

# **MEMOIRE DE FIN D'ETUDES INFIRMIER**

## **LA RELATION TRIANGULAIRE ENFANT/PARENTS/SOIGNANT AU COEUR DU SOIN INVASIF**

## **NOTES AUX LECTEURS :**

*« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur »*

## Remerciements

Je tiens à remercier :

- Monsieur Genibel, mon directeur de mémoire, pour sa bienveillance dans la réalisation de mon mémoire de fin d'études d'infirmière,
- Madame Dupaquier, ma référente pédagogique, pour son accompagnement, ses précieux conseils et sa disponibilité durant toute la formation,
- L'ensemble des professionnelles qui m'ont accordé du temps pour partager leurs expériences et répondre à toutes mes questions au cours de mes entretiens exploratoires,
- Mégane Gomez, pour m'avoir aidée, soutenue et encouragée durant ces trois années d'études,
- Hazal ALTUNTAS, Claudie MARECHAL SARAILLE, Stéphanie LEIX, David DUCLOU pour leur solidarité et tous les bons moments passés ensemble,
- Fabien Alcindor pour m'avoir donné la motivation de persévérer.

Enfin, je souhaite remercier tout particulièrement mes parents et mon grand frère pour leur soutien si précieux qu'ils m'ont offert tout au long de la formation.

*« L'attachement est un instinct conduisant tout au long de la vie à avoir besoin d'être écouté, entendu, compris et soutenu par une ou plusieurs personnes considérées comme proches. »*

John Bowlby -  
Psychanalyste.

## Sommaire

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>I. Contextualisation</b> .....	2
1. Situation d'appel .....	2
2. Questionnement naïf .....	3
3. Intérêts personnels et professionnels .....	3
4. Cheminement et question de départ .....	4
<b>II. Phase exploratoire : revue de littérature</b> .....	7
1. <i>L'enfant de 3 à 6 ans</i> .....	7
1.1 Le développement de l'enfant de 3 à 6 ans .....	7
1.2 Les besoins de l'enfant au cours du soin invasif .....	9
2. <i>Le vécu de l'enfant âgé de 3 à 6 ans au cours d'un soin invasif</i> .....	10
2.1 Définitions .....	10
2.2 Les inquiétudes d'un enfant de 3 à 6 ans lors d'un soin invasif .....	10
2.3 L'impact du soin invasif .....	12
3. <i>Les parents</i> .....	12
3.1 Historique de la place des parents à l'hôpital .....	12
3.2 La parentalité .....	13
3.3 Attachement et caregiving .....	14
3.4 Le vécu du soin par les parents .....	15
4. <i>La relation triangulaire</i> .....	16
4.1 La relation enfant/parents/soignant .....	16
4.2 Le rôle de l'infirmière au cours du soin invasif .....	16
4.3 Le rôle des parents .....	17
<b>III. Phase exploratoire empirique</b> .....	18
1. <i>Présentation de l'enquête exploratoire</i> .....	18
1.1 Population interrogée .....	18
1.2 Le guide d'entretien .....	19
2. <i>Analyse des entretiens</i> .....	20
3. <i>Synthèse générale des entretiens et de la revue de littérature</i> .....	23
<b>VI. Problématique</b> .....	25
<b>VII. Question de recherche</b> .....	26

<b>VIII. Cadre de référence</b> .....	27
<b>IX. Hypothèse</b> .....	28
<b>X. Protocole de recherche</b> .....	29
1. Description.....	29
2. Grille d’entretien .....	31
<b>CONCLUSION</b> .....	32
Bibliographie.....	34
<b>ANNEXES</b>	

## INTRODUCTION

Lors de mon stage en pédiatrie, j'ai pu observer les spécificités des soins chez l'enfant et constaté les difficultés que pouvaient rencontrer les soignants dans la réalisation d'un soin invasif. L'enfant arrive dans un environnement souvent inconnu, où plusieurs soins invasifs et douloureux peuvent être réalisés. Ces soins génèrent de l'anxiété et de la peur chez l'enfant. Plusieurs fois, je me suis sentie démunie face au refus de l'enfant. Par manque de connaissances, de crainte de faire des erreurs dans la communication, j'ai eu des difficultés à trouver une posture adaptée. J'ai constaté que les professionnels travaillant dans les services généraux pouvaient avoir les mêmes ressentis lorsqu'ils s'occupaient d'un enfant.

J'ai également été interpellée par l'importance de la participation des parents dans le soin. Les enfants sont, dans la majorité des cas, accompagnés lors de l'hospitalisation et la présence des parents se révèle être une aide précieuse pour les soignants. Mais dans certaines situations, de par leurs inquiétudes face à l'hospitalisation et aux contraintes extérieures, les parents peuvent constituer une source de stress supplémentaire pour l'enfant et les soignants.

Il existe différentes pratiques concernant la présence parentale auprès de l'enfant hospitalisé, selon les services et les professionnels, ce qui m'a amenée à axer mon mémoire de fin d'études sur l'intégration des parents dans le soin invasif.

# I. Contextualisation

## 1. Situation d'appel

Ma situation se déroule lors de mon stage de 2<sup>e</sup> année d'école infirmière, dans un service d'hôpital de jour pédiatrique. Au cours de ma troisième semaine de stage, une pH-métrie est prescrite un matin, pour un enfant de 6 ans. À son arrivée, j'accueille et installe L et sa maman dans la chambre. L paraît détendu et souriant. Je rejoins l'infirmière dans la salle de soins. Elle m'informe que la pose d'une sonde nasogastrique est un soin mal vécu par l'enfant, car il est invasif et désagréable, ce qui peut compliquer sa réalisation.

Dans la chambre, L regarde un dessin animé. L'infirmière lui explique l'intérêt et le déroulement du soin et lui administre une prémédication. L est coopérant et écoute attentivement. La maman de L part s'installer sur une chaise, dans un coin de la chambre. L'infirmière demande à L de prendre une gorgée d'eau et de l'avaler quand elle le lui dira. Elle commence à faire pénétrer la sonde dans le nez. L recrache brutalement l'eau et se met à pleurer et hurler. Il repousse la main de l'infirmière qui tient la sonde. Sa maman lui dit de sa place : « *Allez L. ça va aller très vite* ». L s'arrête de pleurer, acquiesce en hochant de la tête et ferme les yeux. Il reprend une gorgée d'eau.

L'infirmière remet la sonde dans le nez et la fait pénétrer plus loin que la première fois. L avale l'eau, mais se remet à hurler « *Au secours, mais laissez-moi tranquille, mamaan* ». Il appelle sa mère et s'agite dans tous les sens. L'auxiliaire puéricultrice essaye de le calmer en attirant son attention avec des bulles. L continue à hurler « *Maman, empêche-les de me faire du mal* ». L'infirmière n'arrivant pas à placer la sonde, la retire. La maman de L se rapproche de lui, lui prend la main et lui dit « *maintenant tu vas devoir laisser faire l'infirmière, ça va aller vite* ». L lui répond « *Tu es contre moi, tu les laisses me faire du mal* ». Face à ces paroles, la maman de L s'énerve et lui dit : « *je suis ici pour ton bien alors tu écoutes, tu fais ce que l'on te dit* ». L'infirmière ne sait plus comment se positionner face aux pleurs et au refus de L.

Après un troisième échec, elle appelle le médecin. Il arrive et tente à son tour de placer la sonde, mais L s'agite à nouveau. La mère anxieuse et en colère, réessaye de négocier avec lui. Le médecin lui explique que s'il refuse, ça sera une intervention chirurgicale. Aucune négociation n'est possible. Le médecin quitte alors la chambre.



L'infirmière, la maman, l'auxiliaire puéricultrice et moi essayons de connaître les raisons de ce refus, mais L nous dit seulement qu'il ne veut pas avoir la sonde aujourd'hui, car il préfère un autre jour. L'infirmière et la mère de L se mettent à l'écart, recherchent une stratégie et en trouvent une. La mère de L s'installe dans le lit, se place derrière lui et le contient avec ses bras. Elle se met à lui parler doucement dans l'oreille, lui caresse le front et le serre fort contre elle. L'infirmière réexplique le soin en approchant la sonde du nez L. Il recommence à crier, sa maman le contient fort et lui parle calmement en l'encourageant. L finit par se laisser faire. À la fin, il nous dit : « *En fait, ça ne fait pas mal* ».

## 2. Questionnement naïf

Cette situation a suscité diverses questions qui m'ont amenée à faire mes premières recherches :

- En quoi les émotions ressenties par l'enfant au cours d'un soin invasif peuvent-elles impacter son déroulement et la relation soignant-soigné ?
- En quoi l'intégration des parents peut-elle être bénéfique dans la prise en charge d'un enfant au cours d'un soin invasif ?
- Comment intégrer les parents dans la prise en charge d'un enfant lors d'un soin invasif ?
- Quelles sont les limites de l'intégration des parents dans le soin ?
- Quelles sont les représentations d'un enfant face à un soin invasif ?

## 3. Intérêts personnels et professionnels

Ayant travaillé en tant qu'aide-soignante, j'ai pu développer des capacités relationnelles avec la personne âgée et l'adulte. Cependant, je n'avais encore jamais pris en soin un enfant avant mon stage en pédiatrie. Ma curiosité personnelle et professionnelle sur l'enfant m'a amenée à réaliser ce travail afin d'approfondir mes connaissances sur cette population. En effet, la prise en charge diffère de celle d'un adulte, car l'infirmière doit tenir compte des spécificités de l'enfant et des parents.

Au cours de la formation d'infirmière, nous avons peu d'enseignement sur l'enfant et la dynamique familiale. Ces apports théoriques ne me permettent pas d'expliquer clairement l'intérêt de la présence parentale et les répercussions qu'elle génère. Ce sujet va donc me

permettre d'identifier les caractéristiques de la relation triangulaire pour réaliser une prise en soin efficiente.

Aujourd'hui, la prise en charge d'un enfant peut s'observer dans plusieurs structures, notamment en ambulatoire, en hospitalisation à domicile (HAD), ou encore en chirurgie. De plus, avec l'évolution des pratiques professionnelles, les infirmières doivent être polyvalentes et doivent pouvoir s'adapter à différentes situations. En tant que future professionnelle, je considère qu'il est important de connaître les spécificités de l'enfant pour le prendre en charge dans sa globalité. Sans connaissance, la réalisation d'un soin invasif peut s'avérer difficile et anxiogène pour l'infirmière qui n'a pas l'habitude de travailler avec les enfants et sous le regard des parents. De plus, la relation de confiance avec un enfant ne peut s'établir que si elle est construite avec les parents et inversement.

Ce sujet a un intérêt professionnel. Ayant le projet de travailler en HAD, j'ai observé que la prise en charge pédiatrique se développait dans ce secteur.

#### 4. Cheminement et question de départ

L'enfant est un petit être en perpétuelle évolution, fragile et vulnérable. En psychologie, j'ai cherché à approfondir mes savoirs sur ses besoins et sur les stades du développement selon Jean Piaget et Henri Wallon, afin d'identifier son degré de compréhension.

Au cours d'une hospitalisation, l'enfant arrive dans un environnement hostile et inconnu. Selon Margot Phaneuf (2013)<sup>1</sup>, l'expérience d'un soin est souvent vécue comme une épreuve difficile et traumatisante pour l'enfant. J'ai recherché à identifier ses représentations et ses émotions ressenties lors du soin, afin de mieux comprendre comment il vit la situation : est-ce de la douleur ? de l'anxiété ? de la peur ? Le **vécu** est « *l'expérience réellement vécue, les faits, les évènements de la vie réelle* »<sup>2</sup> qui va mettre en jeu plusieurs facteurs, tels que la présence parentale. De ce vécu, vont découler des émotions. **L'émotion** « *est une réaction soudaine de tout notre organisme avec des composantes physiologiques, cognitives et comportementales* ».<sup>3</sup> Dans le contexte pédiatrique, il n'est pas rare de voir un enfant s'agiter au cours d'un soin. Ayant des difficultés à s'exprimer verbalement, l'enfant a recours à des

---

<sup>1</sup> PHANEUF, M, *Le soin de l'enfant et le jeu*, 2013, p.1.

<sup>2</sup> Site Dictionnaire Larousse.

<sup>3</sup> SERVANT, D, *Gestion du stress et de l'anxiété*, 2012, p.5.

réactions émotionnelles telles que des cris, de l'agitation ou des pleurs. Celles-ci vont influencer le déroulement du soin, comme dans cette situation. Selon Bénédicte Lombart<sup>4</sup>, l'enfant n'est pas en capacité de raisonner et d'identifier l'intérêt du soin, ce qui peut expliquer son refus.

En ce qui concerne les sciences infirmières, l'enfant hospitalisé peut subir des soins invasifs à répétition. Les soins invasifs sont des soins médicaux à visée diagnostique et/ou thérapeutiques qui nécessitent « *une lésion de l'organisme* »<sup>5</sup>. Pour favoriser le bon déroulement du soin, des moyens sont mis en place, tels que la distraction. Ils ont pour but de détourner l'attention de l'enfant, du geste et de créer un environnement plus favorable. Dans cette situation, l'enfant n'adhérant pas à la distraction, les soignantes ont intégré la mère de L au soin. J'ai ainsi recherché les moyens utilisés et le rôle de l'infirmière auprès de l'enfant.

En intégrant les parents, une relation triangulaire se construit autour de la même préoccupation : le bien-être de l'enfant. La relation est « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires...* ».<sup>6</sup> Dans cette situation, elle est faite de trois partenaires : l'enfant, le parent et le soignant. Afin de mieux comprendre l'influence de la présence parentale auprès de l'enfant, j'ai fait des recherches sur la relation triangulaire, le rôle des parents et sur la relation enfant/parent en m'appuyant sur la théorie d'attachement de John Bowlby.

Lors de mon stage en pédiatrie, j'ai constaté que la présence parentale pouvait être d'une aide précieuse pour l'équipe médicale. Selon Françoise Galland, « *sauf cas particulier, un enfant ne vient pas seul à l'hôpital. Il est accompagné par ses parents ou par une personne de référence. Soigner un enfant en pédiatrie implique donc obligatoirement d'être en rapport avec ses parents* ».<sup>7</sup>

En France, des équipes médicales ont mené une réflexion au sein de leur service pour évaluer l'intérêt de la présence parentale. Il en ressort que « *non seulement, elle diminue l'anxiété des enfants et des parents, favorise le dialogue et la confiance entre les proches et l'équipe*

---

<sup>4</sup> LOMBART, B, *Les soins en pédiatrie, faire face au refus de l'enfant*, 2016, p.126.

<sup>5</sup> Dictionnaire Français Larousse.

<sup>6</sup> MASSEBOEUF.A, MANOUKIAN.A, *La relation soignant-soigné*, 2008.

<sup>7</sup> GALLAND, F, *parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires*, actes du colloque organisé par l'association SPARADRAP, 2004, p.18.

*médicale, mais elle peut même permettre la diminution de la douleur de l'enfant* ». <sup>8</sup> L'étude menée par l'association Sparadrap sur la présence parentale (2003) <sup>9</sup> montre que 53 % des soignants s'accordent à dire que les parents contribuent au bon fonctionnement du service, 74% des équipes considèrent qu'ils les aident à mieux comprendre l'enfant et 59 % à le soigner plus facilement.

J'ai cherché à situer la présence parentale sur le plan législatif. La circulaire ministérielle n°83-24 (1983) et la Charte de l'enfant hospitalisé (1988) <sup>10</sup> relative à l'hospitalisation des enfants reconnaissent ses droits et ceux des parents. En 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) s'adresse également aux professionnels avec un guide sur les « *Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé* ». <sup>11</sup>

Toutefois, malgré l'existence de textes réglementaires favorables à la présence parentale auprès de leur enfant et plusieurs arguments démontrés par des études, j'ai constaté au cours de mes lectures et de mes stages que les parents ne sont pas toujours bien acceptés. En effet, certains professionnels demandent aux parents de sortir lorsque l'enfant est en crise d'angoisse sous leur regard anxieux. Une infirmière du service de chirurgie orthopédique m'a dit : « *lorsqu'on ne se sent pas à l'aise avec les parents pour réaliser une prise de sang par exemple, on leur demande de sortir* ». En France, il n'existe aucune loi qui oblige les établissements de santé à accueillir les familles lors d'un soin.

L'enquête menée par Sparadrap (2003) note que 30 % des parents disent ne pas avoir pu être présents lors d'un soin douloureux et 60 % n'ont pas pu rester lorsqu'il s'agissait d'actes douloureux ou impressionnants. J'ai donc étendu ma recherche sur le vécu des parents au cours du soin invasif. Dans l'article « *partenariat parent-soignant en pédiatrie* », Sarra Muggel met en avant les tensions pouvant exister entre les parents et les soignants. Pour certains soignants, les parents transmettent leurs émotions à l'enfant, ce qui peut influencer son vécu lors du soin.

---

<sup>8</sup> DELVODERE, C, *favoriser la présence des parents lors des soins*, 2014, p.18.

<sup>9</sup> Association SPARADRAP, *enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital*, 2004.

<sup>10</sup> Annexe V. Charte de l'enfant hospitalisée, 1988.

<sup>11</sup> HAS, *enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé*, 2011.

Au vu de ces éléments et de ma situation d'appel, j'ai choisi d'orienter mon objet de recherche sur l'intégration des parents au cours d'un soin invasif pour comprendre l'influence de la présence parentale sur le vécu de l'enfant et pour ainsi adapter ma posture professionnelle face aux différentes situations.

J'ai élaboré ma question de départ qui est la suivante :

En quoi l'**intégration** des **parents** au cours d'un **soin invasif** peut-elle influencer le **vécu** de l'**enfant** ?

Mots clés : enfants, parents, soins invasifs, relation triangulaire, émotions, partenaires.

## II. Phase exploratoire : revue de littérature

### 1. L'enfant de 3 à 6 ans

Selon la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant (1989), « *un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable* ». <sup>12</sup> Prendre en soin un enfant, c'est prendre en compte ses besoins, son développement psycho-cognitif, affectif et son vécu lors du soin.

La connaissance des stades du développement est essentielle pour comprendre comment l'enfant perçoit le soin et pour l'informer en fonction de sa maturité. L'infirmière va ainsi adapter ses pratiques et sa communication afin que la prise en soin soit la plus efficace.

#### 1.1 Le développement de l'enfant de 3 à 6 ans

Selon le psychologue Jean Piaget<sup>13</sup>, cette période de la vie se caractérise par l'intelligence préopératoire. C'est l'âge de la pré scolarisation où l'enfant découvre ses premières relations sociales en dehors de sa famille et où il fait preuve d'une grande curiosité. L'enfant commence à acquérir un langage égocentrique suivi d'un langage socialisé, dont l'intention est de communiquer avec son entourage grâce à l'apprentissage de vocabulaire de plus en plus riche. Ce stade est également marqué par une véritable construction intellectuelle passant

---

<sup>12</sup> Unicef, Convention internationale des droits de l'enfant, 1989.

<sup>13</sup> PIAGET, J, *Psychologie du développement*, 2004, p.109.

d'une pensée égocentrique, à une pensée intuitive. L'enfant ne fait aucune différence entre sa pensée et celle des autres. Il s'appuie sur son propre jugement, son intuition et n'a aucun raisonnement logique.

