation.

### **2.3. Quels sont les impacts de la PEC des parents sur le soin ?**

Dans cette première partie, j'ai tenté, par l'établissement d'un cadre de référence, d'avancer sur mon questionnement.

Il concerne, en effet, l'accompagnement que l'IDE des urgences pédiatriques peut proposer aux parents d'un nouveau-né qui requiert une ponction veineuse, afin d'optimiser les soins qui lui sont prodigués.

Il en ressort un élément essentiel : laisser la possibilité aux parents d'assister au soin engendrerait une plus-value pour les parents, le nouveau-né et également pour le soignant en améliorant la qualité des soins.

Effectivement, l'accompagnement des parents permettrait de contenir leurs angoisses et de diminuer leur culpabilité envers leur enfant.

Si la plus-value existe pour les parents, il est logique qu'elle se répercute sur l'enfant.

En effet, si l'anxiété est moindre pour les parents, le nouveau-né sera plus calme, plus apaisé.

Il conserve également une présence connue, ce qui diminue le traumatisme qui peut être engendré par l'acte.

Ces constats nous mènent à la plus-value pour le soignant.

L'accompagnement des parents permet de mieux interpréter les réactions du nouveau-né, grâce à la perception des parents, afin d'optimiser les soins.

Il permet également d'instaurer une relation de confiance avec les parents, qui sera essentielle au bon déroulement de l'hospitalisation, si elle s'avère nécessaire.

La satisfaction professionnelle qui en découle est tout aussi importante : prodiguer des soins de qualité au couple parent / nouveau-né est une des missions prioritaires de l'IDE en service de pédiatrie et sa réalisation permet au soignant de s'épanouir dans son rôle.

Je vais maintenant tenter de confronter mes données théoriques à la réalité du terrain tout en ayant une approche objective.

J'aimerais avoir une vision concrète et la plus ouverte possible de l'accompagnement proposé aux parents, dans une unité de soins.

La théorie est-elle ou peut-elle être appliquée ?

### **3. Analyse.**

#### **3.1. La méthodologie de l'enquête.**

J'ai choisi de réaliser six entretiens, car il me semblait que cet outil était le plus adapté à mes recherches.

Mes questions impliquaient des réponses relativement longues et la population étudiée (parents consultants pour leur nouveau-né) restreignait la possibilité de réaliser des observations de situations cliniques sur le terrain.

J'ai donc décidé de tester ma grille d'entretien dans un établissement hospitalier public de la Région Rhône-Alpes, au sein d'un service d'urgences pédiatriques.

J'ai pu y rencontrer une IDE et une puéricultrice, après leur temps de travail, au sein du service.

En effet, j'ai pensé qu'il pourrait être intéressant d'interroger des IDE mais également des puéricultrices, des jeunes diplômées ou des personnes plus expérimentées, afin d'observer les différences et/ou les similitudes de leurs réponses.

Après les tests, il m'a semblé nécessaire de reformuler certaines questions et d'en regrouper d'autres.

Du fait de la grande charge de travail des IDE, j'ai tenté d'ajuster ma grille<sup>106</sup> afin de poser des questions relativement simples, claires et concises, afin que les entretiens durent environ 20 minutes.

---

<sup>106</sup> Annexe IV.



J'ai donc formulé huit questions.

La première précise le nombre d'années d'expérience de l'IDE, son ancienneté en pédiatrie et, plus particulièrement, en service d'urgences pédiatriques.

La seconde question porte sur les spécificités du travail de l'IDE aux urgences pédiatriques.

Les questions trois et quatre permettent de définir la place des parents pendant la prise de sang sur leur nouveau-né.

La question suivante porte sur l'impact du stress des parents sur le nouveau-né.

La sixième question évoque la prise en charge de la douleur de l'enfant ainsi que la réaction des parents aux pleurs de ce dernier.

L'avant dernière question a pour but de faire préciser, à la personne interrogée, si l'acceptation des parents, lors de la ponction veineuse chez le nouveau-né, a engendré des modifications dans le soin.

Elle permet de conclure sur l'utilité ou non de l'accompagnement des parents lorsque le nouveau-né doit subir une prise de sang.

La huitième question termine l'entretien par la possibilité d'une ouverture ou de traiter un point qui semble important à l'interrogée, dans le cadre de ce TFE.

Aucune des six IDE interrogées n'a, cependant, eu d'éléments à ajouter.

Cette question ne sera donc pas détaillée dans l'analyse.

Après avoir obtenu l'accord de la cadre de santé d'un service d'urgences pédiatriques Lyonnais ainsi que celui de la directrice des soins et l'aval de ma guidante, j'ai pu me rendre dans le service à deux reprises.

Malheureusement, l'équipe n'était pas informée de ma venue.

J'ai tout de même pu effectuer trois entretiens dans le service d'accueil des urgences pédiatriques, que j'appellerai l'unité A.

Ils se sont déroulés dans une petite pièce assez calme.

Cependant, les deux IDE et la puéricultrice que j'ai rencontrées étaient préoccupées par leur travail.

En effet, les entretiens ont été réalisés sur leur temps de travail et des patients étaient en attente de soins.

La durée des entretiens s'est donc étendue de 10 à 15 minutes alors que je pensais que 15 à 25 minutes seraient nécessaires.

Malgré tout, je n'ai pas eu le sentiment que les entretiens étaient "bâclés", puisque les trois soignantes interrogées ont pris le temps de répondre à toutes mes questions.

Une puéricultrice présente ce jour là a refusé de participer à un entretien.

J'ai réalisé les trois autres entretiens dans le service d'hospitalisation de courte durée des urgences pédiatriques du même établissement, que je nommerai l'unité B.

L'équipe a pu mettre le bureau médical à disposition, afin d'être dans un lieu calme.

J'ai rencontré trois IDE qui ont pu se détacher de leurs secteurs, à tour de rôle.

Il m'a semblé qu'elles étaient moins préoccupées par l'environnement extérieur et les entretiens ont duré 15, 20 et 25 minutes.

J'ai pu enregistrer les six entretiens grâce à un dictaphone. Cela m'a été très utile pour la phase de retranscription et par la suite pour l'analyse quantitative, puisque je disposais des termes exacts qu'avaient employés les soignantes interrogées.

Par mes entretiens, j'ai cherché à confronter mes données théoriques à la réalité du terrain.

Il m'a semblé nécessaire de reprendre, par des questions, les grands points de mon cadre de référence.

Mon enquête comporte de nombreuses limites, à commencer par le fait qu'elle n'est pas exhaustive.

Je n'ai réalisé que six entretiens, dans le même établissement hospitalier.

Afin de pallier quelque peu à cela, j'ai préféré, puisque cela était possible, rencontrer des IDE et des puéricultrices de deux services distincts.

Malgré tout, il n'est pas envisageable d'avoir une vue d'ensemble des pratiques sur un échantillon de six individus.

J'aurais souhaité réaliser une partie des entretiens au sein d'un autre établissement hospitalier, afin d'en comparer les différentes pratiques.

Mais il m'a été difficile de tenir les délais imposés par les déménagements des différents services de pédiatrie, mi-mars, vers l'Hôpital Femme-Mère-Enfant.

Maintenant que j'ai réalisé les entretiens, je pense que c'était, effectivement, le meilleur outil pour recueillir les informations qui m'étaient nécessaires.

Cependant, je regrette de ne pas avoir posé de question sur la relation soignant / couple parents - nouveau-né. Je l'avais fait lors du test de ma grille d'entretien mais, par deux fois, les personnes interrogées ont abordé cette notion avant que la question ne leur soit posée, ce qui n'a pas été le cas lors des entretiens définitifs.

Afin de réaliser l'analyse de l'enquête que j'ai effectuée, j'ai choisi de quantifier et de classer les données recueillies sous forme de tableau<sup>107</sup>.

Grâce à cela j'ai pu poser des constats, question par question, puis en recoupant certaines questions entre elles.

Ensuite, j'ai interprété et comparé ces informations avec le cadre de référence en les regroupant par thèmes.

Cela m'a permis d'élaborer des hypothèses.

Au début de la réalisation de l'analyse, j'avais choisi de traiter l'analyse quantitative, puis l'analyse qualitative. Il me semblait que cette méthode serait plus facile à la lecture.

Cependant, je me suis rendu compte que cela engendrait de nombreuses répétitions.

J'ai donc choisi d'exposer l'analyse descriptive et l'analyse explicative, de chaque thème, dans une même partie.

Au fil de l'analyse, j'ai pu me positionner en temps que future professionnelle.

Cependant, j'ai choisi d'exposer plus longuement mon positionnement dans la synthèse de l'analyse.

---

<sup>107</sup> Annexe V : Extraits du tableau d'analyse quantitative.

### 3.2. Description de la population interrogée et du lieu de l'enquête.

#### 3.2.1) La population interrogée.

Dans l'unité A, j'ai rencontré deux IDE et une puéricultrice.

Les deux IDE étaient dans le service depuis moins de deux ans et l'une des deux était diplômée depuis moins d'un an.

La puéricultrice était dans le service depuis plus de deux ans.

Dans l'unité B, j'ai enquêté auprès de trois IDE.

Deux étaient également dans le service depuis plus de deux ans.

La troisième était diplômée depuis moins d'un an.

Pour plus de facilité de lecture, j'ai décidé de donner un numéro à chaque IDE.

