



BANTWELL Victoria
Promotion 2018-2021

Pour un accueil suffisamment bon

Unité d'enseignement : 5.6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date du rendu : 25 mai 2021

Directeur de mémoire : COLLET Bernard

« 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

Tout d'abord je remercie mon directeur de mémoire, Mr Collet qui a su me guider malgré mes nombreuses difficultés, dans la construction et la rédaction de ce travail. Merci pour sa patience et sa bienveillance.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mes parents qui ont toujours cru en moi, et qui m'ont donné la possibilité de réussir le concours d'entrée en IFSI.

Merci à mon conjoint et à mon petit garçon Maël, qui ont été une source de bonne humeur au quotidien durant ces trois années.

Pour terminer, je remercie plus particulièrement ma très chère amie Léa, qui m'a apporté une aide et un soutien inestimable, durant toute la formation ainsi qu'à la réalisation de ce travail de fin d'étude.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1 - SITUATION D'APPEL ET QUESTIONNEMENT	2
1.1 - Situation d'appel	2
1.2 - Questionnement.....	5
2 - CADRE THÉORIQUE.....	7
2.1 - Accueillir	7
2.2 - L'enfant Winnicottien	8
2.2.1 - Les trois caractéristiques de l'enfant Winnicottien	8
2.2.2 - Une mère suffisamment bonne	9
2.2.3 - Les trois dimensions de soins chez Winnicott.....	9
2.2.4 - La préoccupation maternelle primaire	10
2.2.5 - L'environnement « suffisamment bon »	10
2.2.6 - Le paradoxe de la solitude.....	11
2.3 - La théorie de l'attachement	11
2.4 - L'enfance est une direction	13
2.5 - Hospitalisme	15
2.6 - Le soin	18
2.7 - Synthèse du cadre théorique	19

3 - ENQUÊTE EXPLORATOIRE.....	21
3.1 - Déroulement de l'enquête.....	21
3.1.1 - Méthode d'analyse	21
3.1.2 - Outil.....	21
3.1.3 - Guide d'entretien	22
3.1.4 - Population et lieux.....	23
3.1.5 - Limites.....	23
3.2 - Résultats de l'enquête	24
3.2.1 - Analyse de chaque entretien	24
3.2.2 - Conclusion des analyses d'entretien.....	38
CONCLUSION.....	40
BIBLIOGRAPHIE.....	42
Annexe I : Retranscription de l'entretien de Yann	I
Annexe II : Retranscription de l'entretien d'Aurélié	IV
Annexe III : Retranscription de l'entretien de Pauline	IX
Annexe IV : Retranscription de l'entretien d'Agnès.....	XV
Annexe V : Grille d'analyse de chaque entretien	XX
Annexe VI : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude	XXIX

INTRODUCTION

Le travail de fin d'étude est une démarche de recherche et d'analyse. Il représente un enjeu important, d'une part pour l'obtention du diplôme d'état infirmier qui nous permettra d'exercer ce métier. D'autre part il marque le point final de ces trois années d'études, années rythmées par une multitude de sentiments et d'émotions qui nous auront permis de nous construire et de nous grandir en tant que soignant mais aussi en tant que personne.

Ce travail se traduit par l'analyse d'une pratique ayant suscité notre interrogation. Notre observation découle donc d'une situation vécue en stage lors du quatrième semestre de la formation sur un lieu de pédopsychiatrie. Cette situation nous a amené à nous questionner sur l'accueil des enfants en milieu hospitalier.

Tout d'abord nous présenterons notre situation vécue en stage, situation d'appel de ce travail.

Ensuite nous approfondirons le thème dégagé par un cadre théorique, faisant référence à certains concepts clés en lien avec l'enfant et son développement tel que l'accueil et le soin.

Les principaux concepts abordés sont la relation entre l'enfant et ses parents ainsi que son environnement, les différents stades de développement de l'enfant et le soin, tous étant des notions qui ont une importance dans l'accueil et la prise en soins de l'enfant.

De cette théorisation découlera notre questionnement ainsi que les différents entretiens réalisés auprès d'infirmiers, travaillant dans divers services accueillant des enfants allant de la prématurité jusqu'à l'adolescence.

Tout au long de ce travail, nous adopterons une posture réflexive tant sur le plan professionnel que personnel.

1 - SITUATION D'APPEL ET QUESTIONNEMENT

1.1 - Situation d'appel

La situation décrite se déroule dans un Hôpital De Jour Infantile (HDJI). Cet endroit est rempli de charme, et les enfants s'y sentent bien.

L'enfant au cœur de ma situation se nomme Loan, il a 7 ans, il mesure 138cm pour 21 kg, c'est un tout petit "gabarit". Cet enfant est né à la Réunion, où il a vécu jusqu'à ses deux ans et demi avec ses deux parents et sa grande sœur qui est de deux ans son aîné.

Suite à un signalement fait par l'école de sa sœur, cette dernière ainsi que Loan et leur mère, ont été rapatriés sur le continent par l'Aide Social à l'Enfance (ASE). En effet ces enfants ont grandi dans la maltraitance, ils ont manqué de nourriture et de soins. Loan parle très peu, il sait dire quelques mots, il est difficile d'échanger avec lui. Par ailleurs sa sœur, elle, parle, et a pu relater certaines atrocités qui leurs ont été infligées. Concernant Loan, lorsqu'il vivait avec ses deux parents, il était régulièrement enfermé dans le congélateur, lorsqu'il pleurait trop, ses parents lui mettaient la tête dans les toilettes et tiraient la chasse d'eau à plusieurs reprises. Il a été battu, mal nourris et n'a pas eu les soins dont un enfant a besoin aux différents stades de sa vie. De plus il existait aussi des violences conjugales particulièrement violentes.

À leurs arrivées sur le continent, Loan et sa sœur sont restés avec leurs mère durant environ deux ans, cette dernière n'étant pas psychologiquement stable, s'est mise en couple avec un homme très violent, qui les battait tous les trois. Suite à un nouveau signalement, induit par les marques des coups que subit Loan, les deux enfants ont été placés. Loan est allé en premier lieu dans une famille d'accueil, mais au vu de son comportement, le maintien n'a pas été possible. Par la suite il est allé dans une IME, qui a fermé ses portes quelques mois plus tard. Depuis Septembre 2019 il est dans une autre IME. Sa sœur elle, est dans une famille d'accueil, les juges n'ont pas pensé nécessaire de garder la fratrie unie, il n'y avait apparemment aucun bénéfice pour les enfants.