La fonction symbolique prédomine à ce stade de la vie. Elle se définit comme la « *capacité d'évoquer des objets ou des situations non perçues actuellement, en se servant de signes ou de symboles* ». <sup>14</sup> Ce qui va différencier l'enfant de l'adulte, c'est qu'il fait preuve d'imagination, de créativité pour rendre la réalité plus acceptable. L'enfant mélange son imagination avec le réel pour se relier au monde qui l'entoure et élaborer sa pensée. Selon Jacques Salomé, « *cette fonction symbolisant d'objets, de paroles, d'actes, favorisera l'intégration de certains aspects de la vie, qui seraient, sans cela, perçus comme trop menaçants, trop destructeurs, pour le jeune enfant* ». <sup>15</sup>

D'après Piaget<sup>16</sup>, l'enfant envisage le monde à travers l'égoïsme, l'animisme, le finalisme et l'artificialisme. Il est important de réaliser qu'il a sa propre manière de comprendre ce qu'il vit et d'y réagir en fonction de ses émotions positives ou négatives.

Je me suis intéressée à Henri Wallon qui développe une approche globale de l'enfant en reliant les aspects cognitifs, sociaux et affectifs. Selon Wallon<sup>17</sup>, à cet âge, c'est le stade du « *personnalisme* ». L'enfant vit en fonction de sa propre personne et tente de s'individualiser en se basant sur l'opposition. Vers 4 ans, il cherche à se « *faire aimer* » des autres, et se soucie de l'intérêt qu'il porte pour autrui. À 5 ans, il construit son autonomie en imitant ses proches. Il prend conscience de lui, mais sa représentation est toujours dépendante de sa famille. Pour Wallon<sup>18</sup>, l'enfant communique à travers ses émotions. Elles lui permettent de créer une relation avec son environnement social, sans utiliser forcément le langage.

Les parents ont un rôle majeur dans la construction de la personnalité et dans le développement de l'enfant. Les interactions de l'enfant avec son entourage peuvent aider l'infirmière à identifier sa personnalité et à adapter le soin, tout en répondant à ses besoins.

---

<sup>14</sup> Ibid.

<sup>15</sup> SALOMÉ, J, *Papa, Maman, écoutez-moi vraiment*, 1998, p.23.

<sup>16</sup> PIAGET, J, *Psychologie du développement*, 2004, p.109.

<sup>17</sup> WALLON, H, *Psychologie du développement*, 2004, p.170.

<sup>18</sup> Ibid.

## 1.2 Les besoins de l'enfant au cours du soin invasif

Les besoins de l'enfant découlent de son développement psychologique, affectif, intellectuel et social. Selon le Trésor de la langue française, le besoin se définit par « *une situation d'une personne qui manque de quelque chose, qui en a conscience* »<sup>19</sup>. Dans le contexte d'un soin, il est intéressant de se pencher plus spécifiquement sur les besoins liés au développement psycho-affectif.

Dès sa naissance, l'enfant a besoin d'évoluer dans un environnement stable et de construire des relations durables, chargées d'affection. Il a besoin d'être reconnu et considéré. Il va dépendre de la dose de tendresse et de sécurité qu'il reçoit de ses parents ou des substituts au quotidien<sup>20</sup>. En effet, pour l'enfant, les parents représentent l'amour et la sécurité. D'après Wanquet Thibault Pascale<sup>21</sup>, ils ont le pouvoir de le protéger et de rendre son environnement stable, rassurant. S'il en est séparé, il ressent une insécurité affective. Ne disposant pas des mêmes capacités que l'adulte à exprimer ses émotions, l'enfant va avoir des comportements inhabituels tels que des cris, des pleurs ou de l'agitation.

Afin de favoriser la satisfaction des besoins de l'enfant, la Charte de l'enfant hospitalisé (1988) stipule dans l'Article 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.* »<sup>22</sup> et dans l'Article 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* »<sup>23</sup>.

---

<sup>19</sup> Trésor de la langue française, cité par PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3e édition. Noisy-le-grand : SETES, 2016, p.67.

<sup>20</sup> GASSIER J, SAINT-SAUVEUR, C. *Le guide de la puéricultrice*, 2009, p.337.

<sup>21</sup> WANQUET THIBAUT. *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*, 2015, p.71.

<sup>22</sup> Annexe V, Charte de l'enfant hospitalisé, 1988.

<sup>23</sup> Ibid.

## 2. Le vécu de l'enfant âgé de 3 à 6 ans au cours d'un soin invasif

### 2.1 Définitions

Selon le Conseil International des infirmières (CII), les soins infirmiers sont « *les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie* »<sup>24</sup>.

D'après le dictionnaire Larousse (2016), le soin invasif se définit par « *une méthode d'exploration médicale ou de soins nécessitant une lésion de l'organisme* ». <sup>25</sup> Nous pouvons retrouver les bilans sanguins, les perfusions et la pose de sondes. Dans le cadre de la profession infirmière, il est régi par l'article R4311-7 du code de la santé publique.<sup>26</sup>

Le vécu est « *l'expérience de la vie* »<sup>27</sup>. C'est un phénomène individuel qui va mettre en jeu plusieurs éléments, notamment la personnalité, l'âge et l'histoire personnelle de la personne.

Un soin invasif génère des craintes chez l'enfant, pouvant être renforcées par celles des parents et par le souvenir d'une expérience antérieure difficile. Il peut en vouloir inconsciemment à ses parents de ne pas avoir su le protéger et penser que ce qui lui arrive est dû à une punition ou un abandon.

### 2.2 Les inquiétudes d'un enfant de 3 à 6 ans lors d'un soin invasif

Le Petit Robert (2008) définit la peur par un « *phénomène psychologique qui accompagne la prise de conscience d'un danger réel ou imaginé d'une menace* »<sup>28</sup>.

---

<sup>24</sup> Paillard, C, *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, 2016, p.423.

<sup>25</sup> Site Le petit Larousse.

<sup>26</sup> Site Légifrance, article R4311-7 du code de la santé publique, relative à la profession d'infirmière.

<sup>27</sup> Ibid.

<sup>28</sup> Petit Robert, 2008 cité par ANNEQUIN, D, *plus on a peur, plus on a mal ? PEDIADOL*, 2007, p.2.



Selon Bénédicte MINGUET et Françoise GALLAND, l'enfant peut ressentir différentes peurs :

- La peur de l'inconnu face à la multitude de visages qui défilent, au vocabulaire et aux dispositifs médicaux. L'image effrayante de l'hôpital véhiculée par les médias et le monde adulte peut venir amplifier cette crainte.
- La peur d'être séparé de ses parents : durant une hospitalisation, l'enfant perd tous ses repères et recherche à être rassuré. La « *présence des parents ou d'une personne proche au chevet de l'enfant est un élément rassurant et nécessaire pour lui permettre de faire face à la situation.* »<sup>29</sup>
- La peur de l'atteinte de l'intégrité de son corps : l'enfant a peur que des inconnus le touchent. Il peut se construire des représentations fausses sur les conséquences du soin et peut s'imaginer « *que la blessure ne se referme jamais* »<sup>30</sup>. Tout objet alimente l'imagination de l'enfant, même les gestes simples. Selon Bénédicte Lombart, l'enfant « *verrait dans un évènement relativement bénin une menace démesurée proportionnellement à la réalité de l'acte* »<sup>31</sup>. En outre, « *plus l'enfant est jeune, plus sa crainte est grande, car elle est difficile à raisonner* »<sup>32</sup>.
- La peur d'avoir mal est souvent liée aux soins invasifs. « *Elle sera d'ailleurs plus importante si l'enfant ne comprend pas la raison du soin et/ou si une expérience antérieure à l'hôpital ou lors d'un soin a laissé une trace négative dans son souvenir* ».<sup>33</sup>

Ces émotions sont à différencier de la douleur. Cependant, ayant une composante émotionnelle, la douleur s'intrique aux registres émotionnels. Étant une priorité chez l'enfant, la prise en charge de la douleur doit être associée à celle des émotions. Il a ainsi été démontré qu'en diminuant l'anxiété de l'enfant, la présence des parents participe à la diminution de la douleur.

L'anxiété peut être également ressentie par l'enfant. Elle dure après que la menace réelle se soit estompée, et se définit par « *un état émotionnel qui existe chez chacun d'entre nous et qui*

---

<sup>29</sup> MINGUET, B ; GALLAND, *Les inquiétudes des enfants lors d'un soin, d'un examen médical*, 2011.

<sup>30</sup> Ibid.

<sup>31</sup> LOMBART, B, *Les soins en pédiatrie, faire face au refus de l'enfant*, 2016, p.113.

<sup>32</sup> Ibid.

<sup>33</sup> MINGUET, B ; GALLAND, *Les inquiétudes des enfants lors d'un soin, d'un examen médical*, 2011.

*est lié à l'appréhension d'un danger potentiel plus ou moins subjectif (...) C'est un signal d'alarme qui nous prévient des dangers et nous permet d'accroître notre vigilance »<sup>34</sup>.*

Le vécu de l'enfant est important à connaître, car il va influencer le déroulement du soin. En identifiant ces ressentis, l'infirmière va mettre en place des moyens adaptés et prévenir les répercussions que peut entraîner une situation traumatisante chez l'enfant.

### 2.3 L'impact du soin invasif

Les soins invasifs et douloureux peuvent avoir un impact physique et émotionnel sur l'enfant. Les répercussions du soin sont parfois délétères et peuvent entraîner des conséquences majeures sur son développement psychique. En effet, il a été prouvé que l'enfant mémorise la douleur et le contexte du soin si l'émotion est très forte. Une phobie du soin peut alors s'installer, influencer les réactions émotionnelles et modifier la perception de la douleur lors des soins futurs. Pour prévenir ces conséquences, l'infirmière doit connaître l'enfant, sa personnalité et son vécu afin d'aménager des conditions favorables à la réalisation du soin. En favorisant la présence parentale, elle peut obtenir des informations essentielles sur l'enfant durant le soin et ainsi, diminuer ses réactions émotionnelles.

## 3. Les parents

Pour comprendre l'impact de la présence parentale lors du soin invasif, il est essentiel d'avoir des contenus théoriques sur la parentalité, le rôle parental et le lien d'attachement avec l'enfant.

### 3.1 Historique de la place des parents à l'hôpital

Aujourd'hui, la présence des parents fait partie du quotidien des services qui accueillent les enfants. La place de l'enfant dans la société a évolué ces derniers temps grâce aux progrès sur la psychologie de l'enfant et au développement de la médecine pédiatrique. Les familles portent plus d'intérêt aux découvertes réalisées sur l'enfance, ce qui mène à une modification des pratiques professionnelles.

---

<sup>34</sup> Rousseau-Salvador, C ; Manoury, N ; Pédiadol, *Peur, douleur : peut – on savoir ?* 2010.

Autrefois, au cours d'une hospitalisation, l'enfant était totalement séparé de son environnement habituel et de ses parents. La méconnaissance du développement cognitivo-émotionnel a entraîné de graves conséquences psychologiques sur l'enfant. Après la Seconde Guerre mondiale, des travaux de recherche sur la psychologie infantile ont mis en lumière les besoins psycho-affectifs de l'enfant. La diffusion du terme *hospitalisme* utilisé par René Spitz et par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) lors d'un séminaire à Stockholm (1954) ont révélé les répercussions que pouvait entraîner une telle séparation. En 1959, les travaux de James et Joyce Robertson sur les « *jeunes enfants à l'hôpital* » ont préconisé des vigilances auprès des équipes médicales sur les besoins de l'enfant. En 1970, on assista à un mouvement d'humanisation et à l'ouverture des services de pédiatrie aux parents.<sup>35</sup>

Le 1<sup>er</sup> août 1983, la circulaire n°83-24 relative à l'hospitalisation des enfants fut publiée. Elle reprend dix points essentiels, de l'admission à la sortie de l'enfant, la participation aux soins, les étapes de l'hospitalisation et stipule « *les parents doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers s'ils le souhaitent* »<sup>36</sup>. La Charte européenne de l'enfant hospitalisé (1988) a également été votée pour améliorer les conditions d'hospitalisation des enfants.

### 3.2 La parentalité

La parentalité dépasse le simple lien biologique. Dans le champ de la psychologie, elle se définit par un « *ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique* ».<sup>37</sup> Dans le champ juridique, cette notion renvoie à la responsabilité et à l'autorité parentale.

Selon l'article 371-1 du Code civil, l'autorité parentale définit un « *ensemble de droits et devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, santé et sa moralité pour assurer son éducation et permettre son développement dans le respect dû à sa personne ; les parents doivent associer l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son*

---

<sup>35</sup> Association Sparadrapp, *Actes du colloque, Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires*, 2004.

<sup>36</sup> Circulaire N°83-24 du 1<sup>er</sup> août, 1983 relative à l'hospitalisation des enfants.

<sup>37</sup> LAMOUR, M ; BARRACO, M. *Souffrances autour du berceau*. Paris : Gaëtan Morin éditeur, 1998. ISBN : 2-910749-23-1. Cité par Lamboy, B, *soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Vol. 21* [En ligne]. [Consulté le 27/03/2018]. Cairn, 2009. Disponible à l'adresse : [file:///Users/derrien/Downloads/DEV\\_091\\_0031%20\(2\).pdf](file:///Users/derrien/Downloads/DEV_091_0031%20(2).pdf)

*âge et son degré de maturité.* »<sup>38</sup>. Cette loi reprend le rôle des parents auprès de l'enfant. En effet, ils ont pour responsabilité de subvenir aux besoins de leur enfant jusqu'à son indépendance. Ils lui apportent sécurité et affection pour qu'il puisse se développer dans un environnement stable. Leur rôle est également d'assurer la santé et l'éducation de l'enfant en lui transmettant les règles, les valeurs et les croyances culturelles pour qu'il puisse vivre en société. En fonction de son environnement familial, de sa culture et de son éducation, l'enfant aura des comportements différents face au soin.

Durant une hospitalisation, on peut assister à une redistribution des rôles entre les parents et le soignant. En intégrant les parents dans le soin, l'infirmière favorise le maintien du rôle parental.

### 3.3 Attachement et *caregiving*

L'influence de John Bowlby a contribué à l'humanisation des pratiques professionnelles. Il a fondé la théorie de l'attachement qui a donné un éclairage sur les comportements de l'enfant en présence ou non de ses parents. La création du lien d'attachement entre l'enfant et ses parents va s'effectuer naturellement dès les premiers jours qui suivent la naissance et se poursuit durant toute la vie si aucune séparation n'a lieu. L'enfant, sensible aux soins prodigués par la personne qui s'occupe de lui, va établir avec elle une relation de confiance. Lorsqu'il intègre l'assurance qu'il peut être protégé, il se sent en sécurité et devient de plus en plus autonome. Ce lien sécurisant va lui permettre de se développer sur le plan physique et psychique, de s'adapter à de nouvelles situations, d'explorer son environnement socio-affectif et de construire des relations extra-familiales. Au cours du soin, le maintien du lien d'attachement permet à l'enfant de se sentir en sécurité et de développer une relation de confiance avec les soignants. À l'inverse, s'il n'est pas maintenu, les inquiétudes de l'enfant peuvent se majorer et il va se replier sur lui-même.

Les parents disposent d'un *caregiving system* qui correspond à « *l'ensemble des comportements des parents qui visent à promouvoir la proximité et le réconfort quand ils perçoivent que l'enfant se sent en danger ou en détresse* ». <sup>39</sup> Ces comportements conduisent l'adulte à répondre aux besoins de l'enfant en lui prodiguant une protection et du réconfort.

---

<sup>38</sup> Site Légifrance, article 371-1 du code civil relative à l'autorité parentale.

<sup>39</sup> WANQUET THIBAUT, P, *l'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*, 2015, p.69.

Lors du soin, les parents peuvent redouter un manque d'attention des soignants envers leur enfant et devenir vigilants.

Il est essentiel de connaître ces notions pour comprendre les comportements observés des parents et des enfants. En effet, certaines réactions comportementales des parents peuvent influencer la réalisation du soin. Afin de développer une attitude adaptée et de maintenir une collaboration avec eux, l'infirmière doit pouvoir identifier les émotions et les difficultés des parents face au soin invasif.

### 3.4 Le vécu du soin par les parents

Lors de la réalisation des gestes invasifs, la majorité des parents souhaitent rester auprès de leur enfant. Toutefois, certains choisissent de ne pas y participer du fait des propos entendus ou d'expériences antérieures désagréables. Certaines réactions inadaptées des parents peuvent mener les soignants à les exclure du soin. Il est essentiel de rechercher ce qui pourrait les inquiéter afin de les informer et les rassurer pour préserver la relation enfant-parents.

Dans le contexte d'un soin, selon Wanquet Thibault Pascale<sup>40</sup>, les parents peuvent avoir des réactions jugées normales, car ils prennent conscience de la fragilité et de la vulnérabilité de l'enfant. L'hospitalisation est une épreuve souvent éprouvante pour l'enfant, les parents et la famille. Elle est à l'origine d'un déséquilibre familial et d'une « *crise émotionnelle aiguë déclenchée par la peur de perdre l'enfant ou la remise en question de l'immortalité de l'enfant* ».<sup>41</sup>

Les parents vivent un moment de fragilité pendant lequel leurs réactions vont être influencées par les émotions ressenties, telles que l'anxiété, l'angoisse, et la culpabilité. Ils se sentent impuissants de ne pas avoir su protéger leur enfant face à la maladie. Ces réactions émotionnelles sont souvent majorées par les contraintes extérieures. Suivant leurs ressentis, différentes réactions comportementales faites d'agressivité, de violence ou de déni peuvent venir impacter la relation avec le soignant. Ils peuvent également transmettre leurs inquiétudes à l'enfant, rendant la réalisation du soin difficile. En effet, l'enfant étant dépendant émotionnellement de ses parents, ressent et mime leurs réactions.

---

<sup>40</sup> Ibid.

<sup>41</sup> LEBLANC, A, *les angoisses des parents pour la santé de leur parent*, 2009, p.65.

## 4. La relation triangulaire

### 4.1 La relation enfant/parents/soignant

Intégrer les parents revient à mettre en relation trois partenaires lors du soin. L'intégration tire de son origine latine *integratio* qui est « *l'action et l'effet d'intégrer ou de s'intégrer ; constituer un tout, compléter un tout avec les parties manquantes ou faire en sorte que quelqu'un ou quelque chose appartienne à un tout.* »<sup>42</sup>. Selon Wanquet Thibault Pascale « *accueillir l'enfant à l'hôpital, implique d'accueillir ses parents. Dans ce contexte, la traditionnelle relation soignant/soigné devient une relation triangulaire, une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation les uns avec les autres* »<sup>43</sup>. Un partenariat se crée entre l'enfant, les parents et le soignant. Selon Danièle Bourdès, il « *est essentiellement fondé sur une approche de complémentarité selon laquelle chacun des acteurs trouve sa place et où la décision s'effectue par la négociation.* »<sup>44</sup>. Les partenaires se réunissent autour d'une préoccupation commune : le bien-être de l'enfant.

L'infirmière, de par ses connaissances, va devoir réaliser le soin invasif sur prescription médicale. Pour elle, le bien-être de l'enfant va découler de la réussite du soin au vu de sa santé. Les parents, eux, veillent à la satisfaction des besoins et au confort de leur enfant. Puis, il y a l'enfant qui représente la préoccupation centrale. Son bien-être va être de se retrouver dans un environnement sécurisant, auprès de ses parents.