Les chiffres correspondent à l'ordre chronologique de la réalisation des entretiens, dans chaque unité.

Le tableau 3.1. ci-dessous récapitule trois éléments :

- leur service (unité A ou B) ;
- leur ancienneté dans celui-ci (plus ou moins de 2 ans) ;
- leur expérience en pédiatrie ;
- leur diplôme ainsi que l'année d'obtention.

#### 3.1. Population interrogée.

	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
Unité.	A			B		
Ancienneté dans le service.	Moins de 2 ans.	Moins de 2 ans.	Plus de 2 ans.	Moins de 2 ans.	Plus de 2 ans.	Plus de 2 ans.
Expérience en pédiatrie.	10 mois	2 ans ½	22 ans	3 mois	10 ans	2 ans
Diplômes et années d'obtention.	IDE depuis 2007  (10 mois)	IDE depuis 1997  (11 ans)	diplôme d'auxiliaire de puéricultrice en 1986,  IDE en 1993 (15 ans),  diplôme de puéricultrice en 2000 (8 ans)	IDE depuis 2007  (3 mois)	IDE depuis 1984  (24 ans)	IDE depuis 2001  (7 ans)

L'analyse explicative de cette partie nécessite une mise en lien de l'ancienneté et du niveau d'expérience des IDE en pédiatrie, avec des réponses traitées dans d'autres parties.

J'ai donc décidé, pour plus de cohérence, de détailler cette partie dans un chapitre spécifique<sup>108</sup>.

### **3.2.2) Le lieu d'enquête et les spécificités du travail IDE, dans ces services.**

Il s'agit donc d'un service d'accueil des urgences pédiatriques et du service attenant, l'UHCD<sup>109</sup>, qui accueille les enfants hospitalisés à la suite d'une consultation aux urgences.

La majorité des soignantes interrogées ont cité l'accueil des enfants et des parents ainsi que la nécessité de rassurer ces derniers comme une des spécificités du travail de l'IDE aux urgences pédiatriques.

Je constate que seul l'IDE 1, qui est diplômée depuis moins d'un an, n'a pas parlé des parents dans la prise en charge.

Cependant, elle a mentionné, comme deux autres IDE et la puéricultrice, qu'une des spécificités du travail, aux urgences pédiatriques, était de savoir observer les enfants pour prioriser leur prise en charge mais, également, de surveiller l'évolution de leur état.

Trois IDE pensent qu'il faut apprendre à gérer l'affluence, tandis que les deux autres IDE et la puéricultrice notent qu'il est important d'expliquer le déroulement de la prise en charge aux parents.

2 IDE précisent qu'il est nécessaire de bien maîtriser les gestes techniques, afin de prodiguer des soins de qualité aux enfants.

Enfin, la puéricultrice et l'IDE 5, pensent qu'il est essentiel d'être calme, patient et doux avec les enfants.

Toutes ses données sur les spécificités du travail de l'IDE aux urgences pédiatriques concordent avec les données littéraires du cadre de référence<sup>110</sup>.

---

<sup>108</sup> Chapitre 3.7.

<sup>109</sup> UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée.

<sup>110</sup> Chapitre 2.1.9.

L'IDE doit en effet acquérir des capacités techniques afin d'effectuer des soins de qualité et, dans le même temps, faire preuve d'aptitudes relationnelles en rassurant les parents et en créant un climat sécurisant autour de l'enfant.

Mes lectures posent le fait que les services d'urgences représentent un environnement stressant pour les parents<sup>111</sup>.

La consultation en urgence, l'inquiétude due à l'attente d'un diagnostic, le temps d'attente qui peut être long, les tensions des autres familles présentes... tous ces éléments majorent le stress des parents et donc, celui des nouveau-nés.

De plus, il est difficile d'établir une relation de confiance entre soignant et parents car la rencontre avant la réalisation de la prise de sang est souvent très brève<sup>112</sup>.

Cela nécessite donc une grande écoute et de l'attention de la part des soignants vis-à-vis des parents.

### **3.3. Faut-il accepter la présence des parents pendant le soin ?**

Lorsque j'ai posé la question de l'acceptation des parents pendant la prise de sang, la majorité des soignantes m'ont répondu que cela dépendait de l'IDE, du comportement des parents, ainsi que de la difficulté du geste.

Cependant, elles ont précisé qu'elles proposaient à une grande majorité de parents d'assister au soin.

Seule l'IDE 4 préfère demander conseil à ses collègues, du fait, dit-elle, de son manque d'expérience. En effet, elle n'est diplômée que depuis trois mois.

Je constate que l'ensemble des IDE disent accepter les parents mais ont des réticences, lorsqu'elles sentent les parents stressés, qu'elles doivent piquer un enfant difficile ou à la tête, ou qu'elles ont « un mauvais feeling ».

Dans ces cas là, elles ne proposent pas aux parents d'assister au soin.

Trois IDE ont insisté sur le fait qu'il ne fallait pas forcer les parents à être présents.

Cette dernière idée est en cohérence avec le cadre de référence<sup>113</sup>.

---

<sup>111</sup> Chapitre 2.1.7.

<sup>112</sup> Chapitre 2.2.2.

<sup>113</sup> Chapitre 2.1.2.

Des divergences apparaissent cependant, entre les entretiens et la partie théorique.

En effet, d'après le Dr Carbajal, il n'existerait aucune raison d'empêcher les parents d'assister au soin, s'ils désirent être présents<sup>114</sup>.

Le Dr Tomkiewicz<sup>115</sup> insiste sur le fait que les soignants ne peuvent pas juger les parents. C'est à ces derniers de décider de leur présence ou non pendant le soin de leur enfant.

Plusieurs hypothèses peuvent alors être émises pour expliquer la préférence des soignantes interrogées à ce que les parents ne soient pas présents, s'ils semblent "trop" stressés, ou si le geste est difficile.

- Les parents très stressés le transmettent au nouveau-né, ce qui rend le soin plus difficile et plus traumatisant pour le bébé.

Cette hypothèse fera l'objet d'une analyse dans la partie 3.6. qui traite de l'impact du stress sur le soin.

- Si les parents sont présents, que l'enfant est difficile à piquer et que l'IDE doit recommencer plusieurs fois le geste, elle peut être considérée comme une mauvaise soignante et les parents peuvent s'impatienter.

L'appréhension du regard des parents semble être un des premiers motifs de refus des parents par les IDE<sup>116</sup>.

Une IDE du service des urgences pédiatriques de l'Hôpital de Poissy<sup>117</sup> précise qu'il est parfois nécessaire d'expliquer aux parents que l'enfant est difficile à piquer et qu'il ne faut pas hésiter à passer la main au bout de 2 ou 3 tentatives. Si possible, il est préférable de laisser le bébé et ses parents récupérer un peu avant de continuer le soin.

- Les IDE peuvent également avoir le sentiment d'être moins efficaces si les parents sont présents.

D'après l'étude réalisée à l'Hôpital de Poissy<sup>118</sup>, cette crainte, éprouvée par les IDE, ne se vérifie pas. En effet, le nombre de tentatives pour réussir le geste ne varie pas lorsque les parents sont présents.

---

<sup>114</sup> Chapitre 2.1.2.

<sup>115</sup> Dr Stanislas TOMKIEWICZ, pédiatre et pédopsychiatre. Il intervient dans la vidéo suivante : GALLAND F. et al, Soins douloureux en pédiatrie, avec ou sans les parents ?, France, Association Sparadrap, octobre 2000, 25 minutes.

<sup>116</sup> CARBAJAL R. et al., La présence des parents lors des gestes agressifs aux urgences, Journées UNESCO 1999, 3 décembre 1999, p.39, [www.pediadol.org](http://www.pediadol.org).

<sup>117</sup> GALLAND F. et al, *op. cit.*

<sup>118</sup> Chapitre 2.1.2.



### **3.4. Les parents peuvent-ils participer au soin ?**

Toutes les IDE semblent d'accord sur le fait que les parents ne sont pas des soignants et qu'ils sont là pour rassurer l'enfant.

Pour l'IDE 4, diplômée et dans le service depuis trois mois, l'acte doit être rapide.

Elle préfère alors que les parents aident à contenir l'enfant et lui parlent pour détourner son attention.

Cependant, elle précise que les parents ne peuvent pas participer à l'analgésie de leur bébé puisque ce sont uniquement les soignants qui donnent à téter aux nouveau-nés la solution sucrée, afin de déclencher le réflexe de succion.

Je constate que la réponse de l'IDE 2, dans le service A depuis moins de deux ans, est différente de celle des autres soignantes interrogées.

Elle préfère rassurer elle-même le bébé en lui caressant la tête et en lui expliquant ce qu'elle va faire, puis pendant l'acte, parler d'autre chose à la maman pour « sentir comment elle vit l'acte ».

Elle est également la seule à avoir parlé d'une relation triangulaire où les parents ne sont pas présents, car elle concerne le bébé, l'IDE et l'auxiliaire de puériculture.

Le cadre de référence est cohérent avec l'idée que les parents ne sont pas des soignants<sup>119</sup>.

En effet, il semble qu'il ne soit pas judicieux de faire participer les parents à la contention car ils peuvent être assimilés au geste douloureux.

Le parent éprouverait également davantage de culpabilité car il exposerait son enfant au geste douloureux au lieu de le protéger.

Cette situation serait donc difficile pour l'enfant et le parent.

D'après les entretiens sur le terrain, les IDE ne veulent pas donner elles-mêmes un rôle aux parents.