Loan reçoit la visite de sa mère une fois tous les deux mois durant une demi-heure, avec un représentant de l'ASE. Bien souvent sa maman est absente à ces rencontres.

La vie dans cet IME est difficile pour Loan, qui nécessite beaucoup de soin et d'attention. En effet un IME n'est pas un lieu de vie adapté pour cet enfant, car il faut se plier à certaines règles de vie en fonction de son âge et Loan est loin d'être au stade d'autonomie qu'il est demandé d'avoir à 7 ans. Il n'y a que deux éducateurs spécialisés dans le lieu qui arrivent à s'occuper de cet enfant de manière adaptée et donc avec les deux autres membres de l'équipe, les journées se passent bien souvent mal. En effet les tâches trop complexes qui sont demandées à Loan tel que ranger sa chambre entièrement seul, ou autre, le mettent en échec, il demande alors de l'aide et lorsque celle-ci ne lui est pas accordée, il part en crise. Des crises violentes plus ou moins longues et qui engendrent par la suite des punitions, qui concernent une activité qu'il aime ou les repas. Par exemple lorsque c'est l'été il est puni de piscine et regarde les autres se baigner, ce qui est très violent pour lui. Ces crises auraient pu parfois être évitées si les demandes avaient été plus adaptées au stade actuel de son développement psychologique.

Lorsque les week-ends se passent mal à l'IME, systématiquement, Loan fait une crise le lundi en revenant à l'HDJ. Ces crises se déroulent bien souvent autour de l'heure du repas, ce qui fait appel à la fonction nourricière, qui est complexe pour lui, c'est donc un moment propice aux crises. Il existe un cahier de liaison pour pouvoir échanger entre l'IME et l'HDJ mais les retours de l'IME sont très brefs. La référente de Loan essaie de les appeler régulièrement mais les échanges restent compliqués, ils disent avoir beaucoup de mal à cerner et à s'occuper de cet enfant. Par ailleurs, Pierrick un éducateur de l'IME est très investi auprès de Loan, ce dernier nous en parle souvent.

La première fois que j'ai vue Loan, il est sorti de son taxi, avec son pouce dans la bouche et un doigt dans le nez, c'est une manière pour lui de se rassurer, de boucher les « trous ». Ses grands yeux noirs regardaient dans le vide. C'est alors que les soignants m'ont présentée et à ce moment-là Loan a bloqué son regard et sa position le temps de quelques minutes. C'est apparemment ce qu'il fait quand il y a une nouvelle personne ou qu'il subit quelque chose qui le contrarie. C'est un moyen de défense chez cet enfant lorsqu'il ressent quelque chose de trop difficile ou compliqué à vivre pour lui.

Au fur et à mesure des jours Loan a commencé à échanger quelques regards avec moi, quelques mots, à me solliciter pour l'aider à réaliser des activités. A force et à mesure cet enfant s'est senti de plus en plus à l'aise à mes côtés. Un jour il s'est assis sur mes genoux et a voulu que je le berce comme on le ferait à un tout petit.

J'ai donc regardé l'éducatrice car je ne savais pas trop comment me comporter, quelle distance adopter auprès de cet enfant, dont les sentiments de tendresse et de violence sont ambivalents. Ne sachant pas trop comment faire je l'ai bercé quelques minutes puis il a commencé à s'agiter je l'ai donc fait descendre et il est allé dehors avec les autres enfants, avec qui il n'est d'ailleurs pratiquement jamais en interaction. C'est alors que je me dirige vers l'éducatrice et lui fais part de mon embarras concernant ma position envers tous ces enfants. C'est alors qu'elle m'explique qu'il faut toujours mettre les mots sur les gestes que l'on fait, et qu'il faut être vigilant à la relation qui est souvent objectalisée chez les enfants carencés.

La situation qui m'a interpellée se déroule un lundi midi, durant tout la matinée Loan a agressé le cadre des activités misent en place. Le week-end s'était apparemment mal passé à l'IME, suite à une grosse crise, l'éducatrice qui avait essayé de le contenir s'est cassée le poignet. Les soignants m'avaient prévenue qu'il risquait de faire une crise, tous les moyens été bons pour essayer de rentrer en conflit, mais les soignants essayant de contourner chaque problème, l'empêchaient de déclencher la crise. Puis l'heure du repas est arrivée, c'est un moment particulièrement difficile pour cet enfant qui a vécu la malnutrition durant des années sans oublier ses carences affectives relevant de la fonction nourricière maternelle. C'est alors qu'il a commencé à crier « Pas faim », les soignants afin de maintenir un minimum de cadre lui ont quand même demandé de se laver les mains et d'assister au repas, et que personne ne le forcé à manger s'il n'avait pas faim. Il continuait à crier de plus en plus fort et à taper dans la table, l'infirmière a voulu le retenir, il est alors parti dans une fureur. Il hurlait, pleurait, tapait dans tout ce qui l'entourait, il se débattait, dans son regard il y avait une souffrance extrême, qui m'a particulièrement touchée. Les soignantes l'ont donc mis à l'écart dans une autre pièce, elles étaient deux pour le contenir. Sa tutrice qui était épuisée de la matinée, a demandé à ce qu'une autre soignante prenne le relai, mais Loan ne voulait qu'elle. Ne se calmant pas, elle a dû retourner auprès de lui. C'est alors qu'il a brisé une vitre, il criait en boucle « Loan gentil » « Loan pas méchant » par peur qu'on lui fasse du mal. Il est arrivé à se calmer après une grosse demi-heure grâce à l'eau du robinet et des récipients, le fait de faire des transvasements d'eau l'a calmé et apaisé, chose qu'il n'avait jamais fait auparavant. Cette crise a donc permis d'observer chez cet enfant une « évolution » car il a su trouver par lui-même un moyen de se calmer, et il a été violent avec l'environnement et non avec les soignants, ce qui est nouveau. De plus les soignants ont remarqué une diminution de la fréquence des crises et de leurs durées.