### 4.2 Le rôle de l'infirmière au cours du soin invasif

Tout d'abord, l'infirmière a un rôle dans la préparation du soin auprès de l'enfant et de ses parents. Cette première étape va déterminer la suite de la prise en charge. Afin d'instaurer une relation de confiance, l'infirmière doit faire preuve d'une compétence relationnelle spécifique. D'une part, elle doit pouvoir s'adresser à l'enfant selon son âge et son développement cognitif. Chez un enfant de 3 à 6 ans, elle peut faire appel à sa capacité d'imagination en utilisant des jeux ou des supports. Selon Margot Phaneuf, « *Tout ce qui est ludique possède la vertu de le calmer, de le familiariser avec le personnel et avec les lieux* »<sup>45</sup>. D'autre part, elle

---

<sup>42</sup> Site Les définitions.

<sup>43</sup> WANQUET THIBAUT, P, *l'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*, 2015, p.67.

<sup>44</sup> BOURDÈS, D, *le rôle du cadre de santé et la place des parents en pédiatrie*, 2008.

<sup>45</sup> PHANEUF, M, *le soin de l'enfant et le jeu*, 2013.

doit savoir s'adresser aux parents, et communiquer au sein de la relation triangulaire en tenant compte des affects de chacun. Selon la Charte de l'enfant hospitalisé, le point 4 stipule « *les enfants et les parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptés à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant* »<sup>46</sup>. L'infirmière doit donner des informations sur le soin et se rendre disponible. Elle a également pour rôle d'aménager des conditions favorables à la réalisation du soin en adaptant des moyens, tels que la distraction à la subjectivité de l'enfant. Elle favorise le maintien du lien parent/enfant en privilégiant la présence parentale. Si les parents souhaitent participer aux soins, il est important qu'elle les aide à trouver leur place.

### 4.3 Le rôle des parents

En 2000, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité édite un « *carnet de douleur pédiatrique* » pour être remis aux parents d'enfants hospitalisés et pour les informer sur leur rôle : «  *votre présence à côté de lui et en particulier lors des soins douloureux est un soutien pour votre enfant surtout lorsqu'il est petit. Vous pouvez le rassurer, l'encourager, le consoler* »<sup>47</sup>.

Les parents représentent des porte-paroles indispensables, car ce sont eux qui connaissent le mieux leur enfant. Ils vont aider l'infirmière à personnaliser le soin en donnant des informations sur ses habitudes de vie, sa personnalité et ses goûts. L'enfant a besoin de se sentir en sécurité et soutenu par ses parents durant le soin. Leur présence va permettre de répondre à ses besoins psychoaffectifs tout en maintenant le lien d'attachement. Il pourra alors exprimer ses émotions, son comportement sera moins inhibé et les parents pourront aider les soignants à mieux interpréter ses réactions comportementales tout en se concentrant sur le soin. En fonction de leurs capacités, les parents peuvent faire de la distraction ou contenir physiquement et psychiquement l'enfant. Ils ont également un rôle de soutien et peuvent encourager leur enfant face à cette nouvelle épreuve.

---

<sup>46</sup> Annexe V, Charte de l'enfant hospitalisé, 1988.

<sup>47</sup> Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000 cité par DEVOLDÈRE, C, *soignants, parents : une place pour chacun*, 2012, p.22.

### III. Phase exploratoire empirique

#### 1. *Présentation de l'enquête exploratoire*<sup>48</sup>

Afin de confronter mes recherches à la réalité du terrain, j'ai réalisé des entretiens semi-directifs pour recueillir des données empiriques et évaluer la pertinence de ma question de départ. Pour cela, j'ai élaboré un guide d'entretien avec sept questions ouvertes. Cette enquête qualitative m'a permis de collecter des informations plus précises et approfondies sur les différentes thématiques retenues de mes lectures. En effet, l'enquête qualitative permet une interaction et un libre-échange avec les professionnelles sur leurs pratiques tout en restant orientée sur les axes de recherche.

J'ai rencontré directement les professionnelles dans leur service et réalisé 4 entretiens, dont 3 enregistrés. Toutefois, au bout du quatrième entretien, les réponses aux questions devenaient répétitives. Les entretiens sont soumis à l'anonymat pour permettre une liberté d'expression.

##### 1.1 Population interrogée

J'ai choisi d'interroger trois puéricultrices et une infirmière diplômée d'État travaillant dans des structures hospitalières et dans les services suivants : pédiatrie générale, hôpital de jour pédiatrique et médecine pédiatrique. Les professionnelles interrogées ont toutes une expérience auprès des enfants et des parents. Ayant une spécialité en plus du diplôme d'État, j'ai choisi 3 puéricultrices pour avoir un apport de connaissances théoriques et pratiques plus approfondi sur l'enfant et les parents.

De par leur parcours, ces professionnelles ont été confrontés à diverses situations, allant des gestes simples aux situations d'urgence. Après m'être informée sur les spécificités de ces services et avoir eu l'accord des cadres pour réaliser mes entretiens, j'ai choisi des structures hospitalières, car les professionnelles sont habilitées à réaliser des soins invasifs au vu d'un traitement et/ou un diagnostic au quotidien auprès des enfants, notamment âgés de 3 à 6 ans.

---

<sup>48</sup> Annexe I, *modalité et trame de l'enquête exploratoire*.



Les typologies des soins invasifs varient selon les services et la durée d'hospitalisation. Chaque service disposant de la Charte de l'enfant hospitalisé, les soignants peuvent avoir connaissance de la réglementation concernant la présence parentale. Les parents ont une place et un rôle différent selon la pathologie de leur enfant. Tous ces critères retenus m'ont permis d'avoir plusieurs approches et de comparer les pratiques professionnelles sur leur prise en soin.

## 1.2 Le guide d'entretien<sup>49</sup>

La première question concerne les représentations du soin invasif. En fonction de celles-ci, le vécu et les émotions seront différents. L'objectif est de connaître ces représentations et les réactions émotionnelles principales qui en découlent. Ces connaissances visent à adapter la prise en soin.

La question 2 et 3 concerne la place des parents dans le soin. L'objectif de la deuxième question est d'identifier les raisons pour lesquelles les professionnelles peuvent refuser la présence parentale. L'intégration des parents dépend des soignants, mais aussi des parents. La troisième question a pour objectif d'identifier les facteurs qui influencent ce choix et les moyens proposés pour favoriser leur présence.

La quatrième question a pour objectif d'identifier comment les professionnelles perçoivent l'intégration des parents dans le soin au quotidien, afin d'éclaircir l'intérêt ou les difficultés que cette présence peut générer.

La cinquième question s'intéresse au rôle infirmier auprès de l'enfant et des parents avant le soin. Cela va me permettre d'approfondir, de confronter les données recueillies lors de mes lectures et d'identifier le rôle infirmier.

La sixième question a pour objectif de connaître et de vérifier si les moyens utilisés par les soignants ou par les parents sont efficaces pour faciliter le déroulement du soin.

---

<sup>49</sup> Ibid.

La dernière question est axée sur les répercussions du soin invasif. L'objectif est de mettre en évidence l'impact d'un soin traumatisant et d'identifier un autre intérêt de la présence parentale.

## 2. *Analyse des entretiens*<sup>50</sup>

**Pour les représentations** : les 4 soignantes s'accordent à dire que *l'enfant* peut ressentir différentes peurs : de l'inconnu, de la douleur, d'atteinte au corps et d'être séparé de ses parents. Ces peurs varient en fonction de l'âge et le vécu d'une mauvaise expérience. Une soignante note que la blouse et le matériel médical accentuent le sentiment d'insécurité. Deux soignantes expliquent également que l'enfant n'aime pas être contenu et que cela augmente son agitation. Il ressort que l'enfant de moins de 6 ans est en capacité de comprendre, mais non de raisonner. Toutefois, il ne comprend pas l'intérêt du soin et peut l'associer à une punition. Une soignante note l'importance d'adapter un vocabulaire ludique pour dédramatiser le soin. Pour *les parents*, il ressort que les réactions sont subjectives et que les principales émotions sont l'anxiété et la peur. Deux soignantes notent la peur liée à la douleur. Trois soignantes s'accordent à dire que le souvenir d'un soin antérieur peut générer des émotions qu'ils vont transférer à l'enfant. Pour une soignante, le soin invasif peut être source de diagnostic et de maladie. Deux soignants expliquent que les émotions ressenties par les parents vont influencer leur place et leur choix à participer ou non au soin. L'infirmière note l'importance de s'adapter à eux et à leur choix.

En ce qui concerne *le soignant*, le soin invasif représente un soin technique sur prescription médicale. C'est une obligation de le réaliser même si l'enfant refuse. Les 4 professionnelles précisent la nécessité de s'adapter à l'enfant et à ses représentations en utilisant des stratégies pour minimiser l'acte. Une soignante appuie le fait que pour elle, il est primordial de prendre du temps pour préparer le soin et mettre en place les bonnes conditions pour le réaliser.

**Présence parentale** : systématiquement, les 4 soignantes proposent aux parents de participer aux soins. Deux professionnelles indiquent que leur présence permet de sécuriser, de rassurer l'enfant, et de faire le soin à 2. Une soignante note qu'en fonction de leur capacité, les parents sont inclus comme acteurs de soin et peuvent participer physiquement en contenant ou en faisant de la distraction. Toutefois, il ressort des 4 soignantes que dans de rares situations, la présence parentale peut venir compliquer le déroulement du soin lorsque leurs émotions

---

<sup>50</sup> Annexes IV.

deviennent envahissantes. Les professionnelles préfèrent donc réaliser les soins sans eux. Selon 2 soignantes, les parents peuvent transmettre leur angoisse à l'enfant et empêcher la distraction. Une puéricultrice explique que lorsque les émotions sont trop importantes, elle préfère mettre les parents à l'écart pour maintenir le lien de confiance parent/enfant. Elle précise que travailler sous le regard des parents peut être une difficulté au début pour les jeunes diplômés.

Pour les 4 professionnelles, les parents souhaitent dans la majorité des cas être présents auprès de leur enfant. Une puéricultrice précise que ce choix dépend des parents et qu'il faut s'adapter. La typologie du soin peut influencer leur choix et dans certaines situations, ils préfèrent ne pas y participer. Les raisons les plus évoquées sont la gestion des émotions, l'appréhension du soin, la peur pour leur enfant, l'anxiété, la culpabilité, et la non-maîtrise du soin. Pour l'infirmière, ils ne veulent pas participer, car ils ne « *se sentent pas capables de rester auprès de leur enfant, de le distraire ou de le voir pleurer* ». Elle précise que si les parents participent aux soins, ils sont souvent actifs en faisant de la distraction. Une des puéricultrices explique que si les parents refusent ou ne se sentent pas capables de participer au soin, il est important de travailler avant et après le soin sur leurs représentations afin de les déculpabiliser. Elle relève également que certains parents ne se sentent pas capables de rester pendant un soin, mais n'osent pas sortir et précise alors l'importance du rôle infirmier dans la revalorisation du rôle parental. Il est donc important de leur laisser le choix tout en les déculpabilisant.

**Concernant l'intégration des parents**, il ressort pour les 4 professionnelles, que la présence des parents permet à l'enfant de se sentir considéré, en sécurité et en confiance. Une des professionnelles évoque la théorie d'attachement de John Bowlby et précise qu'en maintenant ce lien, l'enfant s'ouvre plus à son environnement, à la communication, et accepte le soin, car les parents représentent son repère. Il se sent alors rassuré.

Pour les parents, il ressort des 4 soignantes que ce partenariat leur permet de maintenir leur rôle et de se sentir utiles en participant activement. Pour une des professionnelles, cela permet de revaloriser leur capacité parentale et donner du sens aux soins. Le partenariat avec les parents permet également aux soignants de moins appréhender le soin et de se concentrer sur le geste. Une professionnelle note que les parents peuvent les aider en apportant des informations essentielles sur l'enfant afin d'adapter le soin. De plus, si l'enfant se sent en sécurité avec les parents, il sera plus facile d'entrer en contact avec lui. Il ressort également

que ce partenariat permet de créer un environnement rassurant, ludique et d'être moins dans la contention physique. Les soignants auront alors une meilleure satisfaction de la qualité du soin.

**Les moyens médicamenteux et non médicamenteux :** les 4 professionnelles utilisent les mêmes stratégies médicamenteuses, notamment le MEOPA. Pour une soignante, le MEOPA est proposé quand l'enfant est en capacité de raisonner. Pour 2 soignantes, la prémédication est une stratégie à mettre en place avant le soin pour prévenir la douleur ou diminuer l'anxiété. Chez un enfant de 3 à 6 ans, la distraction est la plus utilisée. Les soignantes disent solliciter les parents pour la réaliser. Pour une puéricultrice, le rôle des parents peut être la contention physique et psychique.

**Rôle infirmier lors du soin invasif :** il ressort que l'infirmière a un rôle majeur dans la préparation du soin. Une soignante explique qu'elle commence toujours par se présenter et expliquer le soin. Les soignantes s'intéressent à l'enfant et aux parents afin d'adapter le soin. Une puéricultrice précise que c'est lors de cette étape du soin que se décident les moyens à mettre en place, telle que la prémédication ou la distraction. Elle explique qu'elle prend le temps de connaître l'enfant afin de créer un environnement calme et détendu. Il ressort que les parents peuvent donner des informations pour adapter la distraction ou informer les soignants sur des expériences antérieures. Les 4 soignantes expliquent également qu'il est important d'informer avec du vocabulaire adapté, de répondre aux questions et de rassurer. Pour une des puéricultrices, l'empathie, la verbalisation, l'explication du soin sont primordiales dans la construction de la relation de confiance en amont. Une des soignantes fait attention à ce qu'elle dit à l'enfant, car, à l'inverse, cela peut générer de l'anxiété. Toutes mettent en avant l'adaptation du soin.

**En ce qui concerne l'impact du soin invasif chez l'enfant,** pour les 4 professionnelles, un soin qui se déroule dans de mauvaises conditions entraîne des répercussions sur les soins futurs, telles que de l'appréhension et de l'agitation. Il ressort que les parents peuvent refuser les soins s'ils perçoivent le mal-être de l'enfant. Une soignante note l'importance de réussir le premier soin.

### 3. Synthèse générale des entretiens et de la revue de littérature

J'ai constaté que mes entretiens viennent confirmer et compléter mes lectures. J'ai relié plusieurs éléments essentiels pour ce travail de recherche.

En premier lieu, lors du soin invasif, les représentations et les réactions émotionnelles qui en découlent sont similaires. Il est nécessaire de comprendre les représentations, le vécu et d'identifier les émotions de l'enfant et de ses parents afin d'adapter la prise en soin. Selon Minguet Bénédicte<sup>51</sup>, le soin invasif peut générer des inquiétudes chez l'enfant telle que : la peur d'être séparé de ses parents, la peur de l'inconnu, la peur d'avoir mal et de l'atteinte à l'intégrité de son corps. Il peut également ressentir de l'anxiété et de l'angoisse. Les entretiens m'ont apporté des précisions supplémentaires sur ce qui peut augmenter les craintes de l'enfant, notamment la contention. Certaines professionnelles notent que l'enfant âgé de 3 à 6 ans peut comprendre, mais il est en encore en incapacité de raisonner, ce qui est confirmé par la théorie.

Les représentations et les réactions émotionnelles des parents retenus dans mes entretiens rejoignent celles décrites par WANQUET THIBAUT dans son ouvrage<sup>52</sup>. Selon les soignantes, les parents peuvent voir leur crainte augmenter s'ils ont déjà vécu une mauvaise expérience d'un soin. Ils vont alors transférer leurs inquiétudes sur l'enfant. Il ressort des entretiens qu'en fonction des émotions parentales, la participation des parents sera soit active soit passive. Une soignante met en avant qu'elle observe les parents avant le soin pour savoir si elle les fait participer activement ou non.

Pour les professionnelles, le soin invasif nécessite de s'adapter à l'enfant et un temps de préparation afin que le soin se déroule dans les meilleures conditions. Ce geste représente un soin technique sur prescription médicale qu'il faut réaliser même si l'enfant refuse.

En second lieu, l'intérêt de la présence parentale a été mis en évidence dans mes données empiriques et théoriques. J'ai pu noter que cette présence permet de diminuer les réactions émotionnelles et l'inconfort de l'enfant lors d'un soin invasif. En effet, selon plusieurs études, elle est rassurante et permet à l'enfant d'exprimer ses émotions. Les soignants expliquent que,

---

<sup>51</sup> MINGUET, B, *les inquiétudes des enfants lors d'un soin, d'un examen médical ...*, 2011.

<sup>52</sup> WANQUET THIBAUT, P, *l'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*, 2015.

selon leur capacité, les parents peuvent devenir de véritables partenaires du soin en distrayant ou en contenant l'enfant. De plus, il ressort que ce partenariat est bénéfique pour chaque protagoniste.

Cependant, dans certaines situations, les parents peuvent avoir des réactions inadaptées lorsque leurs émotions s'avèrent trop envahissantes. Les soignants expliquent que les parents transfèrent leurs émotions à l'enfant et perturbent le déroulement du soin. Les données empiriques rejoignant les difficultés retenues dans mes lectures, viennent noter les raisons pour lesquelles les soignants peuvent écarter les parents du soin. Il ressort également que la majorité des parents souhaite être présent lors du soin. Toutefois, certains préfèrent ne pas y participer. Les professionnelles donnent des précisions sur ce choix. Elles notent que la présence des parents est subjective, qu'il est important de leur laisser le choix, de rechercher ce qui les inquiète, et de les informer pour les rassurer.

Ensuite, il ressort que la prise en soin d'un enfant demande aux soignants de réfléchir sur des moyens médicamenteux et non médicamenteux afin d'améliorer le vécu de l'enfant et de prévenir la douleur provoquée par le soin. Pour un enfant de 3 à 6 ans, la distraction est le moyen le plus utilisé. Elle peut compléter les moyens antalgiques. Une des infirmières explique que les parents renseignent les professionnels si un soin a déjà été vécu et quels ont été les moyens utilisés. Il ressort que les parents sont souvent sollicités pour la distraction et pour aider à détourner le regard de l'enfant du soin. Il est noté qu'il est bon de réfléchir à ces moyens avant le soin.

Enfin, j'ai noté l'importance qu'accordaient les soignantes à l'adaptation et à la préparation du soin. En observant l'enfant et ses parents, l'infirmière définit la personnalité de ces derniers et leurs interactions. La préparation du soin va conditionner la suite de la prise en charge. Les professionnelles apportent des éclairages supplémentaires sur cette première étape du soin que j'ai peu exploité dans mes recherches. En concordance avec mes lectures, les soignants notent l'importance d'informer l'enfant et les parents. Pour cela, la présentation des lieux et du personnel, la disponibilité font partie des éléments qui favorisent un climat de confiance et diminuent l'anxiété des parents et de l'enfant. Il ressort que le jeu est un très bon moyen pour avoir recours aux capacités imaginatives de l'enfant.

Ces éléments participent à la prévention des réactions comportementales et émotionnelles de l'enfant, des parents et du soignant. Cette approche de la préparation du soin complète mes lectures et les moyens pouvant aider les soignants à favoriser la présence parentale lors du soin invasif. J'ai constaté que les réactions émotionnelles qui découlent du soin peuvent être anticipées en amont pour que chaque partenaire soit satisfait. Réaliser un soin invasif chez l'enfant demande au soignant de réfléchir sur chaque étape du soin pour qu'il puisse se dérouler dans de bonnes conditions, mais également pour prévenir les répercussions sur les soins futurs.