Elles pensent que c'est à eux de décider de leur participation.

Pour trois IDE et la puéricultrice, c'est aux parents de décider et de prendre un rôle mais, n'étant pas des soignants, ils ne peuvent pas participer à l'acte : ils sont là pour rassurer l'enfant.

Ils peuvent alors parler, chanter, toucher ou caresser leur enfant.

D'autres restent assis, un peu en retrait, pendant la durée de l'acte.

---

<sup>119</sup> Chapitre 2.2.2.

Une hypothèse pourrait être formulée pour expliquer le point de vue des soignantes interrogées, quand à la définition du rôle des parents.

Elles veulent laisser un pouvoir décisionnel aux parents : elles préfèrent qu'ils conservent une certaine autonomie.

Les parents prennent alors le rôle qui leur convient. Soit ils restent en retrait, soit ils parlent ou caressent leur enfant...

La position des soignantes n'est cependant pas entièrement légitimée par le cadre théorique<sup>120</sup>.

Mmes Thibault et Lombar<sup>121</sup> insistent en effet sur l'importance de donner un rôle précis aux parents, afin qu'ils puissent accompagner et rassurer leur enfant sans être des spectateurs « impuissants devant [sa] détresse ».

Certains parents peuvent également rester en retrait par peur de gêner, ou parce qu'ils sont intimidés par l'environnement médicalisé.

D'après l'association "Pédiadol", il faut considérer les parents comme des partenaires<sup>122</sup>.

Il est important de les écouter et de leur donner les informations utiles à leur compréhension.

Il est parfois nécessaire de guider les parents pour leur permettre de participer au soin en rassurant leur enfant.

La culpabilité éprouvée par les parents lorsque leur nouveau-né subi une ponction veineuse diminuerait lorsqu'ils se sentent utiles pour leur enfant.

---

<sup>120</sup> Chapitre 1 (introduction).

<sup>121</sup> THIBAULT Pascale et LOMBAR Bénédicte, *op. cit.*, [www.pediadol.org](http://www.pediadol.org)

<sup>122</sup> Chapitre 2.2.2.

### **3.5. Quelle reconnaissance et quelle prise en charge de la douleur du nouveau-né ?**

Toutes les personnes interrogées ont parlé des mêmes solutions pour prévenir la douleur des enfants.

Elles ont cité la pommade anesthésiante Emla®, le gaz Entonox® pour les plus d'un an, ainsi que l'administration d'une solution sucrée, appelée Sweet-ease®, chez les nouveau-nés et les nourrissons de moins de trois mois.

La puéricultrice précise que certaines auxiliaires de puériculture du service ont eu une formation sur l'hypno-analgésie et que cela est très efficace avec les enfants plus âgés.

Il s'agit de détourner leur attention et de les détendre grâce à des bulles de savon, des jeux, de la musique... Elle note également l'importance de travailler en binôme.

Elle précise que, d'après elle, la douleur n'est « quand même pas très bien prise en compte » bien que l'équipe essaye d'y faire attention.

Concrètement, cinq soignantes disent ne pas utiliser l'Emla® très fréquemment.

Deux pensent qu'il ne faut pas l'utiliser sur les moins de trois mois, une autre précise que la pommade cache les veines donc que seul l'IDE qui pose le patch est en mesure de piquer l'enfant.

Deux autres, enfin, précisent que la durée de pose d'une heure allonge le temps d'attente des parents et que cela empêche souvent l'utilisation de cette solution.

En ce qui concerne le gaz Entonox®, il n'est utilisé que chez les enfants de plus de quatre ans, mais de façon irrégulière.

L'analgésie principalement utilisée chez les nouveau-nés consiste donc en l'administration d'une solution à base de saccharose appelée Sweet-ease®.

Une IDE précise l'importance de le donner avec une tétine afin de prolonger le réflexe de succion du bébé et, ainsi, de prolonger l'analgésie.

Les trois IDE de l'unité B disent utiliser la solution sucrée chez les bébés de moins de trois mois de façon systématique.

Dans l'unité A, la prévention de la douleur est différente.

L'IDE 1 et la puéricultrice disent ne pas donner systématiquement la solution sucrée aux nouveau-nés, mais préfèrent la sucette seule.

L'IDE 2 précise que la majorité des nouveau-nés sont piqués à la tête et que, pour réussir le geste, il est important que le bébé pleure afin que les veines soient bien visibles.

Dans ces cas là, le Sweet-ease® ou la sucette ne sont donc pas donnés.

Au fil de mes entretiens, j'ai pu m'apercevoir que l'utilisation de Sweet-ease® était systématique chez les nouveau-nés, dans l'unité B.

Cependant, la prise en charge était partielle dans l'unité A.

Une des soignante de cette unité en avait d'ailleurs conscience.

La crème Emla® était très peu utilisée et le Sweet-ease® était souvent abandonné au profit de la sucette seule, voire d'aucun analgésique dans certaines situations.

Pour l'association Sparadrap, « *une analgésie insuffisante lors des soins est une raison classique pour écarter les parents* »<sup>123</sup>.

Cependant, dans mes entretiens, je n'ai pas trouvé de correspondance entre la présence des parents et la prise en charge de la douleur.

En effet, deux IDE de l'unité B préfèrent que les parents ne soient pas présents lorsqu'elles piquent le bébé à la tête, alors qu'elles utilisent systématiquement la solution sucrée en analgésie.

Elles trouvent l'acte trop impressionnant pour les parents.

Au contraire, l'IDE 2 qui travaille dans l'unité A, accepte les parents, bien qu'elle n'utilise aucun moyen de lutte contre la douleur lorsqu'elle pique un nouveau-né à la tête.

En réalisant le cadre de référence de ce travail de fin d'études, j'ai appris que, depuis 1985, il était reconnu que le nouveau-né est très sensible à la douleur<sup>124</sup>.

Du fait de l'immaturation de ses systèmes de régulation, il est démuné, submergé par un vécu global d'agression.

La prévention de la douleur est, à ce titre, essentielle.

De nombreux moyens antalgiques, médicamenteux ou non, sont à la disposition des soignants afin de prévenir la douleur engendrée par la ponction veineuse, chez le nouveau-né<sup>125</sup>.

---

<sup>123</sup> Dr D.COHEN-SALMON (président de l'association Sparadrap), Enquête nationale sur la présence des parents à l'hôpital « Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires ? », octobre 2004, [www.sparadrap.org](http://www.sparadrap.org)

<sup>124</sup> Chapitre 2.1.4.

<sup>125</sup> Chapitre 2.1.5.

Par les cours que j'ai suivis tout au long de ma formation, les stages que j'ai effectués et les lectures que j'ai faites afin de réaliser ce travail de fin d'études, j'ai été très sensibilisée à la prévention de la douleur chez l'enfant et notamment chez le nouveau-né.

J'ai été surprise par certaines réponses, notamment dans l'unité A où la prévention de la douleur du nouveau-né n'est pas systématique.

Je pense que plusieurs hypothèses peuvent être proposées dans le but d'expliquer certaines prises en charge aléatoires de la douleur des nouveau-nés.

- Il existe une grande méconnaissance à l'utilisation de certains analgésiques, médicamenteux ou non.

Une IDE a en effet parlé d'une impossibilité à utiliser la crème anesthésiante Emla® sur les nourrissons de moins de trois mois, alors que l'AMM<sup>126</sup> existe pour les nouveau-nés depuis l'an 2000.

Une autre a précisé que cette méthode était difficile à utiliser en service, car seule la personne qui posait le patch pouvait piquer l'enfant, les veines n'étant plus visibles. Il est vrai que l'Emla® provoque une légère vasoconstriction, mais les veines demeurent repérables. De nombreux parents sont amenés à poser eux-mêmes un patch avant un examen en ambulatoire.

Enfin, une dernière IDE dit ne pas utiliser d'analgésique chez les nouveau-nés piqués à la tête, car il est nécessaire qu'ils pleurent pour que les veines soient bien visibles.

- Les IDE ne sont peut être pas assez sensibilisées à la douleur chez le nouveau-né et peuvent être amenées à la minimiser lors d'une ponction veineuse.

Une IDE interrogée dit, par exemple, que la durée d'attente aux urgences était déjà longue, les parents ne voudront pas patienter une heure de plus pour que l'Emla® puisse être utilisée.

Une autre pense que la sucette seule est suffisante pour que le nouveau-né soit calmé pendant le soin.

- Une dernière hypothèse pourrait être que les IDE aient été encadrées ainsi durant leurs études, à leur arrivée dans le service ou encore qu'elles n'aient pas été encadrées.

Elles perpétueraient alors des pratiques, sans les remettre forcément en question.

La charge de travail ou la sensibilité des médecins à la prévention de la douleur du nouveau-né peuvent également jouer un rôle sur la prise en charge effectuée par les équipes.

---

<sup>126</sup> Autorisation de Mise sur le Marché.

Il semblerait que la formation (initiale ou continue) soit essentielle pour permettre une prévention efficace de la douleur chez l'enfant.

En effet, les formations peuvent sensibiliser les soignants à la douleur du nouveau-né mais également donner des informations concrètes sur les différents moyens disponibles, médicamenteux ou non, ainsi que sur les pratiques innovantes en matière de prévention de la douleur.