Après cette dernière crise les soignants ont rediscuté avec lui, Loan a porté un réel intérêt à la vitre qu'il avait brisé et a demandé à être présent lors de sa réparation. Il porte une profonde importance à la réparation de ce qu'il détruit.

Tout le travail d'étayage réalisé par les soignants autour de cet enfant, permet d'observer de réelles évolutions dans son comportement. Ce travail qui se fait de diverses manières, par une multitude de supports de soins, est particulièrement intéressant.

Les violences, les carences affectives, les maltraitements quelle qu'elle soient, perturbent le développement de l'enfant que ce soit sur le plan psychique, affectif, physique et moteur.

1.2 - Questionnement

Suite à la crise de Loan j'ai discuté avec les soignants, qui m'ont expliquée qu'en réalité lorsque cet enfant faisait des crises, c'était une manière pour lui de ressentir quelque chose de fort, de se sentir exister. N'ayant connu que la violence et l'abandon, ses sentiments sont ambivalents, quand il se sent mal, il va chercher à faire une crise pour voir jusqu'où sont capables d'aller les soignants.

Quand une activité se passe bien il va très souvent chercher à agresser le cadre, car il ressent ce besoin incontrôlable de vouloir tout détruire autour de lui, ainsi que les personnes qui lui portent attention. Les enfants ont besoin de détruire avant de construire, c'est l'un des traits de ce que l'on appelle la « phase anale » par laquelle passent tous les enfants vers l'âge de 3 - 4ans, c'est une tentative de maîtrise sur les objets et sur l'autre. Mais chez les enfants carencés les stades de développement sont désorganisés, ce qui pourrait peut-être expliquer ces comportements destructeurs. De plus on détruit bien souvent ce que l'on ne peut avoir, cet enfant, n'a jamais eu d'amour, ni d'attention de ses proches, cela pourrait aussi expliquer ce comportement ?

Il y a eu un travail important entre Loan et sa tutrice, au niveau du bain thérapeutique, avec des jeux de transvasement, d'écoulement et d'aspiration d'eau qui fait appel au traumatisme vécu lorsque ses parents lui mettaient la tête dans les toilettes. Grâce à ce soin il a pu doucement se rendre compte de sa propre contenance physique. C'est aussi un moyen de réassurance pour lui, car il a pu se ressourcer de ce support pour calmer sa crise. Il existe tout de même un réel besoin encore de boucher les trous, comme il le fait tout au long de la journée avec son pouce dans la bouche et son doigt dans la narine.

On se demande bien souvent comment des parents peuvent infliger de telles souffrances à un enfant, à un si petit être innocent, qui demande seulement de l'amour et du soin. Mais on se demande peu ce que ces parents ont vécu eux même pour en arriver là ? Ils ont peut-être été eux aussi un jour cet enfant mal traité ? Où sont-ils atteints d'une maladie psychiatrique non prise en charge ou non stabilisée ? Certes cela ne les dédouane pas du mal qu'ils ont porté à ces êtres innocents dont ils avaient la responsabilité, mais cela pourrait nous permettre de mieux comprendre l'histoire de vie de l'enfant, et lui procurer une meilleure prise en soin.

Bien souvent il y a un héritage transgénérationnel que l'on appelle également la Psychogénéalogie, qui je pense peut aussi nous aider à comprendre certaines choses concernant ces familles où se perpétue bien souvent les traumatismes quel qu'ils soient.

Un enfant grandi, il est donc en construction de l'adulte en devenir. Les traumatismes ne s'effacent pas, mais les enfants trouvent souvent un moyen de résilience qui les aide à se reconstruire. Les carences affectives elles peuvent être travaillées avec divers supports de soins et thérapies, et les résultats sur l'enfant sont souvent impressionnants.

Il est intéressant de se demander comment des conditions de vie inadéquates, des négligences et des violences faites sur un tout petit enfant peuvent affecter son développement physique, moteur et psychologique ? Par quels moyens de résilience ces enfants arrivent-ils à se reconstruire ? Quel est le rôle de l'étayage, et par quel moyen et support de soins est-il mis en place ? Il est aussi important de réfléchir à la position et au ressenti du soignant en pédopsychiatrie.

2 - CADRE THÉORIQUE

2.1 - Accueillir

Accueillir se définit dans la plupart des dictionnaires comme recevoir quelqu'un, l'héberger, lui donner de l'hospitalité. L'accueil peut-être bien ou mal. Il peut aussi signifier prendre bien ou mal une idée, une proposition, l'accepter, l'agréer ou la refuser.

Danielle Rapoport définit l'accueil d'une manière plus humaniste : « « Accueillir » est peut-être, parmi les verbes, celui qui éclaire le mieux cette double dimension d'être présent à l'autre : présence physique, présence psychique, étroitement intriquées et pourtant si différentes » (Rapoper, 2010, page11)

L'une peut pallier l'absence de l'autre, mais l'une sans l'autre induit inévitablement un vide.

Au plus près de l'enfance, accueillir, sans en perdre le sens est nécessaire pour pouvoir prendre en compte les besoins du nouveau-né, du bébé, de l'enfant, des parents mais aussi de nous les soignants. Il est donc nécessaire pour garder ce sens bien profond, de questionner la logique de la rentabilité, de la protocolisation de tous nos actes, qui prennent le dessus sur l'humanisation, l'affect qui rendent notre métier si vivant.

L'enfant qui fréquente un lieu d'accueil, quel qu'il soit vit une situation paradoxale. L'enfant accueilli vit une séparation de son milieu familial, à un âge où il est plus ou moins prêt à s'en séparer. Accueillir un enfant hors de son milieu familial c'est donc lui donner la possibilité de garder un lien avec ses parents, de les faire exister en leurs absences. C'est aussi lui donner la possibilité de créer de nouveaux liens avec d'autres adultes, à qui, il pourra apprendre à faire confiance pour pouvoir y prendre appui dessus lors des séparations avec ses parents. Ces nouveaux liens sont étayés sur « un prendre soin » personnalisé et personnalisant, qui est bien différencié de la relation parentale.