## VI. Problématique

Les données empiriques et théoriques recueillies m'ont permis de voir la pertinence de ma question de départ : en quoi l'intégration des parents au cours d'un soin invasif peut-elle influencer le vécu de l'enfant ?

En dehors du savoir médical, l'infirmière doit prendre en compte le développement de l'enfant et ses besoins afin d'adapter les soins et l'information à son niveau de compréhension. Son « *imagination prédomine ainsi sur sa raison (...) ses émotions, sa peur régissent ses réactions sans tenir compte des contingences du soin* »<sup>53</sup>. Plus l'enfant est jeune, moins il comprend l'intérêt du soin et cela peut majorer sa détresse. L'infirmière va collaborer avec les parents pour aménager des conditions favorables au soin.

J'ai constaté, au cours de ma phase exploratoire, que la place des parents à l'hôpital a évolué ces dernières années, notamment au niveau législatif. Aujourd'hui, la présence des parents est reconnue par plusieurs textes réglementaires et associatifs. Cette présence permet le maintien du lien d'attachement et la réponse aux besoins psychoaffectifs de l'enfant. Elle permet également de diminuer les réactions émotionnelles et l'inconfort de l'enfant lors d'un soin invasif. Selon leurs capacités, les parents peuvent ainsi devenir de véritables partenaires du soin et aider les soignants à se concentrer.

Toutefois, il est ressorti que parfois les parents peuvent être une source de difficultés pour les soignants de par certaines réactions inadaptées. Leur présence au cours du soin invasif peut

---

<sup>53</sup> LOMBART, B, *les soins en pédiatrie – face au refus de l'enfant*, 2016, p.112.

être ainsi remise en question, soit parce qu'ils choisissent de ne pas y participer, soit parce que les soignants les font sortir de la pièce. De mes recherches, il ressort que les parents peuvent se sentir capables de participer au soin et au moment de la réalisation du geste, ils perdent leur capacité à gérer leurs émotions et ont des attitudes inappropriées envers le soignant. La coopération des parents avec le soignant va alors influencer le vécu de l'enfant.

À travers ma phase exploratoire, j'ai noté que la relation triangulaire s'avère être indispensable à l'efficacité du soin. Toutefois, face à ce genre de situation, de nouveaux questionnements se sont révélés :

- Comment l'infirmière peut-elle favoriser le maintien du lien enfant/parents lors du soin invasif ?
- Les parents et l'enfant sont-ils bien informés avant la réalisation du soin ?
- Les parents et l'enfant sont-ils bien préparés avant le soin ?
- Les besoins de l'enfant et des parents sont-ils pris en compte ?
- Comment l'infirmière peut-elle anticiper les réactions inadaptées des parents ?

Lors de mes entretiens, il ressort que la préparation du soin s'avère être une étape primordiale pour l'enfant et pour les parents, permettant ainsi l'adaptation du soin. En effet, l'enfant étant un être unique, il est important de prendre en compte son âge, sa personnalité, ses habitudes pour que les moyens mis en place soient efficaces. Tous les soignants pensent que la préparation du soin peut les aider à créer une relation de confiance et un cadre sécurisant. J'ai choisi d'orienter mon objet de recherche sur la préparation du soin, car elle englobe tous les éléments qui concourent à sa bonne réalisation, notamment la réflexion sur la distraction. Au cours de ma phase exploratoire, j'ai pu acquérir de nombreuses connaissances. Toutefois, j'ai axé mes recherches sur la réalisation du soin. J'ai pu me rendre compte que sa préparation est importante dans son déroulement.

## **VII. Question de recherche**

Suite à cette problématique, ma question de recherche est :

En quoi la préparation du soin invasif chez l'enfant favorise-t-elle son déroulement ?



## VIII. Cadre de référence

En reprenant ma question de recherche, je peux distinguer les termes suivants : préparation, soins invasifs et enfant. Afin de répondre à cette question, j'ai réalisé de nouvelles lectures. Ayant déjà axé mes recherches sur l'enfant, ses besoins, les parents, leur vécu, le soin invasif et le rôle infirmier, je les mobiliserai pour les mettre en lien dans mon cadre de référence.

Selon Bénédicte Lombart<sup>54</sup>, il est intéressant d'observer la conciliation naturelle des obligations techniques et relationnelles dans l'article R4311.2 du code de la santé publique<sup>55</sup>, qui encadre la pratique infirmière. Les ressentis de l'enfant et des parents doivent être pris en compte dans la technicité du soin dès sa préparation afin de faciliter son déroulement.

Ma question de recherche étant axée sur la préparation du soin, je souhaiterais développer le rôle infirmier et les éléments à prendre en compte pour que celle-ci soit efficace. En identifiant les besoins, les émotions, les difficultés de l'enfant et des parents, l'infirmière va adapter son attitude afin d'anticiper les réactions comportementales durant le soin et ainsi favoriser une présence parentale bénéfique à l'enfant. Selon Wanquet Thibault Pascale<sup>56</sup>, il est important de prendre en compte :

**Le besoin d'informations** : les parents et l'enfant souhaitent recevoir des informations sur le déroulement du soin. Comme je l'ai développé précédemment, la communication diffère entre l'adulte et l'enfant. L'infirmière va s'adapter à l'âge et au développement cognitif de l'enfant en ayant recours au jeu, à des supports pour lui expliquer le soin. Elle peut également informer les parents sur leur place lors du soin ainsi que sur les risques associés au geste afin de prévenir des réactions inadaptées. Cela permet de créer un climat de confiance et de sécurité.

**Le besoin de reconnaissance de leurs différences culturelles** : les parents et l'enfant arrivent à l'hôpital avec leur histoire, leur culture, leurs représentations et leurs craintes. L'infirmière doit pouvoir resituer l'enfant dans son environnement en reconnaissant ses

---

<sup>54</sup> Ibid, p.145

<sup>55</sup> Ibid.

<sup>56</sup> Wanquet Thibault, P, *l'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*, 2015, p.84.

différences et en adaptant sa posture au fonctionnement familial. L'attitude de l'équipe soignante va favoriser la relation de confiance.

**Le besoin de présence auprès de l'enfant** : comme j'ai pu l'évoquer, la plupart des parents souhaitent être présents auprès de leur enfant pour le rassurer, le protéger et être informés en temps réel sur le déroulement du soin. L'enfant souhaite avoir ses parents pour se sentir soutenu et en sécurité dans ce milieu inconnu. Selon la charte de l'enfant hospitalisé, l'infirmière a pour rôle de favoriser le lien enfant/parent.

**Le besoin de relation, d'accompagnement** : la relation de confiance va se créer à travers l'écoute, la disponibilité, l'empathie, la prise en considération de l'anxiété et des difficultés liées au soin. Les parents peuvent donner des informations essentielles à l'adaptation des moyens à mettre en place pour aménager un environnement favorable. Ils ont besoin d'exprimer leurs émotions. En les identifiant, l'infirmière peut prévenir les réactions comportementales durant le soin et favoriser leur présence.

**Le besoin d'être rassuré** : la relation de confiance rassure l'enfant, ses parents et aide à instaurer un environnement stable.

Je m'appuierai plus spécifiquement sur certains auteurs, notamment Bénédicte Lombart, Jacques Salomé, Margot Phaneuf, et l'association SPARADRAP pour définir et approfondir les moyens de communication avec l'enfant. En effet, pour rentrer en contact avec l'enfant, la communication sera adaptée.

Dans le cadre de cette nouvelle question de recherche, je réaliserai une enquête sur le terrain pour observer les pratiques professionnelles dans la préparation du soin.

## **IX. Hypothèse**

Plus l'enfant et les parents bénéficient d'une préparation au soin invasif, moins ils auront de réactions émotionnelles lors de son déroulement.

## **X. Protocole de recherche**

### *1. Description.*

**L'objectif** est de savoir si la préparation du soin invasif auprès d'un enfant et de ses parents est réalisée par les soignants et si elle est bénéfique pour eux et pour son déroulement.

**La méthode utilisée** pour répondre à mon objectif sera une enquête qualitative. Elle va me permettre d'interagir avec les professionnels, sur leur expérience et sur leurs pratiques professionnelles. Je ne cherche pas à décrire un phénomène en quantifiant le nombre de professionnels qui réalise une préparation du soin invasif, mais à comprendre l'impact qu'elle peut avoir sur l'enfant et sur les parents.

**L'outil utilisé** sera un guide d'entretien. Les entretiens seront semi-directifs avec des questions ouvertes prédéfinies. Cet outil va me permettre d'orienter les professionnels interviewés vers les éléments que je recherche tout en permettant une liberté d'échanges, une interaction avec eux et un apport de nouveaux éléments pour enrichir mon cadre de référence. Les données recueillies seront également plus approfondies. Je pourrai ensuite les confronter à mon hypothèse.

Cet outil présente plusieurs limites. Tout d'abord, l'entretien avec les professionnels va demander 30-35 minutes de leur temps de travail. Ils vont devoir s'organiser pour pouvoir y assister. Le facteur temps est un risque si les soignants répondent trop vite aux questions. De plus, il se peut que l'entretien soit interrompu, car il se déroulera dans le service. Il est donc important de fixer un rendez-vous à l'avance pour prévoir ses limites. Enfin, le travail d'analyse est important et demande beaucoup de temps.

Avant la réalisation de l'entretien, j'élaborerai mon guide d'entretien pour exploiter mon hypothèse. Je contacterai les services choisis deux à trois semaines avant, pour me présenter aux cadres et pour leur expliquer l'objectif de ce travail. Je leur demanderai si les soignants réalisent une préparation avant le soin, afin d'être orientée directement vers des profils correspondant à mon sujet<sup>57</sup>. Je réaliserai les démarches demandées si nécessaire. Nous

---

<sup>57</sup> Annexes II : présentation du guide d'entretien II.

conviendrons ensemble d'une date et d'une heure pour m'adapter à l'organisation du service. Je me rendrai directement dans la structure et je présenterai mon entretien aux professionnels concernés. Avant la réalisation de l'entretien, je demanderai une autorisation pour enregistrer l'intégralité de l'entretien avec un microphone, tout en assurant la confidentialité et l'anonymat de la retranscription. Je ferai une prise de note sur les points essentiels.

**Échantillon :** je souhaite interroger des infirmières diplômées d'état spécialisées ou non-puéricultrices travaillant auprès des enfants et de leurs parents. En effet, elles sont confrontées au quotidien à la réalisation de soins invasifs chez l'enfant, en présence des parents. Pour éviter la redondance des informations, la difficulté d'analyse due à la variété des données recueillies, je choisis d'interroger environ quinze professionnels. Je ne définis pas de tranche d'âge et d'année d'exercice, car je trouve intéressant d'avoir un partage d'expérience en fonction des professionnels.

**Les lieux** envisagés sont dans la région bordelaise et aux alentours. J'ai constaté lors de mon enquête exploratoire que la concentration des services pédiatriques dans cette région est importante et suffisante pour répondre à mon objectif. De plus, ces structures restent disponibles pour accueillir des personnes dans le cadre d'une enquête sur le terrain. Ceci représente un avantage organisationnel et économique.

- *HAD* est un service qui tend à se développer dans les années à venir, notamment dans le secteur pédiatrique. Il est intéressant d'observer la préparation du soin invasif dans l'environnement de l'enfant.
- *Médecine pédiatrique* : étant un service de longue durée, la préparation à un soin peut être différente, car, l'enfant a l'habitude d'avoir des soins invasifs au vu de sa pathologie.
- *La chirurgie pédiatrique* a souvent recours aux soins invasifs. Ce service est intéressant, car la prise en soin est courte, et l'anxiété de l'enfant et des parents peut être amplifiée face à une intervention.
- *Les urgences pédiatriques* : en situation d'urgence, les enfants sont orientés dans la majorité des cas aux urgences pédiatriques. La gestion des émotions étant différente vis-à-vis du contexte, ce service peut être intéressant à exploiter.

**La temporalité :** la durée de l'entretien étant estimée à 25-30 minutes, j'annoncerai 35 minutes lors de la prise de rendez-vous afin d'avoir une marge. Ce temps va permettre aux soignants de réfléchir aux questions et d'approfondir leur réponse.

Dans une enquête qualitative, le travail d'analyse étant plus important, je compte environ sept mois pour rendre les résultats. En effet, ayant le projet de réaliser cette enquête en parallèle de mon travail, je prévois ce délai de temps pour tenir compte des limites telles que l'organisation, la planification du temps, les impératifs et les déplacements dans la structure. Je prévois trois mois pour réaliser mes entretiens et quatre pour la retranscription et l'analyse.

## 2. Grille d'entretien<sup>58</sup> :

1. Comment préparez-vous un enfant et ses parents à un soin invasif ?
  - L'objectif est d'observer les étapes de la préparation du soin et de savoir si les éléments exploités dans le cadre de référence sont appliqués.
  
2. Selon vous, la préparation du soin invasif auprès de l'enfant et des parents est-elle bénéfique pour sa réalisation ? Si oui, en quoi ?
  - L'objectif est d'évaluer l'importance de la préparation du soin chez l'enfant et les parents.
  
3. Observez-vous des changements de comportement chez l'enfant et les parents lorsqu'ils sont préparés ? Si oui, lesquels ?
  - L'objectif est de savoir si la préparation du soin a un impact sur le comportement des enfants et des parents pendant le soin.
  
4. La préparation du soin en amont permet-elle de diminuer l'appréhension de l'enfant et des parents, avant et pendant le soin invasif ? Pourquoi ?
  - L'objectif de cette question est de savoir si la préparation du soin a une influence sur les ressentis de l'enfant et des parents et ainsi d'évaluer son importance.
  
5. Pensez-vous que cette préparation favorise l'intégration des parents lors du soin invasif ? Pourquoi ?
  - L'objectif est de savoir si la préparation peut aider les soignants à maintenir la relation parent/enfant pendant le soin.

---

<sup>58</sup> Annexe IV

La grille d'analyse sera un tableau représentatif des données fortes, comme dans l'enquête exploratoire. Cet outil va permettre de faire une analyse individuelle et globale des entretiens.

## CONCLUSION

Pour conclure, ce travail a été très enrichissant pour moi. Il m'a permis d'acquérir de nombreux savoirs sur la prise en charge de l'enfant et des parents. J'ai approfondi mes connaissances sur le développement de l'enfant, sur la dynamique familiale et sur le vécu de l'hospitalisation par ces derniers. Dans le contexte des soins à l'enfant, la réalisation d'un geste invasif peut s'avérer compliquée. L'infirmière doit réaliser les gestes techniques pour soigner l'enfant, tout en s'adaptant à son niveau de compréhension et à son raisonnement incomplet.

En m'intéressant à la psychologie de l'enfant, j'ai retenu que la perception et la pensée de l'enfant diffèrent de celles de l'adulte. L'approfondissement de ces savoirs m'a permis de noter que la réalisation du soin ne s'arrête pas à la technicité du geste, mais prend aussi en compte le stade du développement, l'imaginaire chez l'enfant, ses besoins psycho-affectifs et son vécu du soin. Tous ces éléments vont permettre à l'infirmière d'adapter des moyens et ainsi de prévenir les répercussions que peut générer un soin qui se déroule mal.

Au cours de ce travail, j'ai retenu que la relation triangulaire s'avère être indispensable à une prise en soin de qualité. En effet, la présence des parents favorise la mise en place des conditions favorables au soin. Pour l'enfant, les parents représentent un repère de sécurité. Ils peuvent être une ressource majeure pour l'équipe soignante et devenir de véritables partenaires du soin. Pour comprendre l'intérêt de la présence parentale, j'ai recherché à approfondir certaines notions indispensables telles que le rôle des parents, le *caregiving* et la théorie d'attachement. Ces recherches m'ont permis de comprendre les réactions comportementales des parents et de l'enfant au cours du soin invasif.

Si aujourd'hui l'intérêt d'intégrer les parents est reconnu par les professionnels, par les textes réglementaires et associatifs, j'ai constaté lors de mes recherches et de mes entretiens qu'il persiste encore certaines situations où la présence parentale peut-être remise en question. En effet, de par leurs émotions et leurs difficultés à faire à la situation, les parents peuvent avoir

des réactions inadaptées. Ces attitudes vont alors perturber le soin et amplifier les craintes de l'enfant.

Cependant, pour préserver la relation triangulaire et répondre au besoin de chaque partenaire, l'intégration des parents lors du soin s'avère être indispensable. Comment peut-on alors faciliter la présence des parents lors du soin invasif ? Ce travail m'a permis de faire émerger une nouvelle perspective de recherche. Il est ressorti que la préparation du soin auprès de l'enfant et des parents est une étape primordiale dans le soin. Cette nouvelle perspective peut aider les professionnels à réfléchir sur les attentes de l'enfant et des parents afin que le soin soit le plus adapté et réponde aux besoins de tous.

Grâce à ce travail de recherche mené depuis le début de ma troisième année, j'ai développé une réflexion professionnelle et personnelle sur la prise en charge de l'enfant et des parents. J'ai déterminé le rôle de l'infirmière auprès de l'enfant et utiliser les différents savoirs acquis tout au long de la réalisation de ce mémoire. En effet, lors de mon dernier stage en HAD, j'ai réussi à instaurer une relation de confiance avec l'enfant et les parents. En connaissant les stades du développement et les différents moyens à mettre en place pour diminuer l'appréhension du soin, j'ai su adapter ma posture et ma communication à l'enfant tout en intégrant les parents au soin. Aujourd'hui de par ces connaissances, je n'ai plus d'appréhension à prendre en charge un enfant.

## Bibliographie

### Colloque

→ Association SPARADRAP. *Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires*. [En ligne] Paris, 05/12/2004. Paris : SPARADRAP, 2004. ISBN 2-912 096-38-3. [Consulté le 26/03/2018].

Disponible à l'adresse : <https://www.sparadrap.org/content/download/3523/32612>

### Ouvrages

→ CHANQUOY, L ; NEGRO, I. *Psychologie du développement*, Paris : Hachette supérieur, 2004. ISBN : 2.01.11.6722.1

→ COHEN-SALMON, Didier ; GALLAND, Françoise ; CARBAJAL Ricardo. *Soins douloureux en pédiatrie : avec ou sans les parents ? Quelques propositions à l'usage des professionnels de santé*. 2e édition. Paris : association Sparadrap, 2007. ISBN 2- 912096-19-7

→ GASSIER Jacqueline. *Le guide de la puéricultrice, prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence*. 3<sup>e</sup> édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2009. ISBN : 978-2-294-08786-8.

→ LOMBART, Bénédicte. *Les soins en pédiatrie, faire face au refus de l'enfant*. Paris : Seli Arslan, 2016. ISBN : 978-2-84276-223-0

→ MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 3<sup>e</sup> édition. Paris : Lamarre, 2008. ISBN : 978-2-7573-0200-2.

→ MOUGEL, SARRA. *Au chevet de l'enfant malade*. Paris : Armand Colin, coll. « Sociétales », 2009. ISBN : 978-2-200-35559-3.

→ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3e édition. Noisy-le-grand : SETES, 2016. ISBN : 979-10-91515-09-2

→ SALOMÉ, Jacques. *Papa, Maman, écoutez-moi vraiment*. Paris : J'ai lu, bien être, 1996. ISBN : 2-277-07112-9.

→ SERVANT, Dominique. *Gestion du stress et de l'anxiété*. 3<sup>e</sup> édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2012. ISBN : 978-2-294-71312-5.