### **3.6. Quel est l'impact du stress, dans le soin ?**

#### **3.6.1) L'impact de l'angoisse des parents sur le nouveau-né.**

Pour la totalité des soignantes interrogées, le bébé ressent l'angoisse de ses parents de façon très intense. Cependant, je constate que la réaction de chacune est différente par rapport à la présence de parents angoissés pendant le soin.

Quatre soignantes ont précisé leur position dans un cas similaire, alors que la question n'était pas posée.

Les deux IDE diplômées depuis moins d'un an, ainsi que la puéricultrice, ne gardent pas les parents pendant le soin, lorsqu'elles les trouvent trop stressés.

Au contraire, l'IDE 6 pense qu'il est important de ne pas les exclure lorsqu'ils souhaitent être présents.

Elle préfère que les parents particulièrement angoissés soient dans la pièce, s'ils le désirent, pendant l'acte. En revanche, elle les installe un peu à distance de leur enfant. Elle leur explique alors que le but est d'éviter qu'ils ne transmettent leur angoisse au nouveau-né, sans pour autant les exclure du soin.

Ainsi, le bébé pourra entendre ses parents qui seront, d'après elle, moins angoissés que s'ils s'imaginaient l'acte, en entendant les pleurs de leur enfant, derrière la porte.

Comme le soulignent les IDE interrogées, les données théoriques précisent que le nouveau-né ressent intensément les angoisses de ses parents et y réagit<sup>127</sup>.

Le nouveau-né pleurera et sera plus agité s'il sent ses parents mal à l'aise, stressés.

---

<sup>127</sup> Chapitre 2.1.8.

D'après le cadre de référence et les réponses de l'IDE 6, il semblerait que les parents préfèrent rester auprès de leur enfant pendant le soin et que le fait d'être présents les rendrait moins anxieux<sup>128</sup>.

Il m'est difficile de comparer les résultats de l'enquête avec les données théoriques car la moitié des IDE interrogées ne gardent pas les parents qu'elles considèrent comme stressés.

Pour tenter d'expliquer ce choix, je vais donc reprendre ici une des hypothèses qui avait été évoquée dans la partie 3.3.

Les parents stressés transmettent leurs tensions au nouveau-né, ce qui rend le soin plus difficile et plus traumatisant pour le bébé.

C'est pourquoi trois des IDE interrogées préfèrent éloigner les parents stressés, pendant le soin.

Cependant, l'association "Sparadrapp" est en contradiction avec cette hypothèse<sup>129</sup>.

Elle pense qu'il est important que les parents soient présents pendant le soin, surtout si l'enfant n'a pas encore accès au langage verbal.

Dans le service des urgences pédiatriques dirigées par le Dr Carbajal, tous les parents ont la possibilité d'assister à la prise de sang de leur enfant<sup>130</sup>.

S'ils ne désirent pas être présents, la porte est laissée ouverte afin qu'ils puissent entrer au cours du soin.

Si les parents restent dehors durant toute la réalisation du geste, ils peuvent tout de même regarder lorsqu'ils en ressentent le besoin. Cela leur évite de s'inquiéter s'ils entendent les pleurs de leur bébé, de l'autre côté d'une porte close<sup>131</sup>.

Cette démarche, de la part d'une équipe soignante, est le fruit d'une longue réflexion. Le service en question est l'un des plus innovants, en matière d'accompagnement des parents.

### **3.6.2) L'impact des pleurs du nouveau-né sur les parents.**

Pour les IDE qui ont participé à l'enquête, il est important de ne pas forcer les parents à assister au soin car certains peuvent être très sensibles et se sentir mal.

Ainsi, deux IDE préfèrent ne pas proposer aux parents d'être présents si elles décident de piquer le nouveau-né à la tête.

Pour elles, l'acte est trop traumatisant pour les parents.

---

<sup>128</sup> Chapitre 2.1.2.

<sup>129</sup> Chapitre 2.1.2.

<sup>130</sup> Chapitre 2.1.2.

<sup>131</sup> GALLAND F. et al, *op. cit.*

Les IDE interrogées pensent que les pleurs du nouveau-né pendant la prise de sang n'ont pas vraiment d'impact sur les parents.

Lors des entretiens, j'ai dû modifier légèrement la question que je voulais poser sur l'impact des pleurs du nouveau-né sur ses parents, lorsque le bébé pleurait malgré l'analgésie.

Du fait de la prise en charge analgésique non systématique, ma question a porté uniquement sur l'impact des pleurs du nouveau-né sur les parents, pendant l'acte.

Pour les soignantes, les réactions dépendent vraiment des parents.

Trois des IDE qui ne gardent pas les parents stressés pendant le soin, notent que, en général, la relation est bonne avec les parents présents, même lorsque le bébé pleure.

Deux IDE précisent qu'il est important d'expliquer aux parents que le bébé pleure principalement du fait de la contention et du mal-être causé par la maladie.

La puéricultrice pense qu'il faut dire aux parents que l'enfant a le droit de pleurer car la prise de sang n'est pas un geste agréable.

Les deux IDE qui trouvent qu'une bonne technique est importante pour travailler aux urgences pédiatriques, pensent que la relation avec les parents est meilleure lorsqu'ils sentent l'IDE sûre de son geste, même si le nouveau-né pleure.

Ce qu'elles trouvent plus gênant c'est lorsqu'elles n'arrivent pas facilement à piquer l'enfant et qu'il est nécessaire de piquer plusieurs fois.

D'après elles, c'est plutôt dans ces conditions que les parents prennent mal les pleurs du bébé.

Les échecs majorent l'angoisse et le stress des parents.

La littérature est en cohérence avec certains points<sup>132</sup>. L'acte même de piquer, surtout un enfant, est chargé d'émotion.

Personne n'aime les piqûres.

Lorsqu'un nouveau-né doit subir une ponction veineuse, les parents sont souvent très touchés et certaines angoisses refont surface.

Quand le bébé est piqué à la tête, l'acte est d'autant plus impressionnant pour les parents.

Il est alors important qu'ils sentent l'IDE sûre d'elle. Cela est donc plus facile lorsqu'elle maîtrise le geste.

Ces conditions facilitent l'établissement d'une relation de confiance<sup>133</sup>.

---

<sup>132</sup> Chapitre 2.1.3.

<sup>133</sup> Chapitres 2.1.9. et 2.2.2.



Le cadre de référence n'est, cependant, pas en concordance avec certaines données recueillies sur le terrain.

Les pleurs du nouveau-né, pendant l'acte, auraient, en effet, un impact sur les parents.

Ils majoreraient la culpabilité éprouvée par les parents, leur sentiment d'impuissance, car ils seraient souvent interprétés comme l'expression d'une douleur<sup>134</sup>.

Certains auteurs notent que les pleurs du bébé entraînent un besoin d'interaction entre le nouveau-né et le parent, ce dernier se rapprochant de l'enfant pour le rassurer<sup>135</sup>.

Si le cadre et les entretiens ne donnent pas les mêmes réponses sur cette idée, ils concordent quand à l'impact du nombre de tentatives sur le stress des parents : plus l'enfant est piqué, plus les parents sont stressés<sup>136</sup>.

### **3.7. Que change l'expérience de l'IDE dans la prise en charge ?**

Ce chapitre permet de lier la description de la population interrogée<sup>137</sup> à certaines données recueillies au fil des entretiens.

D'après les entretiens, il semblerait qu'avant deux années d'expérience dans un même service, les IDE éprouvent davantage de difficultés à intégrer les parents et soient moins à l'aise dans certaines situations que leurs collègues plus expérimentées.

L'une (IDE 1) n'a en effet pas parlé de la présence des parents dans les spécificités du travail de l'IDE aux urgences pédiatriques.

Une deuxième (IDE 4) demande conseil à ses collègues pour savoir si elle peut accepter tel ou tel parent pendant le soin. La présence des parents est alors dépendante de la réponse de la collègue de cette jeune IDE.

Au cours de l'entretien, elle précise également que les parents peuvent aider à contenir physiquement l'enfant, mais qu'elle ne veut pas qu'ils participent à l'analgésie du nouveau-né en administrant la solution sucrée.

Cette situation peut traduire une difficulté dans le positionnement de l'IDE, dans la définition du rôle des parents, pendant le soin douloureux.

---

<sup>134</sup> Chapitre 2.1.6.

<sup>135</sup> Chapitres 2.1.6. et 2.2.1.

<sup>136</sup> Chapitre 2.2.2.

<sup>137</sup> Chapitre 3.2.1.

Enfin, la dernière, diplômée depuis plus d'un an, mais dans le service depuis moins de deux ans (IDE 2), ne semble pas avoir de réticence quand à la présence des parents. Cependant, elle parle d'une relation triangulaire où ces derniers ne sont pas inclus. Les trois protagonistes sont alors l'IDE, l'auxiliaire de puériculture et le nouveau-né.

Les deux IDE diplômées depuis moins d'un an (IDE 1 et IDE 4) éprouvent également davantage de difficultés que leurs collègues pour se positionner.

Ce sont les seules à être indécises sur les bénéfices ou inconvénients apportés par la présence des parents pendant le soin.

Le cadre de référence est en cohérence avec ces données<sup>138</sup>.

En effet, les IDE ne seraient pas complètement à l'aise dans la maîtrise de certains gestes, ou dans des situations particulières, avant deux ou trois ans d'expérience dans un même service.

L'acceptation des parents pendant la prise de sang sur un nouveau-né dépendrait alors beaucoup de la présence ou non d'un projet d'équipe sur l'accueil des parents, des pratiques des collègues IDE du service...