Pour être accueilli le bébé, l'enfant a besoin de ressentir un sentiment de sécurité. Ce sentiment s'appuie sur une « personne de référence » qui permet à l'enfant de se sentir existé à travers le partage des émotions, la contenance au débordement, la consolation ainsi que la satisfaction de ses besoins vitaux. L'observation et l'écoute sont indispensables pour accueillir un tout petit car cela permet de percevoir ce qu'il ressent, ce qu'il est, d'entendre ce qu'il a à dire. Il doit comprendre qu'il est entendu, la rencontre se fait alors.

Il existe des milliers de façon d'accueillir, mais cela ne peut exister qu'à travers l'affect d'aux moins deux identités vivantes.

2.2 - L'enfant Winnicottien

L'enfant Winnicottien est différent des autres courant de pensée. Il n'est pas l'enfant de la pensée freudienne classique, englobé de son narcissisme primaire, se détachant par l'enchaînement de diverses castrations, relevant du principe du plaisir. Il n'est pas non plus l'enfant kleinien, qui naît avec un arsenal de fantasmes inconscients et enfermé dans son monde intérieur psychotique.

2.2.1 - Les trois caractéristiques de l'enfant Winnicottien

L'enfant Winnicottien est doté de trois caractéristiques bien définies.

Tout d'abord, à sa venue au monde c'est un être en dépendance absolue, fragile, ce qui lui permet d'avoir une place centrale qui va transformer tout son environnement. Cette dépendance va transformer la mère qui est sujet, doté d'individualité et de désir, en objet de besoins. Pour Winnicott « *La mère objet ne peut reconquérir son autonomie, sa subjectivité, qu'à travers le « cadeau » du développement de l'enfant* » (Winnicott, 2000, page 63).

Dans un second temps, et par conséquence il est donc essentiel de parler du « holding », l'environnement nourricier, qui est la mère ou la figure de mère qui dans le souci d'être « suffisamment bonne » cesse d'avoir une vie indépendante. « *Bien qu'elle ait tout pouvoir sur lui, elle devient un être totalement soumis à l'enfant.* » (Winnicott, 2000, page 63).

Dans un troisième et dernier temps, cet enfant qui est complètement dépendant est pourvu d'un « noyau » d'autonomie et d'indépendance à condition qu'il ne soit pas soumis à l'empiètement et à l'intrusion. Ce noyau est son « vrai self » qui va se développer s'il grandit dans un environnement social, environnement dit suffisamment bon.

2.2.2 - Une mère suffisamment bonne

Donald Winnicott introduit la notion de « good enough mother » se traduisant par « une mère suffisamment bonne » mais dont le réel sens se traduirait plutôt par « une mère ordinaire normalement dévouée ». Ce terme désigne l'attention dite normale portée par une mère à son enfant. Elle n'est pas une mère dite « parfaite » ou « exceptionnel », c'est une mère s'ajustant et répondant aux besoins de son bébé mais qui laisse la place à la frustration, une mère qui n'est ni trop longtemps absente, ni trop envahissante. Le psychanalyste constate que le lien entre la mère et l'enfant se construit autour d'une série d'ajustement corporel et physique qu'il décrira à travers les notions de « holding », « handling » et « object presenting ».

2.2.3 - Les trois dimensions de soins chez Winnicott

Donald Winnicott étudie la relation dyadique entre la mère et l'enfant, et observe la façon dont la mère prend soin de son enfant, dont il retient trois grandes dimensions :

Holding :

Le holding est un concept psychanalytique, qui désigne l'ensemble des soins administrés à un enfant par la mère ainsi que la capacité de cette dernière à contenir les angoisses physiques et psychiques de l'enfant par la façon dont elle va le porter dans ses bras, le bercer, et interpréter ses émotions. Le terme « Holding » peut se traduire par « maintien » ou « portage » en français.

Il y a donc dans ce portage deux dimensions, physique et psychique qui sont en réalité inséparables car l'une ne peut aller sans l'autre.

Handling :

Le handling correspond aux soins prodigués à l'enfant, comme le fait de le laver, le changer ou de le vêtir. C'est une dimension plus pratique et active que le Holding.

Ces soins ont une importance fondamentale dans le développement psychique de l'enfant car lorsqu'ils ont lieu il y a un échange émotionnel et affectif entre la mère et l'enfant. Ces échanges permettent la constitution du moi de l'enfant. Si ces soins sont réalisés de manière robotisée, il existe le risque de voir apparaître le syndrome de l'hospitalisme dont nous parlerons plus bas.

Presenting :

Le terme presenting pourrait se traduire par « le fait de présenter l'objet ». Il définit alors la façon dont la mère va présenter à son enfant le monde extérieur à leur dyade.

Plus classiquement cette dimension est reliée à la fonction paternelle ou d'un « tiers » qui aurait un rôle dans l'ouverture au monde.

2.2.4 - La préoccupation maternelle primaire

Donald W. Winnicott (2010) dans « La mère suffisamment bonne », décrit un état de folie dit « ordinaire » quelques mois avant et après la naissance de l'enfant. C'est pour Winnicott la préoccupation maternelle primaire. La mère est tellement sensibilisée à l'état de son nourrisson qu'elle arrive à pouvoir se mettre à sa place de manière à répondre à ses besoins et ses pulsions. Ils ne font qu'un. La mère ne s'en souvient pas par la suite mais c'est une période où elle se trouve dans un état de repli, de fuite de la réalité, elle est hypersensible.

Cet état de « folie » serait primordial au bon développement de l'enfants car « *l'établissement du moi doit reposer sur « un sentiment continu d'exister »* (Winnicott, 2010, p17). Sinon il existe des risques de carence maternelle qui peuvent interrompre la « continuité d'être » de l'enfant.

Lorsque l'enfant grandit la mère perd petit à petit cette préoccupation maternelle primaire.

2.2.5 - L'environnement « suffisamment bon »

Pour continuer à construire « son moi » « self », l'enfant a besoin de grandir au sein d'un environnement dit « *suffisamment bon* » (Winnicott, 2010, page 48), sinon il peut mourir ou arrêter de se développer. Il y aura alors une absence du sentiment de la réalité, voire un sentiment d'inutilité. Un faux self peut alors apparaître qui empêchera l'enfant d'absorber les difficultés mais aussi les satisfactions de la vie.