→ SERVANT, Dominique. *L'enfant et l'adolescent anxieux*. Paris : Odile Jacob, 2005. ISBN : 2-7381-16671

→ WANQUET, Pascale Thibault. *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*. 2<sup>e</sup> édition. Issy-les-moulineaux : Elsevier Masson, 2015. ISBN : 978-2-294-74741-0



## **Film**

Edouard de Vésine, *Et les mistral gagnants*, 2016.

## **PDF**

→ HAS, *Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé*, [En ligne]. Paris, 2011. [Consulté le 20/03/2018]. Disponible à l'adresse :

[https://www.hassante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_1037208`](https://www.hassante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1037208)

→ Phaneuf, Margot. *Le soin de l'enfant et le jeu*, [En ligne]. 2013. [Consulté le 01/04/2018]. Disponible à l'adresse : [www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/10/Le-soin-de-lenfant-et-le-jeu.pdf](http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/10/Le-soin-de-lenfant-et-le-jeu.pdf)

## **Revue numérisées**

→ BOURDÈS, Daniel. Le rôle du cadre de santé et la place des parents en pédiatrie, *Soins Pédiatrie/Puériculture*. [En ligne]. 2008, vol.29, n°240, p41-43. [Consulté le 13/04/2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/article/158492>

→ CARITOUX, Lucie. La parentalité, une notion en devenir, *Soins Pédiatrie/Puériculture*. [En ligne]. 2009, vol.46, n°226, p.10-12. [Consulté le 22/02/2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/article/211123/resultatrecherche/4>

→ DELVODÈRE, Catherine. Favoriser la présence des parents lors des soins, *Soins Pédiatrie/Puériculture*. [En ligne]. 2014, vol.35, n°277, p.17-18. [Consulté le 23/03/2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/article/885813>

→ HELLIER, Eloïse. Adapter sa communication à l'enfant ou à l'adolescent hospitalisé, *Soins Pédiatrie/Puériculture*. [En ligne]. 2009, vol.30, n°249, p.23-24. [Consulté le 01/04/2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/article/221794>

→ HUOT-MARCHAND, Martine. Les relations parents-enfant-professionnels à l'hôpital, *Soins Pédiatrie/Puériculture*. [En ligne]. 2009, vol.30, n°249, p.16-20. [Consulté le 01/04/2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/article/221792/resultatrecherche/7>

→ LEBLANC, Antoine. Les angoisses des parents pour la santé de leur enfant, *enfance & psy*. [En ligne]. 2009, n°42, p.156. [Consulté le 10/03/2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2009-1-page-63.htm>

→ LOMBART, Bénédicte. La distraction lors des soins en pédiatrie, *cahier de la puéricultrice*. [En ligne]. 2010, vol.47, n°236, p.26-28. [Consulté le 13/04/2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/article/253640/resultatrecherche/2>

→ MOUGEL, Sarra. Le partenariat parent-soignant en pédiatrie, *Soins Pédiatrie/Puériculture*. [En ligne]. 2014, vol.35, n°277, p.14-16. [Consulté le 13/04/2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/article/885812/resultatrecherche/2>

### **Site internet**

→ ANNEQUIN, Daniel. Plus on peur, plus on a mal ? [En ligne]. Décembre 2007, *Pédiadol*. [Consulté le 19/03/2018]. Disponible à l'adresse : [https://www.pediadol.org/IMG/pdf/U2007\\_Annequin.pdf](https://www.pediadol.org/IMG/pdf/U2007_Annequin.pdf)

→ ASSOCIATION SPARADRAP. Enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital. [En ligne]. 2004, Sparadrapp, p.1-12. [Consulté le 20/03/2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.sparadrapp.org/content/download/3770/34326/version/1/file/Synt.+enquete+SPA+RADRAPversion+jan2009.pdf>

→ CNTRL. [En ligne]. [Consulté le 03/03/2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.cnrtl.fr/definition/int%C3%A9gration>

→ DELVODÈRE, Catherine. Soignants, parents : une place pour chacun. [En ligne]. 2012, *PEDIADOL*. [Consulté le 06/02/2018]. Disponible à l'adresse : [https://www.pediadol.org/IMG/pdf/U2012\\_soignants\\_parents.pdf](https://www.pediadol.org/IMG/pdf/U2012_soignants_parents.pdf)

→ LAMBOY, B, soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? [En ligne]. 2009, Cairn. [Consulté le 27/03/2018]. Disponible à l'adresse : [file:///Users/derrien/Downloads/DEV\\_091\\_0031%20\(2\).pdf](file:///Users/derrien/Downloads/DEV_091_0031%20(2).pdf)

→ Les définitions. [En ligne]. [Consulté le 07/03/2018]. Disponible à l'adresse : <http://lesdefinitions.fr/integration>

→ MINGUET, Bénédicte. Les inquiétudes des enfants lors d'un soin, d'un examen médical. [En ligne]. 2011, SPARADRAP. [Consulté le 3/03/2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.sparadrapp.org/Professionnels/Nos-conseils-pratiques/Psychologie-de-l-enfant/Les-inquietudes-des-enfants-lors-d-un-soin-d-un-examen-medical>

→ PETIT LAROUSSE, *dictionnaire français le Petit Larousse* [En ligne]. [Consulté le 28/01/2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enfant/29439>

→ ROUSSEAU-SALVADOR, Céline ; MANOURY, Nadège. Peur, douleur : peut-on savoir ? [En ligne]. 2010, *Pédiadol*. [Consulté le 03/03/2018]. Disponible à l'adresse : [https://www.pediadol.org/IMG/pdf/U2010\\_CR\\_NM.pdf](https://www.pediadol.org/IMG/pdf/U2010_CR_NM.pdf)

→ UNICEF. *Convention internationale des droits de l'enfant*. [En ligne]. 1989. [Consulté le 20/09/2017]. Disponible à l'adresse : <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>

## **TEXTES LEGISLATIFS**

→ Art 371.1 du code civil, relative à la profession d'infirmier ou d'infirmière, [En ligne], journal officiel du 5 juin 1970 [Consulté le 18/04/2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426468>

→ Art 4311-7 de la santé publique, relative à l'autorité parentale, [En ligne], journal officiel du 26 juillet 2005 [Consulté le 18/04/2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913895>

→ Article L.1111.2 du code de la santé publique relative à l'information [En ligne] [Consulté le 18/12/2017]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685758&dateTexte=&categorieLien=cid>

→ Charte européenne de l'enfant hospitalisé, 1988. [En ligne] [Consulté le 18/12/2017]. Disponible sur : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Promouvoir\\_la\\_bienveillance\\_dans\\_les\\_ets\\_de\\_sante\\_Annexes2.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Promouvoir_la_bienveillance_dans_les_ets_de_sante_Annexes2.pdf)

→ Circulaire n°83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants. [En ligne] [Consulté le 18/12/2017]. Disponible à l'adresse : <https://www.sparadrap.org/content/download/884/9294/version/4/file/Circulaire83.pdf>

### **Citation de John Bowlby.**

→ BOWLBY, John. [En ligne]. [Consulté le 19/04/2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.citation-du-jour.fr/citation-john-bowlby/attachement-instinct-conduisant-long-vie-117297.html>

## **ANNEXES**

# ANNEXE I : modalité et trame de l'enquête exploratoire

## Modalités des entretiens exploratoires :

### 1. Présentation de l'entretien

- **Question de départ** : En quoi l'**intégration** des **parents** au cours d'un **soin invasif** peut-elle influencer le **vécu** de l'**enfant** ?
- **Objectif** : évaluer la pertinence de la question de départ et confronter les éléments retenus dans la revue de la littérature avec les pratiques professionnelles sur le terrain.
- **Autorisation** : contacter par téléphone les cadres de santé des services concernés. Prise de rendez-vous et informations données aux professionnels avant le rendez-vous.
- **Présentation au personnel** : se présenter aux professionnels interviewés une semaine avant, directement ou par l'intermédiaire du cadre. Confirmer la date et l'heure du rendez-vous avant les entretiens.

### 2. Méthodologie

- **Méthodes de l'entretien** : enquête qualitative.
- **Type** : entretien semi-directif avec sept questions ouvertes.
- **Outils** : enregistrement avec un microphone après accord des professionnels, prise de note.
- **Temporalité** : 30 minutes par entretien.
- **Confidentialité** : maintenir l'anonymat pour chaque entretien.

### 3. Avantages et limites/biais

#### *Avantages de la méthodologie*

- Liberté d'échanges
- Richesse dans l'interaction et dans le recueil d'information.

#### *Limites :*

- Facteur temps : durée des entretiens – les professionnels peuvent répondre rapidement aux questions
- Facteurs organisationnels
- Facteur humain : certains professionnels peuvent se sentir obligés de faire l'entretien.
- Biais : face à face.

4. **Lieu** : région bordelaise et Bassin d'Arcachon – Dans le secteur bordelais, il y a assez de structures hospitalières pour répondre à notre enquête exploratoire.

### 5. Population interrogée

- **Infirmière - service de médecine à Bordeaux** (unité longue durée). Le service de médecine est un service de longue durée où les enfants peuvent rester de plusieurs semaines à plusieurs mois. Les soins invasifs sont variés. Je me suis orientée vers ce type de service pour observer l'intégration des parents dans une prise en charge de longue durée. L'alliance thérapeutique et la relation de confiance sont souvent déjà créées et les soins invasifs sont habituels. De plus, l'équipe médicale connaît le plus souvent les parents et l'enfant. La relation enfant/parents/soignants est autre que dans un service de courte durée.

- **2 Puéricultrices. Service pédiatrie (33).** Le service de pédiatrie accueille des enfants provenant des urgences pour la réalisation d'examen (ECBU, prélèvement sanguin...) ou pour des affections diverses (bronchiolites, appendicite, fracture, asthme ...). J'ai choisi d'interroger ce service, car les professionnels doivent pouvoir s'adapter aux différentes prises en soin.
- **Puéricultrice – Service pédiatrie - *hôpital de jour*.** - Le service d'hôpital de jour (HDJ) accueille des enfants, la journée, pour une intervention chirurgicale ou pour certains soins invasifs tels que la pose d'une sonde nasogastrique. Ce service demande aux soignants de s'adapter rapidement à la singularité de l'enfant et aux parents. La place des parents est importante, car ils donnent des informations sur l'enfant et facilitent la relation de confiance.

## 6. Grille d'entretien :

J'interviens auprès de vous, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études sur l'intégration des parents auprès d'un enfant de **3 à 6 ans**, au cours du soin invasif. Je mène une enquête qualitative pour rechercher des informations sur ce sujet en complément de ma revue de littérature. Je vous remercie de m'accorder du temps pour répondre à mes questions.

GRILLE D'ENTRETIEN - ENTRETIEN N°__
-------------------------------------

- Lieu :
- Fonction :
- Outils :

QUESTIONS
-----------

1. Quelles représentations ont les enfants de 3 à 6 ans, parents, et soignants, d'un soin invasif ?  
Enfants - Parents – Soignants.
2. Proposez-vous aux parents de rester pendant un soin invasif ? Oui/Non– Pourquoi ?
3. Les parents veulent-ils toujours participer à un soin invasif, auprès de leur enfant ? Oui/Non – Pourquoi ?
4. Pour vous, qu'apporte l'intégration des parents dans la prise en charge de l'enfant ?
5. Quels sont les principaux points à anticiper auprès des parents et de l'enfant, avant un soin invasif ?
6. Quels moyens (médicamenteux/non médicamenteux) utilisez-vous pour diminuer l'appréhension et l'anxiété, au cours du soin invasif ?
7. Quel est l'impact d'un soin anxiogène chez l'enfant et les parents ?

## **ANNEXE II : modalité et trame d'entretien pour la réalisation du protocole de recherche.**

### **1. Présentation**

- **Question de recherche** : en quoi la préparation du soin invasif chez l'enfant favorise-t-elle son déroulement ?
- **Hypothèse** : plus l'enfant et les parents bénéficient d'une préparation au soin invasif moins ils auront des réactions émotionnelles lors de son déroulement.
- **Objectif** : vérification de l'hypothèse sur le terrain.
- **Autorisation** : demande d'autorisation auprès des cadres de santé, des services concernés. Réalisation des démarches si nécessaires. Se renseigner auprès des cadres de santé, si les professionnels préparent les enfants et les parents aux soins invasifs afin d'optimiser le temps et l'organisation.

### **2. Méthodologie** (*la phase exploratoire nous a aidé à construire nos préalables pour cet entretien*)

- **Méthodes de l'entretien** : enquête qualitative.
- **Type** : entretien semi-directif avec cinq questions ouvertes.
- **Outils** : enregistrement avec un microphone, et prise de notes avec papier et stylo.
- **Temporalité de l'entretien** : 35 minutes
- Anonymat

### **3. Avantages/Limites/biais**

#### ***Avantages :***

- Richesse de l'interaction.
- Libre choix des réponses
- Les données recueillies sont plus approfondies.

#### ***Limites/biais :***

- Biais : le face à face peut être un biais, car les professionnels peuvent orienter leurs réponses. Il est important d'assurer l'anonymat et la confidentialité de l'entretien.
- Facteur temps : lié à la durée de l'entretien et à l'organisation du service. Il est important de prendre rendez-vous à l'avance et d'informer également les professionnels.
- Facteur environnement : les entretiens se déroulent au sein des services. Ceci est un frein, car les professionnels peuvent ne pas être totalement concentrés durant l'entretien et peuvent être interrompus. Lors de la demande d'autorisation, il est pertinent de demander au cadre de santé de réserver une pièce.
- L'analyse du contenu est plus importante et demande plus de temps qu'une enquête quantitative.

### **4. La population**

#### ***Critères d'inclusion***

- Infirmiers diplômés d'état qui prennent en soin des enfants et puéricultrices.
- Préparation au soin invasif auprès des parents et de l'enfant par les professionnels (demande à faire en amont des entretiens).
- Professionnels travaillant dans la région bordelaise et/ou aux alentours.

### ***Critères d'exclusion***

- Autres professionnels médicaux ou paramédicaux
- Professionnels qui ne réalisent pas de préparation au soin invasif.
- Structures hors région

Ces critères vont me permettre d'être plus pertinente dans l'organisation et la planification des entretiens.

***Echantillon*** : environ 15 entretiens. Au cours de la phase exploratoire, les réponses apportées étaient redondantes au bout de cinq entretiens. Ce nombre paraît donc suffisant dans un premier temps.

### **5. Lieux**

- HAD
- Médecine pédiatrique
- La chirurgie pédiatrique
- Les urgences pédiatriques

### **6. Guide d'analyse**

Nous sélectionnerons les données importantes dans un tableau comparatif, pour chaque question, et nous ferons une analyse globale des entretiens, en comparant les pratiques.

### **7. Grille d'entretien :**

1. Comment préparez-vous un enfant et ses parents à un soin invasif ?
2. Selon vous, la préparation du soin invasif auprès de l'enfant et des parents est-elle bénéfique pour sa réalisation ? Si oui en quoi ?
3. Observez-vous des changements de comportement chez l'enfant et les parents lorsqu'ils sont préparés ? Si oui lesquels ?
4. La préparation du soin en amont permet-elle de diminuer l'appréhension de l'enfant et des parents, avant et pendant le soin invasif ? Pourquoi ?
5. Pensez-vous que cette préparation favorise l'intégration des parents lors du soin invasif ? Pourquoi ?



## Annexe III : verbatim – Retranscription des entretiens

### GRILLE D'ENTRETIEN - ENTRETIEN N°1

- Lieu : **service pédiatrie** (33)
- Nom et prénom : *Anonymat*
- Fonction : puéricultrice
- Outils : support-papier/ordinateur – refus de l'enregistrement.

#### 1. *Quelles représentations ont les enfants (3 à 6 ans), parents, soignant, d'un soin invasif?*

##### Enfants :

**IDEP :** Le soin invasif est inconnu pour l'enfant. Selon le matériel utilisé, l'enfant a peur d'avoir mal, d'être transpercé par l'aiguille ou de vivre un inconfort. Pour moi, il est important de dédramatiser le soin en essayant d'employer un vocabulaire ludique pour expliquer le soin... Par exemple : je n'emploie jamais de vocabulaire médical comme des aiguilles, des seringues ou je ne dis jamais : « *je vais te piquer* » ...

**Marie :** D'accord ...

**IDEP :** L'enfant ne nous connaît pas quand il arrive dans le service... Nos visages sont inconnus et la blouse accentue la peur de l'enfant et son insécurité...

##### Parents :

**IDEP :** Le soin invasif peut être une source d'anxiété pour les parents, car certains peuvent être révélateurs d'un diagnostic, ou d'une maladie. Le fait de penser au déroulement du soin engendre une peur qu'il soit mal fait ou encore que ça se passe mal pour leur enfant...

Il peut y avoir un transfert aussi, c'est-à-dire que si chez les parents, un soin s'est mal passé dans leur passé antérieur, ils vont faire un transfert sur l'enfant et avoir de l'anxiété à sa place...

##### Soignants :

**IDEP :** Le soin invasif est un acte qui doit être réalisé sur prescription médicale. Il peut être synonyme de peur, de douleur et de peur pour l'enfant... Pour moi, ce soin demande du temps d'anticipation et un temps pour que la préparation et sa réalisation se passent dans les meilleures conditions.

#### 2. *Proposez-vous aux parents de rester pendant un soin invasif ? Pourquoi ?*

**Oui – pourquoi ?** Systématiquement, on leur propose pour rassurer l'enfant, pour le contenir, pour le mettre en sécurité et pour faire le soin à deux, avec le parent.

**Non – pourquoi ?** Si on considère qu'ils peuvent être une difficulté dans le soin, on leur propose de sortir en leur expliquant l'intérêt du soin. Mais c'est rare.

**3. *Les parents veulent-ils toujours participer à un soin invasif, auprès de leur enfant ? Pourquoi ?***

**IDEP – dicte :** Dans la majorité des cas oui, sinon, ils disent non, quand :

- Ils ne maîtrisent pas le soin.
- Ils sont trop anxieux par rapport à l'hospitalisation.
- Ils culpabilisent.
- Ils ont peur des actes invasifs. Si l'un des parents a mal vécu un soin invasif comme par exemple une prise de sang, il peut craindre le soin plus que l'enfant et préfère alors sortir.

**4. *Qu'apporte l'intégration des parents dans la prise en charge de leur enfant ?***

**IDEP – dicte :**

**Enfant :**

Acceptation du soin  
Sentiment d'être en sécurité

**Parents :**

Rôle parental, se sentent utiles et acteurs de la prise en charge de leur enfant.  
Réalisation du soin dans un environnement calme et ludique.

**Soignant :**

Être plus concentrée sur le soin et travailler avec moins de pression.

**5. *Quels sont les principaux points à anticiper auprès des parents et de l'enfant, avant un soin invasif ?***

**IDEP :** Avant le soin, j'explique à l'enfant et aux parents, le soin avec des mots simples et des images. Il est important d'informer l'enfant en adaptant notre langage selon son âge...  
Je crée un climat calme et détendu, je m'intéresse à l'enfant, à ce qu'il aime. La réalisation d'un soin invasif est plus lente chez l'enfant que chez l'adulte, car il demande beaucoup d'anticipation et de préparation...

**Marie :** Vous préparez toujours l'enfant et les parents ?

**IDEP :** Pour moi, en tout cas, je ne fais un soin que si l'enfant et les parents sont bien préparés. Il faut que je les informe, que je leur explique le soin, si je veux anticiper... C'est le moment où j'envisage les moyens et la prémédication pour prévenir la douleur et diminuer l'anxiété...