En effet, s'il est établi dans le service qu'il faut demander systématiquement aux parents s'ils désirent être présents pendant le soin et que les IDE expérimentées suivent ce principe, les nouvelles IDE feront sans doute de même et trouveront ces pratiques logiques.

Elles pourront alors se les approprier.

### **3.8. Qu'apporte l'accompagnement des parents ?**

#### **3.8.1) Bénéfices et/ou inconvénients.**

Pour la majorité des soignantes interrogées (quatre sur six), la présence des parents pendant la prise de sang n'a pas d'impact chez le nouveau-né.

L'association "Sparadrap" insiste sur l'importance de la présence des parents pendant le soin lorsque l'enfant n'a pas encore acquis le langage verbal<sup>139</sup>.

Elle permet, selon elle, de limiter les angoisses, de soutenir, réconforter et maintenir un environnement connu pour le nouveau-né.

---

<sup>138</sup> Chapitre 2.1.10.

<sup>139</sup> Chapitre 2.1.2.

Certaines grilles permettent d'évaluer la douleur aiguë ou l'inconfort des nouveau-nés, lors de soins douloureux ponctuels, tels que les ponctions veineuses<sup>140</sup>.

Elles restent cependant rarement utilisées lors des soins agressifs ponctuels.

L'échelle d'évaluation qui semble être la plus simple d'utilisation, lors d'une prise de sang chez le nouveau-né, serait l'échelle DAN<sup>141</sup> (Douleur aiguë nouveau-né). Elle comporte trois items comportementaux pour un score allant de 0 à 10.

A partir de 3 sur 10, le nouveau-né est considéré comme étant en souffrance.

Seul deux IDE (les IDE 3 et 6) trouvent que les parents vivent mieux l'acte lorsqu'ils sont présents.

En revanche, elles pensent qu'il est tout de même plus facile de travailler sans les parents, surtout lorsque l'IDE manque d'expérience.

Quatre IDE disent tout de même ne pas proposer aux parents de rester si l'enfant est difficile à piquer.

Malgré cela, aucune des six soignantes interrogées ne pense qu'elle échoue une prise de sang du fait de la présence des parents.

Cela est cohérent avec le cadre de référence<sup>142</sup>. En effet, il semblerait que la réussite du geste ne varie pas lorsque les parents sont présents.

Cependant, la dextérité faciliterait l'établissement d'une relation de confiance entre parents et soignants<sup>143</sup>, ce qui est bénéfique pour la suite de la prise en charge. Il est donc important de savoir faire appel à une collègue, lorsque plusieurs tentatives se sont avérées infructueuses.

En conclusion, pour les IDE que j'ai interrogées, les bénéfices de la présence des parents n'étaient pas si évidents.

Elles ne sont que deux à en voir chez les parents.

Quatre IDE trouvent qu'il n'y a aucun bénéfice pour le nouveau-né à accepter les parents.

Aucune IDE n'a parlé de plus-value pour les soignants.

Cependant, cinq IDE sur les six interrogées, disent proposer à une grande majorité de parents, d'être présents pendant le soin.

---

<sup>140</sup> CARBAJAL R., Evaluation de la douleur liée aux soins chez le nouveau-né, Paris, novembre 2004, [www.cnr.fr](http://www.cnr.fr)

<sup>141</sup> Annexe VI : Echelle DAN.

<sup>142</sup> Chapitre 2.1.2.

<sup>143</sup> Chapitres 2.1.9. et 2.2.2.

Il est alors étonnant que les IDE insistent sur le fait qu'elles acceptent les parents, alors qu'elles ne voient aucun bénéfice, ou très peu, à cette présence.

Le cadre de référence conclut, quand à lui, que la prise en charge des parents pendant le soin apporte une plus-value pour le nouveau-né, ses parents et les soignants<sup>144</sup>.

En effet, l'angoisse et la culpabilité des parents diminueraient. Les nouveau-nés vivraient alors l'acte de façon plus sereine. Les soignants bénéficieraient donc d'une relation privilégiée avec les parents et leur nouveau-né et éprouveraient une certaine satisfaction professionnelle.

### **3.8.2) Une particularité : la position des IDE diplômées depuis moins d'un an.**

Je constate que les deux IDE ayant leur diplôme d'infirmière depuis moins d'un an sont plus indécises quand aux bénéfices ou inconvénients engendrés par l'accompagnement des parents.

En effet, l'IDE 1 ne se positionne pas sur les bénéfices ou les inconvénients de la présence des parents. Elle se met à la place des parents et en conclut qu'il doit être difficile d'assister à la prise de sang de son nourrisson.

Ainsi, elle dit que son rôle est avant tout d'être le moins traumatisant possible pour les parents.

En revanche, l'IDE 4 pense que la présence des parents est apaisante pour le nouveau-né, contrairement à celle des soignants qui est agressive, par les gestes douloureux, et impressionnante, à cause des blouses blanches.

Malgré tout, je constate que sa position reste ambivalente puisqu'elle se pose la question du bénéfice de la présence des parents : elle part du principe que la prise de sang est un acte stressant pour eux et qu'ils vont alors communiquer leur angoisse au nouveau-né.

Ces données soutiennent l'idée par laquelle les nouvelles IDE ne sont pas tout à fait à l'aise, dans certaines situations<sup>145</sup>.

---

<sup>144</sup> Chapitre 2.3.

<sup>145</sup> Chapitres 2.1.10. et 3.7.

### **3.9. Synthèse de l'analyse.**

En définitive, la population interrogée fut assez homogène. Elle est constituée de jeunes diplômées, d'IDE plus expérimentées et d'une puéricultrice.

Cela m'a permis de m'apercevoir que l'expérience avait un rôle important dans l'intégration des parents, mais également dans la capacité à se positionner.

Les lieux d'enquête ne présentent pas de réelles disparités, sauf en ce qui concerne la prévention de la douleur du nouveau-né. Elle est plus systématique dans un de ces deux services.

il ressort que les services d'urgences sont des lieux stressants pour les parents. Les IDE doivent alors faire preuve de capacités techniques, afin d'effectuer des soins de qualité, mais également d'aptitudes relationnelles, afin de rassurer les parents en offrant un climat sécurisant.

La présence des parents lors de la ponction veineuse chez le nouveau-né, demeure un sujet de réflexion pour les IDE interrogées. En effet, elles disent proposer à une grande majorité de parents de rester mais ne perçoivent aucun bénéfice à cette présence, pour le nouveau-né ou les soignants. Elles ne sont que deux IDE à penser que cela apporte un bénéfice pour les parents.

Le cadre est contradictoire avec l'idée que la présence des parents n'apporte pas, ou peu, d'avantage aux trois protagonistes que sont les parents, le nouveau-né et les soignants.

En ce qui concerne la participation des parents, les IDE pensent, dans l'ensemble, qu'ils ne sont pas des soignants et qu'ils sont donc là pour rassurer leur enfant. C'est à eux de prendre, ou non, un rôle pendant le soin.

Le cadre de référence apporte cependant une vision différente, en promouvant l'idée qu'il serait souhaitable de définir, avec les parents, le rôle qu'ils désireraient prendre pendant le soin.

Cela dans le but de ne pas les laisser assister, impuissants, au soin.

Dans les deux services où j'ai réalisé les entretiens, l'analgésie des nouveau-nés était principalement réalisée grâce à l'administration, per os, d'une solution sucrée. J'ai remarqué qu'il existait certaines méconnaissances dans l'utilisation d'autres analgésiques, comme pour la crème Emla® par exemple.

Contrairement aux lectures que j'ai effectuées, je n'ai pu relever aucun lien entre la présence des parents et l'utilisation d'analgésique.

Enfin, l'impact du stress des parents semble jouer un rôle important dans la réalisation du soin. Trois IDE préfèrent ainsi ne pas accepter les parents qu'elles sentent trop stressés, le nouveau-né étant très sensible à ces tensions.

Ceci est en contradiction avec le cadre de référence, même si la transmission du stress des parents au nouveau-né est reconnue par tous.

Pour le Dr Carbajal, il n'existerait aucune raison d'empêcher les parents, qui souhaitent être présents, d'assister au soin.

Une des IDE interrogée accepte en effet les parents considérés comme stressés, mais définit avec eux une place, un peu éloignée du nouveau-né, afin de le préserver des tensions parentales.

Les pleurs du nouveau-né, pendant l'acte, ne semblent pas avoir d'impact significatif sur les parents rencontrés par les IDE interrogées.

D'après elles, si les parents sentent l'IDE sûre de son geste, le soin se déroule dans de bonnes conditions.

Le cadre de référence est plus mitigé puisqu'il semblerait que, de la même façon que l'angoisse des parents se transmette au nouveau-né, les pleurs du bébé aient un impact non négligeable sur les parents.

Ils entraîneraient un besoin d'interaction entre les parents et le nouveau-né.

Cependant, cette théorie n'est pas validée par l'enquête de terrain.

Après avoir repris, synthétiquement, les grands points de l'analyse, je vais exposer les éléments de réponse à la problématique qui est :

*« Quel accompagnement l'IDE des urgences pédiatriques peut-elle proposer aux parents d'un nouveau-né requérant une ponction veineuse, afin d'optimiser les soins qui lui sont prodigués ? ».*

Il me semble que le premier point à aborder est l'acceptation des parents, qui souhaitent être présents, pendant le soin.