Si l'environnement est suffisamment bon, alors il permettra à l'enfant de se sentir exister, de pouvoir vivre ses propres expériences, de gérer ses instincts et faire face aux difficultés de la vie. Il lui permettra aussi d'identifier un moi personnel, son « self » dans une réalité qui lui semble réel.

2.2.6 - Le paradoxe de la solitude

La solitude est angoissante, mais l'être humain en a besoin pour pouvoir se ressourcer. Donald Winnicott s'est penché sur ce paradoxe. Dans son ouvrage « la capacité d'être seul » (2012) il nous explique comment le jeune enfant muri affectivement grâce à l'expérience de la solitude qu'il fait tout de même en compagnie de sa mère. L'une des phrases phare du psychanalyste « *Un bébé ça n'existe pas seul* » (Winnicott, 2012, page 12). Par là il nous explique qu'un si petit être ne peut exister seul, sa survie est complètement dépendante de son environnement, il fait donc partie d'un couple « mère-enfant ». Cette mère n'est pas forcément la mère biologique de l'enfant, mais une figure connue, avec laquelle l'enfant a une relation intime particulière.

La capacité d'être seul pour l'enfant construit sa maturité dite affective, c'est l'une des importantes étapes du développement qui lui permettra d'avoir une maturité adulte.

Cette capacité à être seul est aussi décrite comme la relation de l'individu avec lui-même, « *en ce sens, être seul équivaut à être* » (Winnicott, 2012, page 15).

2.3 - La théorie de l'attachement

En 1958, John Bowlby a réalisé une thèse sur « la théorie de l'attachement ». L'attachement du bébé à sa figure d'attachement se déterminerait par les réponses « instinctives » de cette personne. Bowlby identifie cinq réponses, qui contribuent au développement de la capacité d'attachement de l'enfant, qui sont la succion, le fait d'attraper et de suivre sont des comportements permettant la proximité. Puis le fait de pleurer et de sourire qui eux sont des comportements de signalement, d'expression.

Durant la première année de vie ces comportements deviennent intégrés et dirigés vers la « figure d'attachement », ils sont donc considérés comme des comportements d'attachement. L'attachement se crée dans un lien spécifique que le bébé va développer avec la personne qui lui procure des soins, au fil du temps et dans l'interaction de cette relation.

L'enfant développe donc d'abord une relation d'attachement avec une figure d'attachement primaire, puis il peut par la suite établir une hiérarchie de différentes figures d'attachement, quand il existe plusieurs personnes qui s'occupent de lui. Cette relation se crée quand l'enfant déclenche des comportements.

Pour Bowlby le développement de l'attachement humain se crée à travers une matrice qui s'organise autour du système de soins de la figure parental. Un système dans lequel le niveau de participation de l'enfant est progressivement croissant.

D'après la théorie de l'attachement, l'enfant durant ces premières semaines de vie, met en place de manière involontaire, des comportements pour solliciter l'interaction qui va créer des relations. Mais les capacités de l'enfant sont insuffisantes, et donc la réponse de la figure d'attachement est indispensable pour que le bébé s'autorégule. Ces expériences relationnelles (avec sa figure d'attachement primaire) qui augmentent progressivement durant les premiers mois de vie, permettent la maturation des processus cognitifs et la synchronisation neuronale des liens entre les segments de l'expérience et les attentes du bébé.

De la naissance du bébé jusqu'à environ trois mois, les modèles régulateurs de l'équilibre physiologique se mettent en place et s'organisent dans le contexte de la « matrice » relationnelle primaire où la figure d'attachement primaire apprend à interpréter et à répondre aux signaux de l'enfant.

Durant le deuxième trimestre du bébé, le parent augmente la diversité et la complexité des échanges affectifs avec l'enfant. L'enfant peut alors initier une activité et participer dans les interactions mises en place par son parent, mais il ne peut accomplir cela de façon indépendante. Un fois développer par leurs répétitions, ces comportements et échanges affectifs, vont fonder des interactions initiées par l'enfant qui vont engager la prochaine phase d'organisation de l'attachement.

Le développement psychomoteur de l'enfant facilite l'organisation dyadique. L'enfant maintient plus efficacement la proximité avec la figure d'attachement, et il assume un rôle plus actif dans l'initiation, le maintien et l'extension de ses modèles comportementaux. De plus il existe une réciprocité des échanges plus présente.

Pendant les derniers mois de la première année, l'enfant à une organisation comportementale qui se reflète par son rôle actif au sein de la dyade. La figure d'attachement assume un rôle de sécurité autour duquel l'enfant va pouvoir centrer des activités exploratrices.

Dans une relation où les soins délivrés à l'enfant sont adéquats et dotés de sensibilité, l'enfant apeuré ou souffrant va se tourner vers la figure d'attachement, car celle-ci sait reconnaître ses besoins, et lui donner de l'attention, du réconfort ainsi que de la disponibilité. C'est à travers des interactions d'émotions positives que l'enfant va développer sa confiance en sa figure d'attachement. C'est ce mécanisme qui caractérise une relation d'attachement « sécurisée ».

Selon Bowlby, le développement favorable de l'attachement est important pour la santé mentale, il est donc impératif de pouvoir distinguer un développement favorable d'un développement défavorable, et de connaître les conditions favorisant l'un ou l'autre.

2.4 - L'enfance est une direction

L'émission « Les chemins de la philosophie » sur France culture a proposé récemment une interview avec Boris Cyrulnik : « l'enfance est une direction, elle ne s'achève pas » (Boris Cyrulnik, 2021).

Pour Boris Cyrulnik, neuro-psychiatre et écrivain, l'enfance est le père de l'homme « *Ce qui se met en place dans l'enfance n'est pas déterminé pour toute la vie, mais c'est une direction qui est quand même déterminée, une orientation qui subit les pressions du milieu. Anna Freud disait que la vie est comme une partie d'échecs, les premiers coups sont importants, ils donnent la direction, mais tant que la partie d'échecs n'est pas terminée, il reste de jolis coups à jouer...* » (Cyrulnik, 2021, 2 minutes).