**Marie :** D'accord ...

**IDEP :** Tu peux aussi noter le travail en binôme. Ça permet de distraire l'enfant, avec le parent pour que l'infirmière ou la puéricultrice réalise le soin en même temps et de le rendre plus tolérable. Au cours du soin, je demande à l'enfant de regarder vers ses parents par exemple... Pendant qu'ils le distraient, je participe à la distraction et au fur et à mesure quand l'enfant participe bien à la distraction, je m'absente doucement pour me concentrer sur le soin. Il est

aussi important de rendre ce soin ludique et de rentrer dans le monde imaginaire de l'enfant en utilisant de la distraction, des histoires ou en dédramatisant le matériel médical avec du vocabulaire ludique...

**6. *Quels moyens (médicamenteux/non médicamenteux) utilisez-vous pour diminuer l'appréhension et l'anxiété au cours du soin invasif ?***

**IDEP – dicte :**

Médicamenteux : MEOPA, EMLA, saccharose-tétée (G30 pour un nourrisson de – 4mois)

Non médicamenteux : la distraction avec des chansons, les dessins animés, des bulles, et des jeux.

**7. *Quel est l'impact d'un soin anxiogène chez l'enfant et les parents ?***

**IDEP – dicte :**

- L'appréhension lors d'un prochain soin invasif.
- Refus et agitation pour le prochain soin.
- L'inquiétude des parents augmente et ils peuvent refuser le prochain soin.
- Si le soin se déroule mal, il est important de le reprendre avec l'enfant et les parents pour maintenir le lien de confiance.

- Lieu : service pédiatrie (33)
- Nom et prénom : anonymat
- Fonction : puéricultrice
- Outils : enregistrement microphone + prise de note.

### 1. *Quelles représentations ont les enfants (3 à 6 ans), parents, soignants, d'un soin invasif?*

#### Enfants :

**IDEP :** Alors ...l'enfant en fonction de son âge, sa représentation évolue. C'est-à-dire qu'un tout bébé jusqu'à un an, pour le soin il n'a pas forcément d'anxiété parce qu'il ne sait pas trop ce qu'il va avoir... En fait, la représentation de son corps n'est pas totalement complète il ne sait pas ce qui l'attend donc pour lui, l'anxiété va monter surtout par rapport au geste technique, à la contention pendant le soin... Plus l'enfant grandit, plus son développement physique et psychologique grandit. Il va avoir peur de la douleur, « *qu'est-ce qu'ils vont me faire ? Pourquoi ils me font ça ?* » Ça va être vécu plus comme une punition et après, quand il est plus grand c'est-à-dire à partir de 6 ans, il est capable de raisonner. Il va comprendre pourquoi on le fait, mais il aura toujours peur et sera toujours autant anxieux, mais il se laissera plus faire...

**Moi :** Ah parce qu'il comprend ...

**IDEP :** Il comprend. Par exemple, si tu fais une prise de sang à un tout bébé jusqu'à un an. Lui, il va te regarder faire, de toute façon, il ne dira pas grand-chose, c'est surtout quand on va mettre le garrot et qu'on va tenir le bras qu'il va se mettre à pleurer parce qu'on le contient. Il n'est pas content de ça... Entre un an et quatre ans à peu près, il va savoir qu'on va lui faire une prise de sang parce que cela a été verbalisé par les parents en amont et lui il va se dire : pourquoi on me fait ça ? Je n'ai rien fait de mal... Il ne va pas être content aussi de la contention et en plus il va avoir cette peur du soin. Et après, un enfant de plus de six ans, il va comprendre la prise de sang et son but, parce qu'il a tel problème ou qu'il faut faire tel suivi, il aura toujours peur, mais... Il va moins l'appréhender et il va être capable de se raisonner... Après c'est aussi enfant dépendant et parents dépendants... Il peut avoir peur d'être séparé de ses parents aussi ...

**Marie :** D'accord ... et pour les parents ?

**IDEP :** Pour les parents ... Tout dépend de leur vécu aussi... Parce qu'il va y avoir des parents qui vont être totalement en confiance, qui vont comprendre ce qui a été fait en amont et pourquoi on fait le soin... Du coup, ils vont participer avec nous et être dans la même dynamique en se disant : « *allez-on fait ça et après, c'est fini parce qu'il faut qu'on ait telle réponse à tel problème* ». Ou, il y a d'autres parents qui ne comprennent pas forcément et qui sont de tempérament anxieux et qui du coup vont être submergés par l'émotion et ils vont la transmettre à leur enfant. Et du coup pendant le soin douloureux : soit le parent participera avec nous pour que le soin se passe de manière efficace, soit il ne sera pas dans la capacité de le faire et dans ce cas, on lui demande de s'occuper de l'enfant, mais on ne lui demande pas de participer au soin avec nous parce qu'il est plus délétère qu'autre chose et parce qu'il favorise encore plus l'anxiété de l'enfant...

**Marie :** D'accord, je note les mots clés (silence)... et pour les soignants ?

**IDEP** : Le soin invasif pour le soignant représente plus de la technique. En fonction de l'âge de l'enfant, on va se demander comment l'enfant va réagir. Ça va être, de se mettre à la place de l'enfant ...

**Marie** : Et, est-ce que pour vous, le soin peut être anxiogène ?

**IDEP** : Pour nous l'acte n'est pas anxiogène parce qu'on sait qu'on arrive à appréhender l'enfant et ses réactions, étant donné nos connaissances théoriques et nos expériences... Et on sait se dire qu'il a eu un patch EMLA ou qu'il a le MEOPA. Donc, même s'il n'est pas content on arrive à se détacher un peu et se concentrer vraiment sur le soin.

**Marie** : D'accord...

## **2. Proposez-vous aux parents de rester pendant un soin invasif ? Pourquoi ?**

**IDEP** : Systématiquement... Alors nous, nous essayons d'inclure réellement le parent comme acteur de soin. C'est-à-dire que quand on fait le soin, on prend en charge le parent et l'enfant. Sachant que l'on fait tous les soins invasifs à deux. On ne pique jamais toute seule. Piquer, faire un pansement, on le fait toujours, soit avec une collègue, soit avec les parents, pour justement développer tout ce qui est médiation pendant le soin. Donc, dans la médiation, il y a la distraction entre autres... Cependant, on intègre les parents en fonction de leur capacité ...

**Marie** : Et vous le voyez avant ça ?

**IDEP** : En fait (réflexion)... On pose la question clairement. Déjà, quand on se présente, quand on parle du soin. On voit déjà la réaction des parents... C'est-à-dire que s'ils sont au clair, au courant et qu'ils ont l'air d'être intéressés, on les fera participer physiquement... Si lors d'un premier échange on sent déjà cette angoisse parentale, on leur demandera juste de regarder leur enfant, de faire un câlin à l'enfant, de chanter, de lui faire des bisous, mais on ne leur demandera pas d'être actifs pendant le soin. Après cela dépend aussi du soin... Il y a des soins où on peut être largement à deux et ça ne pose pas de problème, il y a d'autres soins où, si l'enfant bouge trop, on aura besoin des parents pour tenir l'enfant. Sachant qu'en pédiatrie, dans ce service en tout cas, on prend en charge la douleur intégralement avant le soin pour s'assurer que l'enfant n'ait pas mal...

**Marie** : D'accord ...

**IDEP** : Mais généralement, oui, on les intègre à 100%... (réflexion) à part dans certains cas, où par exemple l'autre fois, pour une pose de perfusion, la maman était tellement angoissée, que dès que l'enfant la voyait, l'enfant hurlait, c'était compliqué. On a dû la faire sortir parce que là, ça devenait compliqué, l'enfant ne pouvait plus être raisonné.

**Marie** : Et il se calme une fois sorti ?

**IDEP** : Il se calme... Oui et non, mais la crise de colère s'est souvent manifestée, pour renvoyer un peu de culpabilité aux parents « *Pourquoi tu les laisses me faire du mal ?* » ; le parent, lui, culpabilise à fond. Ce n'est pas de la douleur, parce que l'on met en place vraiment tout pour la prévenir donc on peut être garanti que l'enfant n'a pas mal physiquement... Comme nous, l'enfant ne nous connaît pas, on a plus d'influence en disant : « *Là cela ne va pas être possible,*

*donc il faut faire le soin, si tu pleures c'est dommage, on comprend que tu aies peur* ». On verbalise beaucoup, on communique beaucoup avec l'enfant même s'il est petit, même s'il a huit mois. On va quand même lui dire : « *Voilà on va te faire une prise de sang, tu vas sentir* », on verbalise tout et c'est important pour considérer l'enfant.

**\* Non – pourquoi ?** Parfois, non parce qu'on préfère que si le parent ne se sent pas capable de regarder et de participer, qu'il nous le dise. Nous, il n'y aura aucun jugement, au contraire. On essaye de faire au mieux pour que chacun trouve sa place.

### **3. *Les parents veulent-ils toujours participer à un soin invasif, auprès leur enfant ? Pourquoi ?***

**IDEP :** Il y a des parents qui sont réticents pour participer au soin. Quand ils sont réticents, c'est parce qu'ils ont peur de faire mal, c'est plutôt de l'appréhension. Ils ont aussi peur que leur enfant leur en veuille. Ils sont dans la culpabilité... Après, la plus grande partie des parents souhaitent participer. La participation est vraiment subjective... Cela dépend vraiment de l'enfant, de sa tolérance, de pourquoi il est là. Ça dépend aussi de ce que le parent est en capacité de faire parce que tous les parents ne sont pas capables de faire les mêmes choses. On ne laisse pas les parents piquer par exemple... Ça dépend aussi du soin qu'il faut faire et ça dépend aussi de comment se positionne le parent par rapport à son enfant... On soutiendra toujours le parent face à l'enfant pour lui montrer le cadre et que ce n'est pas l'enfant qui décide malheureusement. S'il est là, c'est pour quelque chose et il faut qu'il soit pris en charge correctement...

### **4. *Qu'apporte l'intégration des parents dans la prise en charge de l'enfant ?***

**Marie :** Pour l'enfant ?

**IDEP :** Cela le rassure généralement... Après c'est au cas par cas. C'est aussi de le mettre en confiance et le fait qu'il se sente considéré... la considération...

**Marie :** D'accord ... et pour les parents ?

**IDEP :** C'est une façon de se sentir utile, d'avoir confiance en ses capacités parentales et de mettre un sens au soin.

**Marie :** Et pour le soignant ?

**IDEP :** C'est de poser un cadre rassurant pour l'enfant, cela permet d'être moins dans la contention physique avec notre propre main, et ça permet pour le soignant de pouvoir verbaliser et analyser l'enfant, et d'appréhender les autres soins s'il doit y en avoir d'autres.

### **5. *Quels sont les principaux points à anticiper auprès des parents et de l'enfant, avant un soin invasif ?***

**IDEP :** Le fait de verbaliser, d'annoncer le soin et de l'expliquer... Autant aux parents qu'à l'enfant. C'est-à-dire que quand on parle aux parents, il y a toujours l'enfant qui est là parce que même si l'enfant ne dit rien ou qu'il fait comme s'il ne comprenait pas, il entend très bien et il est en capacité d'analyser en fonction de son âge. Donc, verbaliser, y montrer un intérêt pour que le parent puisse se rattacher à ça et se dire : « *c'est pour guérir, c'est pour aller mieux,*

*c'est parce qu'on n'a pas le choix et qu'il faut savoir pourquoi tu es ici, pour la recherche de pathologie... »* Le fait aussi d'installer une relation de confiance en amont avec le parent...

**Marie** : La relation de confiance, vous la construisez comment ?

**IDEP** : Dès le début, on se présente déjà. Chacune, on se présente, en disant notre prénom et notre fonction. On explique pourquoi les parents et l'enfant sont là. On dit aussi pourquoi nous sommes là et ce que l'on va faire. Donc, la verbalisation, mettre un intérêt au soin permet la relation de confiance en amont...

#### **6. Quels moyens (médicamenteux/non médicamenteux) utilisez-vous pour diminuer l'appréhension et l'anxiété au cours du soin invasif ?**

**IDEP** : Alors ... Pour une prise de sang, on la fera toujours, sauf en cas d'urgence vitale, avec un patch d'EMLA, du saccharose G30 avant 4 mois. À partir de 4/5 où l'enfant est capable de raisonner, donc on propose également le MEOPA. Avant, on peut faire du MEOPA à partir de 6 mois à peu près, mais on ne l'utilise pas parce qu'on ne peut pas forcer l'enfant avec le masque et on trouve que l'enfant ne peut pas être compliant pendant la mise au masque, car c'est une sensation d'étouffement pour lui et du coup il n'adhère pas et souvent ça génère encore plus d'énervement que d'apaisement... Donc, déjà, on rassure les parents en disant, le soin ne fera pas mal à l'enfant, mais c'est sûrement probablement la contention qui va être désagréable pour lui. Par exemple, quand on va faire une prise de sang, il y a déjà le garrot qui fait une contention manuelle et nous, on est obligé de tenir la main assez forte pour que l'enfant ne bouge pas...

**Marie** : D'accord ...

**IDEP** : Après, cela peut nous arriver de dire aux parents, « *Voilà comme il va trop bouger, pour ne pas faire bouger la main, tenez-lui les jambes si jamais l'enfant essaye de se débattre...* » Mais on essaye au minimum de contenir l'enfant. Après on peut demander aux parents de faire de la distraction s'ils se sentent capables : c'est-à-dire chanter, faire des bulles, faire des marionnettes, jouer pour détourner l'attention de l'enfant pour faire notre soin à nous. Mais dans tous les cas, on ne demandera jamais au parent de faire quelque chose de douloureux sur son enfant parce que pour nous pensons que ce n'est pas son rôle et que le parent doit être contenant physiquement et psychologiquement, mais il ne doit pas être dans le soin à proprement parlé.

**Marie** : C'est donc plus dans le soin confort qu'ils vont être présents ?

**IDEP** : Exactement !

#### **7. Quel est l'impact d'un soin anxiogène chez l'enfant et les parents ?**

**IDEP** : Alors ... L'impact le plus grand, c'est d'appréhender quand il y aura un prochain soin. C'est-à-dire que l'enfant et les parents peuvent être par la suite, dans la peur que ça se passe mal, que l'enfant tolère mal. Le parent peut être réticent pour refaire le soin par la suite. Cela dépend aussi du vécu des parents par exemple si jamais la mère déteste qu'on lui fasse des prises de sang, si elle amène son enfant pour faire une prise de sang, elle va être face à ses propres représentations du soin et à son propre vécu.

- **Service** : Médecine pédiatrique 5B.
- **Fonction** : infirmière, anonymat.
- **Outils** : enregistrement Iphone, prise de note.

**1. Quelles représentations ont les enfants (3 à 6 ans), parents, et soignant d'un soin invasif ?**

**IDE** : Les enfants, je pense qu'ils ont la représentation de la douleur. On sait, par exemple, qu'il y a certains soins, on a mis le patch d'EMLA, on sait que le bilan sanguin ne va pas être douloureux, mais tu as l'enfant qui va quand même pleurer parce que tu le tiens. Et ce qu'il n'aime pas, c'est que tu le tiennes. La contention, ils n'aiment pas ça...

**Marie** : Même malgré le patch, il s'agite ?

**IDE** : Oui, tu vois par exemple, j'ai bilanté un enfant qui a 15 mois. Il est trop petit pour se dire j'ai pas mal parce que j'ai un patch. Il n'a pas bougé d'un poil quand j'ai piqué parce qu'il avait un patch, mais il l'a pleuré tout le long parce qu'on l'a tenu...

**Marie** : D'accord. Du coup, c'est vraiment ce qu'il voit autour de lui.

**IDE** : Oui, après tout dépend si cet enfant à ce soin pour la première fois, ou si c'est des soins qui ont déjà été faits et répétés... Si par exemple, c'est un pansement que tu fais fréquemment et qu'il sait qu'il a mal lors du pansement, il va forcément appréhender ce soin. Si c'est la première fois que tu le fais, il y a peut-être moins d'appréhension. Il y a des soins où on a plus de mal à les faire si ce n'est pas la première fois par exemple. Tout dépend du vécu de l'enfant du soin. S'il a très bien vécu ce soin, par exemple chez un enfant qui a eu un patch d'EMLA et qui n'ont pas eu mal, tu vas leur redire qu'il faut faire une prise de sang ben, ils ne vont rien dire parce qu'ils savent, qu'ils n'ont pas eu mal avec ce patch. C'est selon l'âge de l'enfant.

**Marie** : J'ai donc axé l'âge sur 3 et 6 ans.

**IDE** : Pour 3/6 ans c'est encore complexe. Par exemple avant six ans, pour la pose d'une sonde naso-gastrique on dit à l'enfant qu'il faut boire, il dit « oui, oui », puis en fait quand tu arrives au soin, il ne se contrôle plus. Ils veulent, mais en fait ils sont encore trop petits pour se contrôler. C'est l'âge où ils comprennent un petit peu, mais ils n'arrivent pas encore à se raisonner.

**Marie** : D'accord ... et, pour les parents ?

**IDE** : Après les parents... (hésitation), je pense que c'est propre à chaque parent en fait. Il y a des parents qui vont être anxieux et qui ne vont pas vouloir assister au soin. Ils ne préfèrent pas être là pour ne pas transmettre leur anxiété à leur enfant et tu as des parents qui vont absolument vouloir être là pour le soin. Eux... pour le soin. Après, c'est au soignant de respecter le choix du parent en fait...

**Marie** : D'accord, je note les mots-clés ... Et pour les soignants ?



**IDE** : Et le soignant... (Hésitation) ; alors moi, je vois les soins invasifs comme d'essayer de les minimiser avant, en mettant des patches, en utilisant le MEOPA pour certains pansements, à essayer de faire un peu d'hypno distraction, utiliser de la distraction pour diminuer l'appréhension.

**Marie** : D'accord.

**IDE** : Après il y a aussi expliqué le soin ... Oui et non. Il y a des fois il ne faut pas dire trop non plus. On se rend compte que quand on dit à l'enfant, je te pique ce n'est pas toujours une bonne idée surtout lorsque l'on fait de l'hypno distraction, si ta collègue est en train de le distraire, il ne faut pas dire « *je vais te piquer* » parce que sinon tu le sors de la distraction et tu vas faire un contre-effet.

**Marie** : Et vous prévenez l'enfant et les parents avant le soin ?

**IDE** : Alors l'enfant va savoir ce que tu vas faire, par exemple, il va savoir quand tu vas lui dire que l'on va faire une prise de sang, mais, au moment de la ponction, il y a des enfants qui vont vouloir que tu lui dises « *tu comptes à 3 et tu piques* » ... Alors ça, c'est les plus grands qui disent ça et les petits c'est vrai que l'on a souvent tendance à dire « bon allez je te pique » et tu te rends compte que cela n'apporte pas grand-chose de le dire en fait... Il y a un grand mot-clé c'est : tu t'adaptes à l'enfant en fait.

## **2. Proposez-vous aux parents de rester pendant un soin invasif ? Pourquoi ?**

**IDE** : Intégrer les parents... Tu as des parents qui vont être très aidants quand ils vont être là comme tu as des parents qui ne vont pas du tout l'être... Quand ils ne sont pas bien, ils donnent leur stress à l'enfant donc on les invite à sortir de l'autre pièce par exemple. C'est pareil, il faut s'adapter, tu as des parents qui vont dire d'eux-mêmes « *je ne suis pas bien je m'en vais* », et des parents qui vont dire « *je veux rester* » et dans la plupart du temps, ils sont aidant quoi ... Après, oui, on propose toujours.