Après avoir réalisé ce travail, je pense qu'il est important de demander à tous les parents, s'ils désirent ou non être présents.

S'ils préfèrent rester à l'extérieur, il est essentiel de ne pas les culpabiliser.

Il peut alors être intéressant de laisser la porte entre-ouverte, afin de leur permettre d'entrer s'ils changent d'avis.

Le second point que je traiterai est celui de la place des parents, présents pendant le soin.

Je pense qu'il est tout d'abord essentiel d'expliquer les soins et le déroulement de la prise en charge aux parents, afin de dédramatiser l'acte.

Quand à savoir s'il faut donner un rôle ou non aux parents, je trouve le point de vue des IDE interrogées, comme celui donné par le cadre de référence, intéressant.

En tant que future professionnelle, je pense qu'il faudrait observer, dans un premier temps, le comportement des parents. S'ils sont à l'aise et prennent spontanément un rôle, il ne me semble pas nécessaire d'en définir un avec eux.

Si, au contraire, ils demeurent en retrait, il me paraît important de voir avec eux s'ils préfèrent s'asseoir, un peu à distance du soin, ou s'ils aimeraient parler à leur enfant, le caresser...

Comme le précisent les IDE interrogées, les parents ne sont pas des soignants. Cependant, le cadre de référence donne une place un peu plus importante aux parents. Ils pourraient, par exemple, participer à l'analgésie de leur enfant, en tenant la sucette servant à l'administration de la solution sucrée et au déclenchement du réflexe de succion.

Bien que n'ayant jamais vu cette situation en stage, je trouve que cette intégration des parents peut être bénéfique pour l'ensemble des protagonistes.

Le parent se sent utile en soulageant la douleur de son enfant.

Le bébé garde un lien fort avec son parent puisque ce dernier lui donne la solution analgésique et garde un contact proche qui peut être par le regard, la parole et le toucher.

Le parent est alors associé au mieux être du bébé et pas à la douleur ou à la contention.

Il me semble que l'IDE, qui a ainsi intégré le parent au "côté soulageant" du soin, peut créer plus facilement une relation de confiance avec le parent.

Cette relation apporte des bénéfices pour le déroulement du soin mais, également, pour une prochaine consultation ou une hospitalisation, si elle s'avère nécessaire.

Enfin, le troisième point que je développerai est celui des bénéfices et/ou des inconvénients que peuvent apporter la présence et l'accompagnement des parents.

Je pense qu'il est difficile de faire un véritable bilan concernant l'accompagnement des parents, car les IDE interrogées ne proposent pas à tous les parents d'assister au soin.

Les parents qui pouvaient être présents pendant le soin décidaient seuls du rôle qu'ils pouvaient prendre ou non. Il m'a donc été difficile d'établir les bénéfices et/ou inconvénients de l'accompagnement des parents.

Dans la dernière partie de l'analyse (le chapitre 3.8), j'ai donc décidé de traiter des bénéfices et/ou inconvénients de la présence des parents pendant le soin.

A mon avis, la présence des parents volontaires, pendant la prise de sang de leur nouveau-né, apporte une plus-value pour la triade.

Les parents n'imaginent pas l'acte en entendant leur enfant pleurer, derrière une porte : ils sont moins anxieux lorsqu'ils sont au côté du nouveau-né pendant le soin.

Ces bénéfices se répercutent donc sur le nouveau-né, qui, en plus de conserver un environnement connu et rassurant par les voix de ses parents, leur odeur, leur contact, les sent moins stressés.

L'IDE réalise alors le soin dans de meilleures conditions, ce qui permet l'établissement d'une relation de confiance avec les parents, mais également une certaine satisfaction professionnelle.

Il me semble donc que chaque protagoniste bénéficie de la plus-value des autres partenaires.



## **4. Conclusion du travail de fin d'études.**

Le but de ce travail était d'acquiescer un positionnement professionnel, en partant d'une situation de départ, vécue en stage.

Un questionnaire sur cette situation m'a permis de proposer une problématique.

A l'aide de nombreuses recherches et d'entretiens, réalisés sur le terrain, j'ai pu élaborer ce travail de fin d'études, dont le but était de me positionner, en tant que future professionnelle.

J'ai l'impression d'avoir atteint, en partie, les objectifs de ce travail.

En effet, il me semble que l'enquête n'apporte pas explicitement d'éléments de réponse sur l'accompagnement des parents mais, plutôt, sur leur présence pendant le soin.

Cela représente, pour moi, l'étape précédente à l'accompagnement des parents pendant le soin.

J'ai ainsi pu me rendre compte du travail nécessaire pour que des décisions d'équipe soient établies.

Le cadre de référence m'a apporté des éléments de réponse très intéressants, même si je n'ai pas pu les vérifier entièrement sur le terrain.

Les débuts de réalisation de ce travail de fin d'études ont été difficiles pour moi.

J'ai dû changer de sujet mi-décembre, ce qui a impliqué que je rattrape un retard conséquent.

Il m'a ensuite été difficile de trouver deux lieux différents, afin de réaliser le test de l'enquête et les entretiens définitifs.

De plus, le temps m'était imparti pour la réalisation des entretiens, du fait du déménagement des services de pédiatrie lyonnais vers l'Hôpital Femme-Mère-Enfant.

Il a donc fallu que je termine l'enquête de terrain avant le 17 mars.

La réalisation du travail en elle-même m'a cependant beaucoup apporté.

J'ai apprécié lire des documents pour établir le cadre de référence.

La partie d'analyse a été plus difficile à réaliser. Il m'a semblé que je me répétais souvent.

J'ai donc dû la réécrire plusieurs fois mais cela m'a permis de l'enrichir.

Le fait de réaliser un travail de fin d'études du début à la fin, m'a aidé à "mettre le doigt" sur mes faiblesses et mes points forts. J'ai le sentiment que cela m'a aidé à me recentrer sur mon vécu, en temps que future professionnelle.

J'ai été amenée à me questionner sur la professionnelle que je voudrais être et sur les points que je devais travailler personnellement.

En portant ma réflexion sur les pratiques que j'ai observées, j'ai pu me rendre compte du travail nécessaire à l'établissement d'un projet d'équipe.

Enfin, un point me semble essentiel, dans les acquis que m'a apportés la partie d'analyse du travail de fin d'études.

Il me semble que la formulation d'hypothèses m'a permis d'appréhender des points de vue qui m'étaient, jusque là, étrangers.

Cela m'a aidé dans l'acquisition d'une plus grande ouverture d'esprit, en étant davantage dans la compréhension que dans le jugement.

Pour finir, plusieurs pistes semblent émerger pour continuer ce travail.

Il serait intéressant de chercher s'il existe des différences ou des similitudes lorsqu'il s'agit d'un enfant plus âgé, ayant acquis le langage verbal.

J'aimerais également affiner mes recherches afin de comprendre les raisons de l'acceptation des parents par les IDE, puisqu'elles disent ne pas percevoir de bénéfices à leur présence, pendant le soin.

Enfin, une piste différente m'intéresserait. Elle consisterait en l'approfondissement de mes connaissances, en matière de prévention de la douleur de l'enfant, grâce à des méthodes non médicamenteuses.

L'hypnose chez l'enfant a, par exemple, été abordée par la puéricultrice, au cours des entretiens. Grâce au Module Optionnel de troisième année sur les pratiques innovantes pour la prévention et la prise en charge de la douleur, j'ai été sensibilisée à cette méthode « d'imagerie mentale ».

Pour conclure, la réalisation de ce travail de fin d'études m'a donné envie de me former, afin d'acquérir de nouvelles aptitudes dans la prévention et la prise en charge de la douleur, mais également dans la relation avec l'enfant et ses parents.

## 5. Bibliographie.

### Livres :

AMYOT Isabelle et al., Le séjour de mon enfant à l'hôpital, Québec, Editions de l'Hôpital Sainte-Justine pour les parents, 2004. 117 p.

ANNEQUIN Daniel, La douleur chez l'enfant, Belgique, Masson, 2002, 183 p., Collection Pédiatrie au quotidien.

BENNER Patricia, De Novice à Expert, Excellence en soins infirmiers, version originale : Québec, 1984 ; traduction française par Laura Ovion : Paris, Inter Editions, 1995, 252 p.

BROCA Alain, Le développement de l'enfant. Aspects neuro-psycho-sensoriels, 2ème édition, Belgique, Masson, 2002, 245 p., Collection Pédiatrie au quotidien.

BRUN Jacquelyne, Angoisse es-tu là ?, Paris, Fleuras, 2000, 197 p., Collection Le métier des parents.

CHAZAUD J., Précis de psychologie de l'enfant, Paris, Dunod, 1990, 110 p., Collection Enfances.

FRESCO Olivier, Entendre la douleur du nouveau-né. Aux confins de l'oubli, Cahier n°1, Bonchamp-Lès-Laval, Belin, 2004, 190 p., Collection Naître, Grandir, Devenir.

COHEN-SALMON Didier et al., J'aime pas les piqûres, Paris, association Sparadrap, septembre 1997, 16 p.

GALLAND Françoise et al., Soins et examens douloureux : comment aider votre bébé ?, Paris, association Sparadrap, novembre 2007, 20 p.

GUILLOTTE A., Le bébé et ses parents : 0 à 18 mois, Lyon, Eveil, 1994, Collection Chronique Sociale.