Il définit l'enfance par une évolution constante dès le milieu cellulaire, voir même avant, au moment de la naissance du désir d'enfant des parents, qui vont organiser une niche sensorielle avec un nid sécurisant où un nid insécurisant (à cause de leurs diverses difficultés) dans lequel l'enfant devra se développer.

Il existe des parents pauvres et très sécurisants et des parents riches et bien élevés qui sont très insécurisants. C'est une transaction incessante.

L'enfance ne se termine jamais car c'est une direction donnée. Par ailleurs dans les premières années de vie, les apprentissages « bouillonnent » et se font très rapidement, le petit enfant est totipotent, c'est-à-dire qu'il peut aller dans toutes les directions, apprendre un grand nombre de choses dans différents domaines.

Après l'âge de 25 ans l'être humain continue à s'améliorer dans les domaines déjà appris où il est « bon », ses résultats sont optimisés mais il est difficile d'avoir de nouveaux apprentissages. Mais l'être humain parvient tout de même à continuer à apprendre tout au long de sa vie.

Un enfant serait sculpté par son milieu. Pendant ses petites années l'enfant est soumis à son milieu, mais quand il grandit, parle et devient maître, sujet de sa parole, de son discours, il peut agir sur ce milieu.

Dans le ventre quand la mère est stressée quel que soit la cause de ce stress, il y a une augmentation des hormones (cortisol, les catécholamine...). Ces dernières étant en trop grande quantité vont franchir la barrière du placenta et rentrer dans le liquide amniotique, et lorsque le bébé déglutit ce liquide, ces hormones vont pénétrer son organisme et endommager certaines zones de son cerveau. Le stress ou le malheur de la mère va donc provoquer une altération cognitive sur le cerveau de l'enfant. Par ailleurs si la mère est sécurisée « rapidement » le bébé va reprendre dans les 24 à 48h un bon développement. De même quand l'enfant entend le son de la voix de sa mère qui passe à travers la paroi du placenta, et que le bébé déglutit son liquide c'est comme s'il recevait une caresse, un baiser. « *Un enfant bien sécurisé, perçoit un monde sécurisant* » (Cyrulnik, 2021, 19 minutes)

Durant la première heure de sa vie l'enfant doit accrocher au regard de sa mère pour ensuite arriver à prendre le sein, si sa mère est malheureuse, si elle ne le regarde pas, le bébé va décrocher. Donc l'investissement parental à cause de l'histoire de la mère, peut modifier le milieu qui tutorise le développement de l'enfant.

Un être humain seul ne peut pas devenir humain, il a besoin d'une altérité qui est la mère ainsi qu'une autre figure d'attachement qui est proche de la mère telle que le « père ».

D'après Boris Cyrulnik les enfants sont eux aussi dotés d'une capacité de résilience. L'enfant thématise la vie, dès l'instant où il est capable d'en faire un récit, une représentation. Il est impossible de changer les faits mais il est possible d'en changer le récit, de modifier la représentation faite de ce qu'il lui est arrivé. Autrement dit la mémoire traumatique est faite de manière à ce que l'on ne peut pas la modifier, « *on est prisonnier du passé* » (Cyrulnik, 2021, 49 minutes) et c'est la répétition névrotique de ces faits qui rendent la personne de plus en plus mal.

Si l'on ajoute à cette mémoire traumatique, ce que l'on a pu travailler et dire de ces faits, on peut faire quelque chose de ce que l'on a reçu, et donc d'une certaine manière, il est possible de se libérer. La résilience implique l'existence d'une déchirure, une déchirure souvent insidieuse dont on ne prend pas forcément conscience, telle que les insultes par exemple. L'enfant va donc s'identifier à l'idée que l'on a mis dans sa mémoire. Mais rien n'est irréversible, la résilience prend alors tout son sens.

2.5 - Hospitalisme

René Spitz (2011) est l'un des premiers psychiatres et psychanalystes, à se préoccuper de la situation des enfants élevés en institution. En effet après avoir observé des nourrissons abandonnés ou placés dans une institution, et donc séparé de leur mère, il a remarqué que durant la seconde partie de leurs premières années, certains de ces enfants restaient dans une position couchée, sur le ventre, détournant la tête et refusant tout contact avec la vie. Certains d'entre eux pleuraient beaucoup et se mettaient en retrait. Spitz remarque que ce comportement se détériore avec le temps, et observe une rigidité avec un regard dépourvu d'expression. Les enfants ayant ce comportement avaient été privés de leur mère durant trois mois, entre le sixième et huitième mois de vie, alors qu'avant cette séparation la mère s'était occupée de son enfant. Le psychiatre qualifia ce syndrome de « dépression anaclitique » liée à une « carence affective partielle ».

Il remarque que lorsque la séparation dépasse les 5 mois, les symptômes s'aggravent et deviennent en partie irréversibles, il note aussi que vers la fin de la deuxième année de vie, il y a une grave altération sur le développement de l'enfant et qu'un tiers d'entre eux décède à la suite de leurs mauvais états de santé. Spitz nomme ce trouble « l'hospitalisme » qui est une « carence affective totale ».

Ces enfants avaient au sein des établissements, une hygiène de vie, une alimentation et des soins médicaux suffisants. Par ailleurs selon Spitz, ils auraient reçu un dixième des attentions affectives, normalement prodigué par la relation mère-enfant.

Ces travaux ont permis d'améliorer la prise en charge des enfants dans les institutions, telles que les pouponnières mais aussi les orphelinats.

Pour illustrer ces observations, une expérience plutôt sinistre a été réalisée au XIII^e siècle, par Frédéric II. Le but étant de savoir quelle langue serait parlée de façon primitive en grandissant par des enfants à qui on n'aurait jamais donné d'affection, ni parlé. Ces enfants étaient seulement nourris au sein et lavés par des nourrices. Son expérience ne put aboutir, car ces bébés, tous privés d'attention et d'amour, décédèrent.

Une autre expérience a été réalisée par Anna Tardos dont le rapport se nomme « A propos d'une expérience de substitut maternel à LOCZY à BUDAPEST » (2002).

Diverses recherches psychologiques et psychanalytiques ont démontré l'importance du rôle de la mère dans le développement somatique et psychique du nourrisson et du petit enfant. Par ailleurs quand l'enfant ne peut bénéficier de ce lien dit « irremplaçable » avec sa mère, il y a la possibilité d'une relation avec « le substitut de la mère ».