**Marie** : Est donc des fois selon le niveau de stress ?

**IDE** : Alors en fait, la plupart du temps, quand on les fait sortir c'est que l'on n'arrive pas à faire le soin, on n'arrive pas à le contrôler ou on n'arrive pas à distraire l'enfant par exemple, parce que le parent fait qu'intervenir donc là, ça peut arriver de dire « *est-ce vous pouvez sortir de la pièce ?* », mais c'est très rare...

**Marie** : D'accord ...

## **3. Les parents veulent-ils toujours participer à un soin invasif, auprès de leur enfant ? Pourquoi ?**

**IDE** : Selon leur niveau d'anxiété. Alors souvent, ils font de la distraction en fait... Je vais leur demander par exemple, de parler à l'enfant, de tenir la tablette, s'il aime bien les dessins animés de les mettre avec le téléphone portable des choses comme ça. Alors quand les enfants sont plus grands, on leur demande de tenir le masque de MEOPA, par exemple. On ne les met pas du tout dans le soin technique, on les met seulement dans la distraction...

Généralement, de toute façon quand les parents n'ont pas envie de rester, ils ne restent pas parce qu'ils ne se sentent pas capables de rester auprès de leur enfant, de le distraire ou de le voir pleurer ou autres. Quand ils restent généralement, ils sont actifs...

**Marie** : D'accord. Qu'est-ce qui peut rendre anxieux les parents du coup par rapport au soin ?

**IDE** : Ben euh (hésitation) par exemple euh (hésitation), ils savent que c'est un bilan sanguin, moi personnellement je n'aime pas me faire piquer, donc la peur que leur enfant ait mal, je pense, aussi et la peur de voir leur enfant pleurer.

#### **4. *Qu'apporte l'intégration des parents dans la prise en charge de l'enfant ?***

**IDE** : Les parents, c'est quand même eux qui connaissent le mieux leur enfant donc pour moi, c'est important pour leur rôle de parent, car, ils vont pouvoir te dire « *il vaut mieux faire comme si, il vaut mieux faire comme ça ou ça non, car il va mal le tolérer, ça oui il aime bien, ça oui ça va le distraire, ça non...* ». Ils donnent plus d'informations. Après euh (réflexion), ils rassurent aussi beaucoup leur enfant (silence)... et ça tu peux le mettre en lien avec la théorie de l'attachement, je ne sais pas si tu as lu quelque chose dessus ?

**Marie** : J'ai travaillé beaucoup sur la théorie de Bowlby...

**IDE** : Voilà ton enfant va être en sécurité parce qu'il a sa figure d'attachement qui n'est pas très loin. Alors, après tout dépend de son degré d'attachement. S'il a un attachement normal ça va le mettre en sécurité, si ce n'est pas un attachement qui s'est fait correctement ben des fois c'est pour ça qu'il vaut mieux faire sortir les parents. Après tu vas avoir des enfants qui vont peut-être se retrouver totalement mutiques s'il n'y a pas le parent parce que justement il n'y a pas sa figure d'attachement, donc il n'est pas en confiance donc il n'ose pas, donc il se met en retrait, cela peut être paradoxal en fait, tout ça.

**Marie** : D'accord, le lien d'attachement est avec sa mère ? Ça l'aide à être autonome ?

**IDE** : Oui l'autonomie, mais après un soin invasif, c'est différent, enfin ... Tu n'as pas vraiment de niveau d'autonomie dans ton soin. Par exemple, tu as des enfants, quand il n'y a pas ses parents, ils ne vont pas bouger, ils vont être mutiques, ils vont rien nous dire et dès que les parents arrivent, HOP ils se mettent à parler, car il y a papa, il y a maman et qu'ils ont pris confiance « *on les connaît, donc là, on sait que l'on peut parler* » et ils se disent qu'il y a quelqu'un pour protéger alors que s'ils sont tous seuls, ils vont rien dire. C'est vraiment propre à chaque enfant tout ça.

**Marie** : D'accord. Donc, au cours du soin, ils participent à la distraction comme on l'a vu tout à l'heure ?

**IDE** : Ah oui, ils ont une participation active.

#### **5. *Quels sont les principaux points à anticiper auprès des parents et de l'enfant, avant un soin invasif ?***

**IDE** : Déjà les prévenir du soin. On leur dit à peu près quand il va se passer, mais souvent ils sont prévenus. Ils savent quand il va y avoir des bilans sanguins, des pansements...

Après, moi, souvent je leur demande avant la prise du sang, est-ce qu'il a déjà eu des prises de sang, est-ce que ça s'est bien passé ? Ou est-ce qu'il a été difficile à prélever par exemple, est-ce que le MEOPA, ça avait marché ou est-ce que les patches d'EMLA avaient bien marché ? Des choses comme ça ... Des fois, tu as des parents qui vont nous dire surtout ne mettez pas de patch d'EMLA parce qu'il n'a pas beaucoup de veines donc on va moins voir, ça va être plus compliqué ou le MEOPA qui ne supporte pas ou, ah oui le MEOPA, ça se passe super bien.

**Marie** : Ah oui pour bien s'adapter à l'enfant avant le soin ?

**IDE** : Oui voilà. C'est pour ça que c'est bien de savoir comment ce sont passés les soins d'avant pour t'adapter avant le soin. Si par exemple, il n'a pas du tout toléré le MEOPA, tu ne vas pas remettre le MEOPA... Ça améliore donc les conditions du soin...

**6. *Quels moyens (médicamenteux et non médicamenteux) utilisez-vous pour diminuer l'appréhension et l'anxiété, au cours du soin invasif ?***

**IDE** : Du coup... Tu as l'hypno distraction donc, dedans je comprends tout ce qui est un peu d'hypnose, tout ce qui est de faire des bulles...

**Marie** : Pour l'hypnose, il faut une formation ?

**IDE** : Moi je ne pas fais de formation, mais ma collègue oui donc je participe...(réflexion). Euh oui, donc tu fais des bulles, raconte des histoires... Au cours de l'hypno distraction, elle utilise l'imagination de l'enfant, elle lui demande ce qu'il aime avant et après par exemple après quand je passe la compresse, s'il dit j'aime bien la neige ben elle dit qu'on est en Antar tic et puis si je passe la compresse d'antiseptique pour désinfecter, ah beh c'est froid, quand tu passes... ben je ne sais pas moi, elle dit « *op on a fait de la luge, on a glissé, la neige elle est froide* ». Elle adapte tout ce que je fais à ce qu'elle dit. Euh si, par exemple je vais piquer, au moment où elle voit que je vais piquer... alors elle, elle regarde beaucoup ce que je fais et moi je ne parle pas pendant qu'elle fait ça...

**Marie** : D'accord ... ça marche toujours ?

**IDE** : Soit l'enfant est réceptif ça marche, soit l'enfant n'est pas très réceptif, car il n'arrive pas à se déconcentrer de ce que tu vas faire et ça ne marche moins bien. Ce qui peut casser ça, c'est aussi l'intervention des parents... Quand tu fais ça avec les parents, avant le soin, il faut bien expliquer aux parents qu'il ne faut pas qu'ils parlent et qu'ils interviennent dans l'histoire en fait. Tu as toujours des parents qui sont capables, tu as des parents qui ne sont pas capables... Si la première fois que tu le fais les parents n'ont pas su rester en retrait de ça parce qu'en fait le problème c'est que lorsque tu as plusieurs intervenants, l'enfant n'arrive plus à se concentrer et n'arrive pas à rester dans l'histoire en fait. Ben la fois qui suit, tu demandes aux parents de sortir en fait...

**Marie** : Ça doit être intéressant à réaliser ...

**IDE** : Oui... Après pour les soins douloureux tu vas avoir du G30 pour les petits, pour ta tranche d'âge le G30 ça ne marche plus, tu vas avoir l'EMLA avant le soin et après tout dépend vraiment des soins, si vraiment c'est un soin qui fait peur comme pour le myélogramme tu as une prémédication soit avec avec des morphiniques, ou Atarax, mais ça c'est rare, enfin dans ma pratique ce n'est pas du tout ça.

## **7. Quel est l'impact d'un soin anxieux chez l'enfant et les parents ?**

**IDE** : Chez l'enfant, même chez les parents, je pense qu'il est important de le prendre en compte parce que ça va conditionner comment vont se passer les futurs soins d'après. En fait, on dit que l'on a une mémoire et une mémoire de la douleur ; si le soin a été douloureux, il va associer le soin à la douleur et les prochains soins vont être compliqués, alors que s'il s'est bien passé, cela aidera pour les prochains. Après tu as des enfants par exemple pour le MEOPA, ils associent que le MEOPA c'est sympa machin ... Après tu vas leur dire qu'ils vont avoir une prise de sang et ils vont dire « *ah chouette, je vais avoir du MEOPA* ».

**Marie** : Ils arrivent à se souvenir d'autres choses que la douleur ? Par exemple si c'est un soin très anxieux, qu'ils ont vraiment mal vécu le soin et pas forcément douloureux ?

**IDE** : Oui, tu vois, il y a des enfants qui, par exemple, tout bébé ils ont eu beaucoup de soins invasifs et aussi souvent douloureux, ben tu vas voir que vers 2/3 ans ce sont des enfants où ça va être compliqué de faire des soins, où il va vraiment falloir les tenir et être à plusieurs soignants pour les tenir alors qu'ils étaient tout bébé. Ils ne vont pas t'exprimer directement : « *quand j'étais bébé j'ai eu mal* » parce qu'ils étaient trop petits, mais cela influe vraiment leur comportement.

- **Lieu** : clinique (33) - Hôpital de jour (chirurgie ambulatoire).
- **Nom et prénom** : *Anonymat*
- **Fonction** : puéricultrice

**1. Quelles représentations ont les enfants (3 à 6 ans), parents, soignants, d'un soin invasif ?**

**Marie** : Pour l'enfant ?

**IDEP** : L'enfant va d'abord se demander « *Est-ce que cela va me faire mal ?* », il y a donc la peur de la douleur... Mais ça veut dire quoi avoir mal ? c'est quoi une douleur ? C'est subjectif à l'enfant et elle varie selon lui. L'inconnu c'est douloureux, angoissant, et ça fait mal... L'enfant n'arrive pas à différencier la douleur des différents soins c'est-à-dire qu'il ne va pas réussir à différencier une douleur lors de la fracture et à celle lors d'une prise de sang par exemple. Il va mettre sous le terme « soin » le mot douleur, car il l'a déjà ressentie...

**Marie** : Ressentir la douleur, c'est-à-dire ?

**IDEP** : Par exemple pour un enfant qui a déjà eu des soins douloureux, par exemple, lors d'une fracture, il va avoir peur d'avoir mal lorsqu'il y aura un autre soin, car il n'est pas en capacité de différencier les soins et de dissocier la douleur. Il aura peur d'une prise de sang par exemple...

**Marie** : D'accord ... je note les mots clés ...

**IDEP** : Après tu as aussi cette peur de l'inconnu, car l'enfant est dans un univers différent, avec des personnes différentes et inconnues qui l'entourent...

**Marie** : D'accord ... et pour les parents ?

**IDEP** : Les parents, ils vont avoir peur pour leur enfant... Ils angoissent pour lui, et ils pensent qu'il va avoir mal... Il y a aussi le fait que si l'un des parents a vécu le soin ou a peur du soin, il va se mettre à la place de l'enfant et il va peur pour lui avant le soin.

**Marie** : D'accord ... comme par exemple pour une piqûre ?

**IDEP** : Oui... voilà par exemple. Si la maman a peur des prises de sang, elle aura peur pour son enfant... quand on est adulte, on a des angoisses venant de notre enfance, car on a vécu des traumatismes dans l'enfance... Certains parents ont des souvenirs d'une hospitalisation soit avec des moments rigolos ou soit ils ont été traumatisés, ils se remémorent des souvenirs qui génèrent de l'anxiété et le transfèrent sur leur enfant ... on garde tous des empreintes. Par exemple, moi j'ai toujours peur des orthodontistes et j'ai des angoisses de la douleur dentaire... donc j'ai peur pour mes enfants quand je les emmène chez le dentiste alors qu'eux n'appréhendent pas le soin...

**Marie** : D'accord, on peut donc garder en mémoire des soins ?

**IDEP** : Oui, surtout ceux qui sont très douloureux...

**Marie** : D'accord ... et pour les soignants ?

**IDEP** : Alors ... Je le vois comme de s'adapter à l'enfant, car le soin est représenté différemment selon les enfants... C'est donc le préparer et réfléchir pour l'enfant... Après il faut se dire qu'il faut faire le soin pour soigner, c'est une prescription médicale, donc on est dans l'obligation de réaliser ce soin ... Même si l'enfant refuse, pleure ... A un moment on doit le faire...

## **2. *Proposez-vous aux parents de rester pendant un soin invasif ? Pourquoi ?***

**Oui – Pourquoi ?** Oui, systématiquement. Aujourd'hui, il est inconcevable de ne pas travailler avec les parents. Je leur demande systématiquement de participer au soin, même si au départ il est compliqué de travailler sous les yeux des parents, de se sentir observé... Mais avec de l'expérience, on prend sur soi et on apprend à travailler avec la présence des parents.

**Non – Pourquoi ?** Quand les parents sont angoissés et dans l'incapacité de gérer leur angoissé, il faut être capable de faire sortir la famille... Par exemple, il m'est arrivé de faire sortir les parents totalement angoissés, car il était compliqué pour moi de réaliser les soins avec eux. Ils me mettent des bâtons dans les roues en déversant leurs angoisses et leurs inquiétudes. Une fois que le refus de l'enfant est là, il est impossible de réaliser le soin sous le regard des parents... Cela peut entraîner une rupture du lien de confiance entre l'enfant et ses parents. Du coup je préfère les faire sortir, me faire passer pour le « *mauvais élément* » auprès de l'enfant, et ensuite, faire rentrer les parents pour qu'ils maintiennent un lien, pour qu'ils rassurent, et consolent l'enfant. Il faut faire le soin technique, donc on fait sortir les parents et on réalise le soin comme on ne l'aime pas ... On contient l'enfant et on le fait, car nous sommes obligés...

## **3. *Les parents veulent-ils toujours participer à un soin invasif, auprès de leur enfant ? Pourquoi ?***

**IDEP** : Non, pas toujours... Ils ont trop peur pour leur enfant, et l'angoisse est trop forte. Voir leur enfant souffrir et malade est trop difficile pour eux. Ils se sentent dépassés par cette souffrance, et débordés par leurs propres émotions... Parfois, ils ne se sentent pas capables de participer au soin, mais ils n'osent pas sortir de la chambre, car ils veulent être auprès de leur enfant. Il est donc important de les accompagner, de leur expliquer l'intérêt du soin, et qu'il est préférable qu'ils sortent pour le bien-être de leur enfant.

**Marie** : Du coup, vous faites comment pour les accompagner ?

**IDEP** : On essaye de revaloriser le rôle parental en travaillant sur leurs représentations telles que l'abandon de l'enfant, la perte du rôle parental... Pour qu'il soit plus facile pour eux d'accepter le soin. Il est important de les accompagner et les rassurer avant et après le soin pour diminuer la culpabilité... Pour que le soin soit efficace, il est aussi important que les parents et les enfants soient satisfaits et pour qu'ils puissent oublier ce passage.

## **4. *Qu'apporte l'intégration des parents dans la prise en charge de l'enfant ?***

**IDEP** : Pour l'enfant, cela apporte du confort et de la sécurité. Nous, il ne nous connaît pas, tandis que le parent, c'est le repère de tout. Si on a les parents qui adhèrent aux soins, qu'on arrive à les rendre partenaires du soin, cela peut nous apporter une facilité dans la

communication. Par exemple, quand l'enfant est totalement fermé sur lui, il va regarder ses parents, et s'il voit les parents souriants et confiants, il se sentira en confiance à son tour et il mimera. L'idéal est qu'il faut que les parents soient adhérents avant que je touche à leur enfant, c'est l'objectif premier.

**Marie** : Et pour les parents ?

**IDEP** : Le parent simplement aide à maintenir en sécurité l'enfant. Par exemple lors de l'ablation d'un cathéter obstrué, la maman est le troisième bras qui va tenir l'enfant. Elle est l'assistante du soin. Le parent en ressort satisfait parce qu'il a pu participer au soin et le soignant aussi. Il est important de communiquer et ça permet ainsi la satisfaction du soignant : *« je quitte le soin, une fois que j'ai maintenu les pleurs et soigner – c'est que tout le monde va bien »*.

**Marie** : Donc pour les soignants, ça permet d'être satisfait du soin ?

**IDEP** : Oui... Une meilleure satisfaction et meilleur déroulement du soin.

### **5. *Quels sont les principaux points à anticiper auprès des parents et de l'enfant, avant un soin invasif ?***

**IDEP** : Avant le soin, on va observer les parents et on s'adapte à eux. Par exemple, on a des parents qui vont demander beaucoup d'informations donc, je leur explique tout le déroulement du soin, je pose un cadre et je réponds à leurs questions. J'essaye de les rassurer en adaptant mon attitude, ma posture et ma communication... on a certains parents qui eux au contraire, ne posent aucune question et nous laissent faire. Donc, on ne cherche pas à aller à leur rencontre. On s'adapte vraiment... Pour l'adulte, c'est plus simple, car on a une ligne de conduite assez claire et universelle...

**Marie** : Et pour l'enfant ?

**IDEP** : Déjà, il faut de l'expérience pour parler avec l'enfant et avec ses parents... il faut avoir un bon feeling avec l'enfant... D'abord je parle à l'enfant, et je vois : soit, il adhère ou soit, il n'adhère pas ... Et je change de méthode... Chez les enfants, c'est plus compliqué, car c'est au cas par cas et par tranche d'âge, il faut suivre le mouvement. On cible selon l'âge... Entre 2/3 ans, le soin sans les parents, c'est impossible... Entre 3/6 ans, on explique à l'enfant et à ses parents. Et pour les 5/6 ans, on leur explique et le contact unique devient possible avec l'enfant ... Quand l'enfant est en âge de tout comprendre, on s'adresse d'abord à l'enfant, puis après les parents soit ils adhèrent, soit ils n'adhèrent pas, mais le but est de toujours se dire qu'on est là pour soigner l'enfant en priorité.

**Marie** : D'accord... la communication est donc importante ?

**IDEP** : Oui, j'analyse, j'observe... J'arrive à savoir si l'enfant veut communiquer et je m'adapte à son caractère. D'un enfant à un autre, il faut savoir le prendre comme il est... Si l'enfant est trop fermé ou stressé, j'intègre les parents pour qui le contiennent, lui parlent... Et si l'enfant refuse totalement, dans ce cas-là, je fais sortir les parents...

**6. *Quels moyens (médicamenteux/non médicamenteux) utilisez-vous pour diminuer l'appréhension et l'anxiété, au cours du soin invasif ?***

**IDEP** : Nous utilisons souvent le MEOPA, surtout pour les soins douloureux comme pour les prises de sang, pose de cathéter... Après, on utilise aussi l'Hypnovel pour la pose de sonde nasogastrique, ou encore lors de préparation chirurgicale...