MAZET Philippe et STOLERU Serge, Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, 3ème édition, Paris, Masson, 2006, 434 p., Collection Les âges de la vie.

STOLERU S. et LEOVICI S., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Tome 1, réédition de 2004, Paris, PUF, 1985, 730 p.

### **Textes Officiels :**

Charte européenne de l'enfant hospitalisé, Leiden (Pays-Bas), 1988, 1ère conférence européenne des associations « Enfants à l'Hôpital ».

Circulaire n°83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants, Bulletin Officiel, fascicule spécial 83/9 bis, 15 p.

Circulaire DH/EO 3 n°98-688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie et qui vient compléter la circulaire n°83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants, texte non paru au Journal Officiel, Bulletin Officiel n°98/50, 1 p.

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, article 2, Journal Officiel, n°40, 16 février 2002, p. 03040.

### **Dictionnaires :**

LACOMBE M. et al., Dictionnaire médical à l'usage des IDE, 2ème édition, Paris, Lamarre, 2005, 775 p., Collection Les fondamentaux.

Sous la direction de MOINGEON Marc, Dictionnaire Hachette, Encyclopédie illustré, Orléans, Hachette, 1994, 2080 p.

### **Internet :**

Association Pédiadol, Etre à l'écoute des parents, [en ligne], date inconnue, [19 janvier 2008], disponible sur <<http://www.pediadol.org>>

CARBAJAL R., Evaluation de la douleur liée aux soins chez le nouveau-né, [en ligne], juin 2005, [2 juin 2008], disponible sur <<http://www.cnrdr.fr>>

CARBAJAL R. et al., La présence des parents lors des gestes agressifs aux urgences, [en ligne], Journées UNESCO, 3 décembre 1999, [2 juin 2008], disponible sur <<http://www.pediadol.org>>

Dr D.COHEN-SALMON, Enquête nationale « Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires ? », [en ligne], octobre 2004, [8 juin], disponible sur <<http://www.sparadrap.org>>

ROSSANT L. et ROSSANT-LUMBROSO J., Le langage des bébés, [en ligne], date inconnue, [23 décembre 2007], disponible sur <<http://www.doctissimo.fr>>

THIBAUT P. et LOMBAR B., Modalités de prévention et de prise en charge de la douleur lors des soins, [en ligne], date inconnue, [21 janvier 2008], disponible sur <<http://www.pediadol.org>>

### **Cours :**

FOURNEL Blandine, La prise en charge de la douleur chez l'enfant, cours, Module Pédiatrie-Pédopsychiatrie, St Genis-Laval, IFSI Clémenceau, 2007.

FOURNEL Blandine, Le stress, cours, Module Endocrinologie, St Genis-Laval, IFSI Clémenceau, 2007.

MOUNTASIR Sandra, Introduction à la psychiatrie, sémiologie de base, cours, Module Psychiatrie 2, St Genis-Laval, IFSI Clémenceau, 17 janvier 2007.

### **Vidéo K7 :**

GALLAND Françoise et al., Soins douloureux en pédiatrie, avec ou sans les parents ?, France, Association Sparadrap, octobre 2000, 25 min.

## **Revues :**

BERTAUD C., Soigner, avec les parents, L'Infirmière Magazine, n°166, décembre 2001, p.39-40.

CARBAJAL Ricardo, La présence des parents lors des gestes douloureux, Soins, n°212, juin 2003, p.36-39.

CARBAJAL Ricardo et CIMERMAN Patricia, Analgésie chez le nouveau-né et allaitement maternel, Soins Pédiatrie-Puériculture, n°226, octobre 2005, p.40-43.

CHARLES E., Les urgences : infirmière aux urgences pédiatriques, Revue de l'Infirmière, supplément au n°65, novembre 2000, p.10.

GERVAISE S., Dossier : La présence des parents à l'hôpital..., Soins Pédiatrie Puériculture, n°224, juin 2006, p.10 et p.13-36.

JAHIER N. et al., Le rôle de l'infirmière aux urgences pédiatriques, Soins Gynécologie Obstétrique Puériculture Pédiatrie, n°161-162, novembre 1994, p.22-26.

MIGNOT Sandrine, Dossier : Accompagner la famille d'un enfant malade, L'Infirmière magazine, n°170, avril 2002, p.28-32.

Service de pédiatrie du CHU de Poitiers, Utilisation à visée antalgique du saccharose chez le prématuré et le nouveau-né, Techniques Hospitalières, n°657, juin 2001, p.53-54.

THIBAUT P. et LOMBAR B., Application de la crème Emla® (2/6) : fiche prévention de la douleur, Soins Pédiatrie Puériculture, n°221, décembre 2004, p.41-42.

VALDES L. et al., L'enfant aux urgences, Objectifs Soins, n°38, décembre 1995, p.49.

## **6. Annexes.**

Annexe I : Charte européenne de l'enfant hospitalisé.

Annexe II : Quelles différences entre angoisse, anxiété et stress ?

Annexe III : La spirale transactionnelle.

Annexe IV : Grille d'entretien.

Annexe V : Extraits du tableau d'analyse quantitative.

Annexe VI : Echelle DAN.

## Annexe I :

### Charte européenne de l'enfant hospitalisé.

Chartre rédigée à Leiden (Pays-Bas) en 1988 lors de la première conférence européenne des associations “Enfants à l’Hôpital”.

Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants.

- 1) L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.
  
- 2) Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.
  
- 3) On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.
  
- 4) Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.
  
- 5) On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.



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

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

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

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

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

## Annexe II :

### Quelles différences entre angoisse, anxiété et stress ?

Il existe de nombreux référentiels, très différents dans leur définition de l'angoisse et de l'anxiété.

Afin d'avoir une définition stable et précise, je me baserai sur le DSM-IV pour employer au mieux ses deux termes.

Ce référentiel pose, en effet, des critères précis concernant ces deux manifestations.

Elles font partie des troubles du comportement<sup>146</sup>.

L'angoisse est une peur sans objet, comme l'angoisse de morcellement chez le nouveau-né.

L'anxiété est alors définie comme un état d'inquiétude lié à un objet.

Un dictionnaire à l'usage des IDE<sup>147</sup>, donne ces définitions :

Angoisse : sensation de malaise général, sentiment de peur diffuse, sans cause précise, pouvant se manifester par des palpitations, des sueurs, des vertiges, des tremblements, une sensation d'oppression thoracique et divers autres phénomènes.

Anxiété : malaise psychique pouvant s'accompagner de manifestations neurovégétatives (sueurs, palpitations) et d'agitation. Elle apparaît en réaction à une situation ressentie comme potentiellement dangereuse et stressante.

Stress : agression de l'organisme (par la fièvre, le froid, un traumatisme ou une infection) et réponse de l'organisme à cette agression.

---

<sup>146</sup> MOUNTASSIR Sandra, cours « Introduction à la psychiatrie, sémiologie de base », Module Psychiatrie 2, 17 janvier 2007.

<sup>147</sup> LACOMBE M. et al., Dictionnaire médical à l'usage des IDE, 2ème édition, Paris, Lamarre, 2005, 775 p., Collection Les fondamentaux.

De façon plus courante<sup>148</sup>, angoisse et anxiété ne présentent pas des notions très différentes. Le langage familial s'approprie même l'emploi du mot stress pour définir un état d'angoisse.

Dans le langage professionnel, il convient d'employer le terme d'angoisse ou celui d'anxiété. L'angoisse traduisant donc un sentiment de peur diffuse sans cause précise alors que l'anxiété apparaît en réaction à une situation ressentie comme potentiellement dangereuse.

Une définition professionnelle du stress pourrait être la suivante :

« Le stress est constitué par un ensemble de réactions physiologiques et psychologiques en réponse à des stimuli qu'ils soient microbiens, physiques ou psychiques »<sup>149</sup>.

---

<sup>148</sup> Sous la direction de MOINGEON Marc, Dictionnaire Hachette, Encyclopédie illustré, Orléans, Hachette, 1994, 2080 p.

<sup>149</sup> FOURNEL Blandine, Le stress, cours, Module Endocrinologie, St Genis-Laval, IFSI Clémenceau, 2007.

### Annexe III :

#### La spirale transactionnelle ou interactionnelle : les interactions précoces mère-bébé<sup>150</sup>.

##### **MERE**

(mais aussi père, fratrie ou un autre partenaire)

- Disponibilité au moment de l'interaction
- Modalités de puériculture et des soins au bébé
- Etat psychologique actuel
- Personnalité
- Relation avec le bébé



##### **BEBE**

- Vigilance, attention et disponibilité au moment de l'interaction
- Réactivité personnelle aux sollicitations et aux stimuli du partenaire
- Etat psychologique actuel
- Caractéristiques naissantes de sa personnalité
- Relation avec le partenaire et modalités de son attachement à celui-ci

Les interactions sont :

- comportementales : au niveau du corps, de la voix et des paroles, du regard ;
- affectives : importance d'une « suffisante » harmonisation affective ;
- imaginaires (conscientes) et fantasmatisques (inconscientes) : influence réciproque de la vie psychique des deux partenaires.

---

<sup>150</sup> MAZET Philippe et STOLERU Serge, Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, 3ème édition, Editions Masson , Collection Les âges de la vie, 1974. p.106.

## Annexe IV :

### Grille d'entretien.

#### Question 1 :

En quelle année avez-vous obtenu votre DE ?