Anne Tardos relève une acceptation difficile par les professionnels de santé ainsi que de l'opinion publique concernant le fait que le substitut de mère puisse être tout aussi significatif chez le bébé dans son développement ainsi que pour son bien-être. Cette résistance est d'autant plus importante chez les personnes ayant une expérience parentale, qui pensent bien souvent que la fonction de la mère ne peut être assurée par autrui.

Pour se construire l'enfant a besoin de relations interpersonnelles continues, stables et intimes avec un nombre restreint d'adultes bien connus, ainsi et surtout d'une relation affective privilégiée avec une personne référente. C'est grâce à cette relation privilégiée avec un adulte permanent, que l'enfant va pouvoir accéder à la sociabilisation primaire.

En institution le soin permet certes d'assurer un bien être corporel du bébé mais il permet surtout d'accéder à des interactions soignant-nourrisson.

Les nourrissons et petits enfants séparés de leurs familles, et surtout de leur mère sont des êtres en souffrance. Ils ressentent un manque, une privation. Ils ont donc besoin de soin et de thérapie, il est donc essentiel de leur offrir des relations intimes et privilégiées, afin d'assurer au mieux la continuité de leurs développements.

Pour Anne TARDOS, il existe certains principes dans le soin qui sont incontournables.

Elle attache beaucoup d'importance à la manière de tenir le bébé, d'avoir des gestes doux et sensibles afin qu'il puisse se sentir à l'aise, détendu et en sécurité.

Se coller au rythme de l'enfant, en lui donnant du temps, et en l'aidant à anticiper et à comprendre ce qu'on va faire ou ce que l'on fait avec lui, en lui montrant des objets et en lui parlant.

Il est aussi important de laisser à l'enfant son espace, qu'il puisse se déplacer librement et adopter la posture qui lui convienne pour qu'il puisse s'intéresser aux situations qui l'entourent tout en restant attentif à son intérêt spontané, et à son initiative.

Être capable de repérer et de respecter les capacités de l'enfant à faire seul ou en partie, ce qu'il a envie de faire s'il en est capable, sans pour autant lui demander ou lui exiger.

Afin de prévenir les carences affectives des enfants séparés de leur famille, il est essentiel d'éviter les changements répétés des personnes s'occupant d'eux, afin d'évincer les relations superficielles et les soins dépersonnalisés. Ces derniers étant responsables du sentiment d'insécurité affective, et donc occasionnant un retard intellectuel et des troubles de la personnalité à venir. Si l'enfant passe entre les mains de divers et divers adultes les premières années de sa vie, il risque de perdre irréversiblement sa capacité de créer des liens intimes.

Ce besoin de continuité concerne tant l'environnement matériel que social, mais aussi la répétitions des événements tel que des rituels, tout en évitant le plus possible les imprévus. Cette régularité donne un cadre à l'enfant, ce qui lui permet de se sentir sécurisé.

Malgré la meilleure volonté et le plus profond investissement des soignants, avec un soin des plus attentifs, stable et sécurisant, le fait pour un enfant ou un bébé de vivre en institution, résulte à vivre dans un environnement artificiel. Il est malgré tout possible d'assurer chez ces enfants un bien-être physique, et un développement de la personnalité saine.

« Mais une famille suffisamment bonne ne peut pas être remplacée dans toute sa complexité par le meilleur institut du monde » (Tardos, 2002, page 90).

2.6 - Le soin

Frédéric Worms définit tout d'abord de manière générale le « soin » étant : « *toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même.* » (Worms, 2006, page 3)

Dans cette définition Frédéric Worms relève que le soin comporte deux éléments inséparables mais distinct : Soigner peut-être le fait de soigner « quelque chose », un besoin ou une souffrance que l'on peut « traiter », mais soigner est aussi le fait de soigner quelqu'un, et donc le concept même du soin incombe incontestablement une dimension intentionnelle et relationnelle indissociable.

La relation « parentale » est constitutive de l'existence même des termes ou des sujets de toute autre relation de soin.

Cette relation « parentale » permet de répondre aux besoins d'un nouveau-né, mais aussi à lui délivrer des soins de manière individuelle. Il y a avant tout une relation individualisante, une réponse à un besoin « vital » de l'individu.

Ici le soin est donc d'abord une nécessité relationnelle avant d'être une nécessité physiologique ou organique au sens strict. Par ailleurs cette priorité relationnelle d'où découle le soin relationnel qui est en lui-même vital, fait alors l'objet d'un soin médical : « *Tels sont à nos yeux la découverte et le sens fondamental de la psychanalyse, comme clinique ou plutôt comme thérapie des relations humaines elles-mêmes.* » (Worms, 2006, page 5). S'il existe une thérapie des relations, c'est par ce que le soi s'est avant tout construit dans la relation donc dans le soin.

La théorie de l'attachement de Bowlby, nous montre que la dimension du soin répond au besoin spécifique d'attachement. La relation de soin est en quelque sorte à la fois dans la demande et la réponse. Le sentiment d'être soi et le sentiment d'être vivant dépend alors de la qualité de « l'environnement » primaire du bébé qui fait donc partie de la réponse à sa demande de soin.

Winnicott conteste l'existence individuel du bébé à la naissance pour lui ce qui existe c'est « *l'unité primitive du bébé et des soins maternels* » (Worms, 2006, page 6).

Donc le soi naîtrait de la relation de soin, qui est donc nécessaire pour exister. Pour pouvoir soigner il faut donc pouvoir exister et pour cela avoir reçu un minimum de soin vital, délivré sous forme de relation. Pour pouvoir soigner il est incontournable d'établir une relation.

2.7 - Synthèse du cadre théorique

Notre cadre théorique définit les éléments d'un *accueil suffisamment bon* pour l'enfant lui permettant un bon développement. Pour cela nous avons donc abordé différents thèmes transposables à l'accueil en milieu hospitalier.

Pour commencer nous avons défini l'accueil dans sa globalité, il en est ressorti qu'il existe deux dimensions d'être présent à l'autre, comportant la présence physique et la présence psychique. Il nous est expliqué que l'une peut en palier une autre mais qu'il existe un vide si elles ne sont pas présentes toute deux. Pour accueillir de manière favorable il est donc indispensable d'apporter une présence physique et psychique qui induit donc de l'affect des émotions, une disponibilité psychique.