**Marie** : D'accord ...

**IDEP** : Et pour les moyens non-médicamenteux, il y a les jeux, la télévision... les parents peuvent amener une tablette avec des dessins animés... Après, pendant le soin on peut utiliser et jouer avec le doudou... faire le pansement à doudou, on détourne l'attention de l'enfant en intégrant les parents ... Les parents sont quasi systématiquement avec nous.

**Marie** : D'accord...

**7. *Quel est l'impact d'un soin anxiogène chez l'enfant et les parents ?***

**IDEP** : Si le soin se déroule mal, l'enfant va le mémoriser. Si le soin se passe bien, l'enfant va le mémoriser aussi. Cela va avoir une répercussion sur les futurs soins. Il est donc important de réussir le soin chez l'enfant ...



## ANNEXE IV- Grille d'analyse des entretiens.

➤ Quelles représentations ont les enfants, parents, et soignant d'un soin invasif ?

	<b>Puéricultrice 1 – pédiatrie générale</b>	<b>Puéricultrice 2 – pédiatrie générale</b>	<b>Infirmière – médecine chronique</b>	<b>Puéricultrice 3- Pédiatrie HDJ</b>
<b>ENFANT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Peur</b> de l'inconnu : ne connaît pas les visages et le service.</li> <li>• La blouse = accentue la peur et l'insécurité.</li> <li>• Peur de la douleur</li> <li>• Selon le matériel utilisé il va avoir peur du matériel =&gt; importance d'utiliser du vocabulaire adapté à l'enfant pour dédramatiser le soin.</li> </ul> <p>* Utilisation d'un vocabulaire ludique pour décrire le soin</p> <p><i>« Par exemple : je n'emploie jamais du vocabulaire médical comme des aiguilles, des seringues ou, je ne dis jamais : « je vais te piquer »</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Peur</b> de la douleur</li> <li>• Vécu comme une punition</li> <li>• Peur d'être séparé de leur parent.</li> <li>• <b>Contenir</b> un enfant peut augmenter sa peur.</li> <li>• Incapacité de raisonner et c'est enfant dépendant.</li> <li>• Enfant de 6 ans et + : comprend la prise de soin et raisonne</li> <li>• Enfant/parents dépendants.</li> <li>• En fonction de son âge, l'enfant va avoir une représentation différente du soin car il aura une perception de son corps et des éléments de son environnement différent.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Représentation de la douleur</li> <li>• N'aime pas la contention</li> <li>• Les représentations varient selon si c'est la première fois ou pas : difficulté selon si la première fois ou non.</li> <li>• Varient en fonction du vécu et de l'âge de l'enfant</li> <li>• <b>L'âge de 3 à 6 ans</b> est l'âge où ils comprennent un petit peu mais ils n'arrivent pas à se <b>raisonner</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peur de la douleur lorsqu'il a déjà eu mal au cours d'un soin</li> <li>• N'arrive pas à différencier les soins : peur et douleur.</li> <li>• Peur de l'inconnu</li> </ul>

<p><b>Parents</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Révélateur d'un diagnostic ou d'une maladie ;</li> <li>• Peur de la douleur pour l'enfant</li> <li>• Possible transfert d'un passé antérieur = transfert sur l'enfant et vont avoir de l'anxiété à leur place.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout dépend du vécu des parents.</li> <li>• Certains parents sont totalement en confiance et qui vont comprendre ce qui a été fait en amont et être dans la même dynamique.</li> <li>• Parents anxieux, submerger par l'émotion</li> <li>• Transmettent à leur enfant.</li> <li>• Selon le vécu – participation choisit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• C'est propre à chaque parent – respecter le choix</li> <li>• Anxiété – et qui refuse d'assister au soin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peur et angoisse pour leur enfant</li> <li>• Peur qu'il est mal</li> <li>• Se mette à la place de l'enfant est ils ont peur pour lui avant le soin.</li> <li>• Souvenirs de soins antérieurs =&gt; transfèrent sur l'enfant</li> </ul>
<p><b>Soignants</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acte sur prescription médicale</li> <li>• Synonyme de peur, de douleur, pour l'enfant</li> <li>• Nécessite un temps de préparation et de bonnes conditions pour la réalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Représente la technique</li> <li>• Se question sur l'adaptation au soin, se demande comment l'enfant va réagir.</li> <li>• Se mettre à la place de l'enfant</li> <li>• Se concentrer sur le soin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimiser (PATCH, MEOPA)</li> <li>• Dédramatisation des soins invasifs en utilisant des moyens tels que la distraction pour diminuer l'appréhension</li> <li>• Utilisation de l'hypnodistraktion pour diminuer l'appréhension.</li> <li>• * S'adapter à l'enfant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'adapter à l'enfant (représentation différente selon l'enfant)</li> <li>• Obligation de réaliser le soin.</li> <li>• Soins sur prescription médicale.</li> </ul>

➤ Proposez-vous aux parents de rester pendant un soin ?

	Puéricultrice 1 – pédiatrie générale	Puéricultrice 2 – pédiatrie générale	Infirmière – médecine chronique	Puéricultrice 3- Pédiatrie HDJ
<b>Oui</b>	<p><b>Systématiquement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rassurance</li> <li>• Pour le contenir</li> <li>• En sécurité</li> <li>• Faire le soin à 2</li> </ul>	<p><b>Systématiquement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parent acteur du soin</li> <li>• Prises-en charge du parent et de l'enfant.</li> <li>• Soins invasifs toujours à 2.</li> <li>• Médiation dans le soin.</li> <li>• Observation des parents avant le soin – pour voir s'ils sont capables de participer</li> </ul> <p><b>Intégration des parents en fonction de leur capacité</b> - Observation avant le soin * Angoisse ? intéressé ?</p>	<p><b>Propose toujours.</b></p>	<p><b>Systématiquement Oui</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « <i>Il peut être compliqué de travailler sous les yeux des parents – se sentir observé</i> ».</li> </ul>
<b>Non</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'ils représentent une difficulté dans le soin</li> <li>• =&gt; rare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•angoisse parentale = complique le soin – les enfants renvoient de la culpabilité au parent.</li> <li>• Cela dépend du soin</li> <li>• Si le parent trop anxieux =&gt; transmet son angoisse</li> <li>• =&gt; on veut mieux faire pour que chacun trouve sa place</li> <li>• Verbalisation, communication et cadre ++ avec l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quand les parents ne sont pas aidant =&gt; quand ils sont trop stressés car il empêche la distraction. (Rare)</li> <li>• « <i>Quand ils ne sont pas bien, il donne leur stress à l'enfant donc on les invite à sortir de l'autre pièce par exemple</i> ».</li> <li>• Peut perturber les soignants au cours du soin et la distraction.</li> <li>• Adaptation aux parents.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficile au début de travailler sous le regard des parents.</li> <li>• Quand les parents sont angoissés</li> <li>• Incapacité de gérer leur angoisse = déversent leurs angoisses et leurs inquiétudes</li> <li>• Peut rompre le lien de confiance entre l'enfant et les parents.</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Je préfère les faire sortir pour éviter de les faire passer pour le mauvais élément ».</li> </ul>
--	--	--	--	--

➤ **Les parents veulent-ils toujours participer à un soin invasif, auprès de leur enfant ?**

	<b>Puéricultrice 1 – pédiatrie générale</b>	<b>Puéricultrice 2 – pédiatrie générale</b>	<b>Infirmière – médecine chronique</b>	<b>Puéricultrice 3- Pédiatrie HDJ</b>
<b>Oui</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans la majorité des cas oui</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La majeure partie souhaite y participer ...</li> <li>• Sa dépend du soin, des parents et de l'enfant.</li> <li>• Participation subjective.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon leur niveau d'anxiété.</li> <li>• Ils font souvent de la distraction</li> <li>• Quand ils restent ils sont actifs</li> <li>• Ils sont seulement dans la distraction et non le soin technique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui ++ inconcevable de travailler sans les parents</li> </ul>
<b>Non</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils ne maîtrisent pas le soin.</li> <li>• Ils sont trop anxieux par rapport à l'hospitalisation.</li> <li>• Ils culpabilisent.</li> <li>• Ils ont peur des actes invasifs. Si l'un des parents à mal vécu un soin invasif comme par exemple une prise de sang, il peut craindre le soin plus que l'enfant et préfère alors sortir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a des parents qui sont réticents</li> <li>• Peur</li> <li>• Appréhension</li> <li>• Peur que leur enfant leur en veuille</li> <li>• Culpabilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A cause de la peur de voir leur enfant avoir mal.</li> <li>• Ne se sentent pas capables de rester auprès de leur enfant, de le voir pleurer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas toujours</li> <li>• Ils ont trop peur pour l'enfant</li> <li>• Angoisse trop forte</li> <li>• Dépassés par la souffrance</li> <li>• Débordés par leur propre émotion</li> <li>• Ils ne se sentent pas capables mais n'osent pas sortir de la chambre.</li> </ul>

				<p>* Revalorisation du rôle parental en travaillant sur les représentations tel que l'abandon</p> <p>* A la fin pour que tout le monde soit satisfait on en reparle</p>
--	--	--	--	---

➤ **Qu'apporte l'intégration des parents dans la prise en charge de l'enfant ?**

	<b>Puéricultrice 1 – pédiatrie générale</b>	<b>Puéricultrice 2 – pédiatrie générale</b>	<b>Infirmière – médecine chronique</b>	<b>Puéricultrice 3- Pédiatrie HDJ</b>
<b>Enfants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleure acceptation du soin</li> <li>• Sentiment d'être en sécurité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rassurance</li> <li>• Mettre l'enfant en confiance</li> <li>• La considération</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rassurer +++</li> <li>• Favorise le lien d'attachement</li> <li>• Se sent en sécurité avec sa figure d'attachement.</li> <li>• Selon le lien d'attachement il faut faire sortir le parent → s'il n'est pas bien fait.</li> <li>• Aide à s'ouvrir à son environnement et à être moins mutique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confort</li> <li>• Sécurité</li> <li>• Parent = repère de tout</li> <li>• Faciliter la communication</li> <li>• Permet à l'enfant d'être en confiance en mimant.</li> </ul>

<b>Parents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien du rôle parental</li> <li>• Se sentent utiles</li> <li>• Acteurs de la prise en charge</li> <li>• Réalisation du soin dans un environnement calme et ludique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiment d'être utile</li> <li>• Avoir confiance en leurs capacités parentales</li> <li>• Mettre du sens aux soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation active (distraction)</li> <li>• Maintien du rôle parental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenir la sécurité de l'enfant</li> <li>• Satisfaction d'avoir pu participer au soin.</li> </ul>
<b>Soignants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleure concentration sur le soin</li> <li>• Moins de pression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poser un cadre rassurant pour l'enfant</li> <li>• Etre moins dans la contention physique avec les mains des soignants</li> <li>• Moins d'appréhension des soins.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les parents ont une meilleure connaissance de leur enfant = donc plus d'informations → Ils vont dire comment faire.</li> <li>• Permet à l'enfant de plus s'ouvrir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleure satisfaction du soin</li> <li>• Meilleure qualité du soin</li> </ul>

➤ **Quels sont les principaux points à anticiper auprès des parents et de l'enfant, avant un soin invasif ?**

	<b>Puéricultrice 1 – pédiatrie générale</b>	<b>Puéricultrice 2 – pédiatrie générale</b>	<b>Infirmière – médecine chronique</b>	<b>Puéricultrice 3- Pédiatrie HDJ</b>
<b>Les points essentiels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explication du soin avec des mots simples et des images auprès de l'enfant/parent, selon leur âge.</li> <li>• Création d'un climat calme et détendu</li> <li>• On s'intéresse à l'enfant à ce qu'il aime = demande beaucoup de préparation et d'anticipation.</li> <li>• Préparation d'une prémédication</li> <li>• Préparation de la distraction fait par les parents (imagination de l'enfant)</li> <li>• Travail en binôme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbaliser, annoncer le soin et l'expliquer aux parents et à l'enfant.</li> <li>• Mettre de l'intérêt au soin → Recherche de la pathologie.</li> <li>• Construction de la relation de confiance à travers les présentations</li> <li>• =&gt; Verbalisation, y mettre un intérêt + relation de confiance en amont</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les prévenir du soin</li> <li>• Demander aux parents si l'enfant a déjà eu le soin pour mieux s'adapter à l'enfant</li> <li>• Ne pas trop en dire pour ne pas effrayer les enfants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• On observe les parents</li> <li>• On s'adapte à eux</li> <li>• Informations sur le déroulement du soin</li> <li>• Pose un cadre + répond à leurs questions</li> <li>• Réassurance en adaptant posture, attitude et communication.</li> <li>• Communication avec l'enfant pour le situer dans la relation soignant-soigné</li> <li>• S'adapte à l'âge de l'enfant = on communique avec l'enfant selon l'enfant (analyse, observation)</li> <li>• Entre 3 et 6 ans – explications aux parents et à l'enfant.</li> <li>• Prémédication</li> </ul>

➤ **Quels moyens utilisez-vous pour diminuer l'appréhension et l'anxiété au cours du soin invasif ?**

	<b>Puéricultrice 1 – pédiatrie générale</b>	<b>Puéricultrice 2 – pédiatrie générale</b>	<b>Infirmière – médecine chronique</b>	<b>Puéricultrice 3- Pédiatrie HDJ</b>
Médicamenteux	MEOPA, EMLA, saccharosétée (G30 pour un nourrisson de – 4mois)	Patch EMLA Saccharose G30 (avant 4 mois) MEOPA ( à partir de 6 mois) – pas toujours compliant .	Meopa Prémédication – atarax.	MEOPA (soins douloureux) Prémédication : hypnovel
Non médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distraction avec des chansons, des bulles, et des jeux qu'il y a ici, à disposition.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégration des parents pour contenir l'enfant : tenir les jambes ...</li> <li>Faire participer les parents pour la distraction : chanter, faire des bulles, marionnettes, « <i>jouer pour détourner l'attention de l'enfant pour faire notre soin à nous</i> »</li> <li>Rassure les parents en disant que le soin ne fait pas mal.</li> <li>Les parents doivent être contents physiquement et psychologiquement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hypnodistraktion (sans les parents)</li> <li>Hypnose</li> <li>Bulles</li> <li>Raconter des histoires</li> <li>Utiliser l'imagination de l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jeux</li> <li>Télévision</li> <li>Tablette</li> <li>Doudou</li> <li>Détourner l'attention avec les parents</li> <li>Les parents sont quasi systématiquement présents.</li> </ul>



➤ Quel est l'impact d'un soin anxiogène chez l'enfant et les parents ?

	<b>Puéricultrice 1 – pédiatrie générale</b>	<b>Puéricultrice 2 – pédiatrie générale</b>	<b>Infirmière – médecine chronique</b>	<b>Puéricultrice 3- Pédiatrie HDJ</b>
<b>Les points essentiels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appréhension du prochain soin invasif</li> <li>• Refus et agitation pour le soin futur</li> <li>• Inquiétude des parents augmenté =&gt; refus du soin suivant.</li> </ul> <p>=&gt; Importance de la réalisation du premier soin + le reprendre au calme avec les parents s'ils se déroulent mal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appréhender quand il y aura un prochain soin</li> <li>• Les parents peuvent être dans la peur que sa se passe mal et que l'enfant tolère mal.</li> <li>• Réticent pour les prochains soins</li> <li>• Dépend du vécu des parents :</li> </ul> <p><i>« si elle amène son enfant pour faire une prise de sang, déjà elle va être face à ses propres représentations du soin et son propre vécu du soin à elle »</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conditionne les soins suivants</li> <li>• Mémoire de la douleur</li> <li>• Association du soin à la douleur</li> <li>• Soins futurs compliqués</li> <li>• Complication dans la réalisation des soins = Influencent les comportements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répercussions sur les soins ultérieurs selon si sa passe bien ou mal.</li> <li>• L'enfant va mémoriser</li> </ul>

## ANNEXE V : Charte de l'enfant hospitalisé (1988).



# CHARTRE DE L'ENFANT HOSPITALISÉ

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

- 1 L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.
- 2 Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit 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. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.
- 4 Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.
- 5 On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.
- 6 Les enfants doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives, adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge..
- 7 L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.
- 8 L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.
- 9 L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.
- 10 L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.



Assistance Publique  
Hôpitaux de Marseille

### SIGLES

**CII** : Conseil International des infirmières

**HAD** : Hospitalisation à domicile.

**HAS** : Haute Autorité de la Santé

**IDE** : Infirmière Diplômé d'État

**IDEP** : Infirmière diplômée d'État Puéricultrice

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**AUTEUR : DERRIEN, Marie**

**FILIERE : Infirmière - PROMOTION : 2015 / 2018**

**PAGINATION : 33 pages. Annexes : V.**

**La relation triangulaire enfant/parents/soignant au cœur du soin invasif.**

**RÉSUMÉ :**

À l'hôpital, la prise en charge d'un enfant implique l'intégration des parents. Leur présence durant un soin invasif est une ressource majeure pour l'équipe soignante. Ils connaissent le mieux l'enfant et ils représentent la sécurité affective pour ce dernier. Toutefois, pour l'enfant, le soin invasif est source d'anxiété et de peur. Les parents anxieux peuvent transférer leurs émotions à leur enfant et augmenter ses craintes. Malgré l'évolution de la place des parents dans les services de pédiatrie, ils ne sont pas toujours acceptés par les soignants, pendant les soins de leur enfant. Ce travail de recherche traite de l'influence de l'intégration des parents dans le soin invasif. Pour étudier ce sujet, des recherches sur la psychologie concernant le développement de l'enfant, ses besoins, les interactions enfants/ parents et sur leur vécu du soin ont été nécessaires. À celles-ci, se sont ajoutées des recherches sur la législation. Des entretiens ont été conduits avec trois puéricultrices et une infirmière pour comparer la pratique à la théorie. Nous nous sommes rendu compte que la relation triangulaire entre l'infirmière, l'enfant et les parents est indispensable à la qualité du soin. Au-delà de la technicité du soin invasive, l'infirmière doit s'adapter à l'enfant et à ses parents afin de créer un cadre rassurant. Elle doit favoriser la relation enfant/parent. Les éléments recueillis amènent à se demander en quoi la préparation du soin invasif chez l'enfant favorise son déroulement.

**MOTS-CLÈS :**

*Enfant, parents, soin invasif, émotions, relation triangulaire, partenariat.*

**TITLE OF THE THESIS:**

The child/parents/caregiver triangular relationship in the heart of invasive care.

**SUMMARY:**

At the hospital, the taking care of a child involves the integration of the parents. Their presence during an invasive care is a major resource for the caring staff. They know best their child and they represent an affective security for him. However, for the child, the invasive care is a source of anxiety and fear. The anxious parents can also transfer their emotions to their child and increase their worries. Despite the evolution of the parent's place in the pediatric ward, they are not always accepted by the carers during their children's care. This research work deals with the influence of the parental integration within the invasive care. To explore this subject, it was necessary to focus on researches on psychology regarding the child development, children's needs, the children/parents interactions and on their care experience. Researches on legislation have been added to the latter. Some interviews were conducted with three nursery nurses and one nurse to compare both theory and the practice. We realized that the triangular relationship between the nurse, the child and the parents is essential for quality of care. Beyond the invasive care technicality, the nurse has to adapt herself to the child and his parents. She has to favour the relationship child/parent. The collected elements led us to wonder how the preparation of the invasive care in the child favours its realization.

**KEY-WORDS :**

*Child, parents, invasive care, emotions, triangular relationship, partnership.*