Depuis combien de temps exercez-vous en pédiatrie ?

Depuis combien de temps exercez-vous aux urgences pédiatriques ?

#### Question 2 :

Quelles sont les spécificités du travail de l'IDE aux urgences pédiatriques ?

#### Question 3 :

Depuis combien de temps les parents peuvent-ils assister aux ponctions veineuses dans votre service ? Cela fait-il parti d'un projet d'équipe, d'un projet de service ?

Tous les parents peuvent-ils y assister ? Quel que soit l'âge de leur enfant ?

#### Question 4 :

Faites-vous participer les parents au soin ?

#### Question 5 :

Quel est l'impact du stress des parents sur le nouveau-né ?

#### Question 6 :

Comment prenez-vous en charge la douleur des nouveau-nés ?

Lorsque le nouveau-né pleure malgré l'analgésie, quelles sont les réactions des parents ?

#### Question 7 :

La présence des parents lors de la ponction veineuse chez le nouveau-né change-t-elle quelque chose au soin ?

#### Question 8 :

Avez-vous des éléments à ajouter ?

**Annexe V :**

Extraits du tableau d'analyse quantitative.

Question 1 :

En quelle année avez-vous obtenu votre DE ?

Depuis combien de temps exercez-vous en pédiatrie ?

Depuis combien de temps exercez-vous aux urgences pédiatriques ?

	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
Question 1	IDE depuis 2007	IDE depuis 1997	puéricultrice depuis 2000	IDE depuis 2007	IDE depuis 1984	IDE depuis 2001
	en pédiatrie depuis 10 mois	en pédiatrie depuis 1 an ½	en pédiatrie depuis 22 ans	en pédiatrie depuis 3 mois	en pédiatrie depuis 10 ans	en pédiatrie depuis 2 ans
	dans le service depuis 10 mois	dans le service depuis 1 an ½	dans le service depuis 3 ans	dans le service depuis 3 mois	dans le service depuis 10 ans	dans le service depuis 2 ans

Question 2 :

Quelles sont les spécificités du travail de l'IDE aux urgences pédiatriques ?

	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
Question 2	gérer l'affluence			gérer l'affluence		gérer l'affluence
	prioriser et surveiller l'évolution de l'état de l'enfant	prioriser et surveiller l'évolution de l'état de l'enfant	prioriser et surveiller l'évolution de l'état de l'enfant		prioriser et surveiller l'évolution de l'état de l'enfant	
		accueillir et rassurer	accueillir et rassurer	accueillir et rassurer	accueillir et rassurer	accueillir et rassurer
		expliquer la prise en charge aux parents	expliquer la prise en charge aux parents	expliquer la prise en charge aux parents		
			bonne technique et expérience			bonne technique et expérience
			calme, patient et doux avec les enfants		calme, patient et doux avec les enfants	

Question 3 :

Depuis combien de temps les parents peuvent-ils assister aux ponctions veineuses dans votre service ? Cela fait-il parti d'un projet d'équipe, d'un projet de service ?

Tous les parents peuvent-ils y assister ? Quel que soit l'âge de leur enfant ?

	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
Question 3	la présence des parents dépend de l'IDE	la présence des parents dépend de l'IDE	la présence des parents dépend de l'IDE			la présence des parents dépend de l'IDE
	la présence des parents dépend de leur comportement	la présence des parents dépend de leur comportement	la présence des parents dépend de leur comportement	la présence des parents dépend de leur comportement		la présence des parents dépend de leur comportement
	la présence des parents dépend de la difficulté du geste	la présence des parents dépend de la difficulté du geste		la présence des parents dépend de la difficulté du geste	la présence des parents dépend de la difficulté du geste	
	l'IDE propose à une grande majorité de parents	l'IDE propose à une grande majorité de parents	l'IDE propose à une grande majorité de parents		l'IDE propose à une grande majorité de parents	l'IDE propose à une grande majorité de parents
		ne pas forcer les parents à assister	ne pas forcer les parents à assister		ne pas forcer les parents à assister	
		la formation aide				



Question 4 :

Faites-vous participer les parents au soin ?

	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
Question 4	les parents décident seuls de leur rôle		les parents décident seuls de leur rôle		les parents décident seuls de leur rôle	les parents décident seuls de leur rôle
	les parents peuvent aider à la contention pour que l'acte soit rapide					
			les parents ne sont pas des soignants			les parents ne sont pas des soignants
		l'IDE rassure le bébé et parle d'autre chose avec les parents				

Question 5 :

Quel est l'impact du stress des parents sur le nouveau-né ?

	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
Question 5	le nouveau-né ressent l'angoisse de ses parents et y réagit	le nouveau-né ressent l'angoisse de ses parents et y réagit	le nouveau-né ressent l'angoisse de ses parents et y réagit	le nouveau-né ressent l'angoisse de ses parents et y réagit	le nouveau-né ressent l'angoisse de ses parents et y réagit	le nouveau-né ressent l'angoisse de ses parents et y réagit
	l'IDE ne garde pas les parents trop stressés		l'IDE ne garde pas les parents trop stressés	l'IDE ne garde pas les parents trop stressés		
						l'IDE accepte les parents stressés mais pas au contact du nouveau-né

Question 6 :

Comment prenez-vous en charge la douleur des nouveau-nés ?

	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
Question 6	l'IDE n'utilise pas beaucoup l'Emla®	l'IDE n'utilise pas beaucoup l'Emla®	l'IDE n'utilise pas beaucoup l'Emla®	l'IDE n'utilise pas beaucoup l'Emla®	l'IDE utilise plutôt l'Emla® pour les enfants plus grands	l'IDE utilise l'Emla®
		n'utilise pas l'Entonox® chez les nourrissons	utilise peu l'Entonox®	utilise parfois l'Entonox® chez les enfants plus grands	utilise le Kalinox® chez les enfants plus grands	l'utilisation du Kalinox® n'est pas toujours possible par peur du masque
	utilise le Sweet-ease® ou la sucette seule et détourne l'attention des enfants	Sweet-ease® si pique pas à la tête rien si pique à la tête car le bébé doit pleurer	Sweet-ease® pas systématique ou la sucette seule binôme avec auxiliaire de puériculture pour hypno-analgésie	utilise le Sweet-ease® ou le G10	utilise le Sweet-ease®	utilise le Sweet-ease® avec la sucette ou à la seringue
			la douleur n'est pas bien prise en charge dans le service			

Question 6 bis :

Lorsque le nouveau-né pleure malgré l'analgésie, quelles sont les réactions des parents?

	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
Question 6 bis	en général, bonne relation avec les parents		en général, bonne relation avec les parents	en général, bonne relation avec les parents	en général, bonne relation avec les parents	
		ça dépend des parents, certains sont présents sans vraiment l'être				
	expliquer que les pleurs sont dus à la contention					expliquer que les pleurs sont dus à la contention
			expliquer que le bébé a le droit de pleurer car le geste n'est pas agréable			
			passer mieux auprès des parents si l'IDE est sûre de son geste			passer mieux auprès des parents si l'IDE est sûre de son geste
	plus embêtant quand on loupe			plus embêtant quand on loupe		



## Annexe VI :

### Echelle DAN (Douleur aiguë nouveau-né)<sup>78</sup>.

REPONSES FACIALES	score
Calme	0
Pleurniche avec alternance de fermeture et ouverture douce des yeux	1
Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : Contraction des paupières, froncement des sourcils, ou accentuation des sillons naso-labiaux :	
Légers, intermittents avec retour au calme	2
Modérés	3
Très marqués, permanents	4
MOUVEMENTS DES MEMBRES	
Calmes ou mouvements doux	0
Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : pédalage, écartement des orteils, membres inférieurs raides et surélevés, agitation des bras, réaction de retrait :	
Légers, intermittents avec retour au calme	1
Modérés	2
Très marqués, permanents	3
EXPRESSION VOCALE DE LA DOULEUR	
Absence de plainte	0
Gémit brièvement. Pour l'enfant intubé, semble inquiet.	1
Cris intermittents. Pour l'enfant intubé, mimique de cris intermittents.	2
Cris de longue durée, hurlement constant. Pour l'enfant intubé, mimique de cris constants.	3
TOTAL	

<sup>78</sup> CARBAJAL R., Evaluation de la douleur liée aux soins chez le nouveau-né, juin 2005, www.cnrd.fr

Perello Aline

Papa, maman, l'infirmière et moi.  
Accompagner les parents, aux urgences pédiatriques.

Avant de réaliser ce travail, je ne m'étais jamais demandé si les parents pouvaient être présents ou non pendant la réalisation d'une ponction veineuse, sur un nouveau-né.

En effet, lorsque j'ai effectué un stage dans un service d'urgences pédiatriques, les soignants proposaient systématiquement aux parents d'être présents.

Seul ceux qui ne souhaitaient pas rester pendant l'acte, sortaient.

Il m'a donc paru naturel que les parents aient le choix d'assister au soin.

Au fil de mes lectures, j'ai pris conscience du travail qu'avait nécessité une telle démarche.

L'accompagnement des parents présents pendant le soin pourrait représenter l'étape suivante de la prise en charge.

Quel accompagnement l'IDE des urgences pédiatriques peut-elle proposer aux parents d'un nouveau-né requérant une ponction veineuse afin d'optimiser les soins qui lui sont prodigués ?

Accompagnement, parents, nouveau-né, ponction veineuse, urgences pédiatriques.