Nous avons donc ensuite défini les différents stades de développement de l'enfant selon le pédiatre et psychanalyste britannique Donald Woods Winnicott (2000). Il explique à travers ses travaux que l'enfant est doté de plusieurs caractéristiques. Il naît dans une dépendance absolue qui lui permet d'avoir une place centrale, ce qui va transformer tout son environnement ainsi que sa mère (ou la figure de mère) qui va cesser d'avoir une vie indépendante dans le souci d'être « suffisamment bonne ». Par ailleurs il explique que malgré cette dépendance absolue l'enfant est doté d'un noyau d'indépendance qui est en réalité son « vrai self » et qui pourra se développer à condition qu'il évolue dans un environnement suffisamment bon et qu'il ne soit pas soumis à l'empiètement et à l'intrusion.

Il nous décrit ensuite la signification d'une mère dite « suffisamment bonne », à travers les soins qu'elle va lui apporter. Nous avons donc décrit le « holding », le « handling » et le « object presenting », qui représentent de manière synthétique un portage psychique et physique de l'enfant, ainsi qu'une ouverture au monde qui l'entoure. Nous avons ensuite expliqué ce qu'était un environnement « suffisamment bon » permettant la construction du « moi », puis le paradoxe de la solitude qui permet à l'enfant de construire sa maturité affective.

Puis nous avons abordé la « théorie de l'attachement » avec John Bowlby (1958). Cet attachement se crée donc par la réponse « instinctive » de la figure d'attachement. Selon Bowlby le développement favorable de l'attachement est important pour la santé mentale.

Boris Cyrulnik (2021) nous définit ensuite l'enfance comme une évolution constante dès le milieu cellulaire et que celle-ci ne se termine jamais. Il explique que l'enfant serait sculpté par son milieu mais quand grandissant il pouvait agir sur ce milieu, donc ce qui se met en place dans l'enfance est une orientation mais elle n'est pas déterminée pour toute la vie. Pour lui les enfants sont dotés d'une capacité de résilience à partir du moment où ils sont capables de thématiser la vie et s'en faire une représentation.

Nous avons ensuite vu à travers les travaux de René Spitz (2011) la dépression analytique causée par une « carence affective partielle », puis « l'hospitalisme » qui est le syndrome lié à la « carence affective totale ». Nous avons donc illustré ces observations par deux expériences, celle de Frédéric II, puis celle d'Anna Tardos (2002).

Pour terminer nous avons défini le « soin » à travers les écrits de Frédéric Worms (2006). Pour lui le soin incombe incontournablelement une dimension intentionnelle et relationnelle qui sont toute deux indissociables. On relate que la relation « parentale » est constitutive de la relation de soins. Mais le soin est premier car c'est lui qui est constitutif de la fonction parentale. En effet on ne s'occupe pas naturellement d'un enfant. L'enfant naît dans une dépendance absolue, il ne peut donc vivre sans soin. Si on ne prend pas soin les uns des autres on ne peut pas vivre.

Prendre soin nécessite de prendre en compte le relationnel. Si le soin est relationnel, il est adressé à quelqu'un, il est donc individualisé, et individualisant. Un parent qui a plusieurs enfants ne se comportera pas de la même manière avec chacun d'entre eux, car ils sont tous des êtres différents. Nous pouvons donc transposer ces faits lors de la prise en soin, si elle inclut une dimension relationnelle, le soignant sera différent avec chaque patient car chaque patient est une identité bien distincte. Le soin est une rencontre qui va pousser à une double individualisation.

Ces recherches nous ont permis de définir un accueil en milieu hospitalier « suffisamment bon » pour l'enfant. En effet les différents thèmes abordés mettent en scène l'accueil d'un enfant par la relation parentale, qui est d'une certaine manière transposable à l'accueil par la relation soignante.

Nous avons donc pu par la suite définir la grille d'analyse et donc les différents points à aborder lors des entretiens avec les soignants.

3 - ENQUÊTE EXPLORATOIRE

3.1 - Déroulement de l'enquête

3.1.1 - Méthode d'analyse

Suite aux différentes lectures et thèmes abordés dans le cadre de référence, le sujet que nous avons choisi de traiter, s'oriente alors sur l'accueil des enfants en milieu hospitalier. Nous nous questionnerons sur les différents éléments permettant de définir un lieu favorable à l'accueil de l'enfant et ce qu'il manque aux unités pour qu'il le soit.

Le thème sera abordé avec la méthode clinique qui consiste à organiser des entretiens avec des professionnels de santé. Ces entretiens infirmiers ont pour but de faire un recueil d'information sur la façon de percevoir et de penser de chacun d'entre eux, en fonction de leurs vécus et de leurs formations et ou spécialisations. Ces entretiens se feront de manière individuelle afin de pouvoir avoir des informations non influencées par la pression du jugement d'autrui. Les entretiens seront retranscrits et interprétés dans ce travail de manière totalement anonyme.

3.1.2 - Outil

Afin de recueillir les informations indispensables à notre analyse, nous effectuerons des entretiens semi-directifs. Ils se baseront sur une question générale, commune à chaque personne interviewée, et s'agrémenteront de questions de relance soit en demandant des précisions sur le sujet abordé par le professionnel interviewé afin de l'approfondir, soit orientés sur notre cadre théorique de référence.

Ce style d'entretien est centré sur la personne interrogée, sur sa façon de penser, de percevoir les choses, ce qui lui paraît important, en fonction de sa formation et ou de sa spécialisation, mais aussi de son vécu professionnel et personnel.

Le but étant lors de l'entretien de laisser le plus de place possible à la parole du soignant, pour qu'il puisse s'exprimer librement sans être interrompu, ce qui permettra d'avoir un plus large panel d'information. Les entretiens pourront être retranscrits grâce à leurs enregistrements. Bien évidemment une demande d'autorisation d'enregistrement aura été faite aux soignants interrogés avant chaque entretien.

C'est une approche qualitative et subjective qui ne cherche pas à démontrer mais plutôt à interpréter les données recueillies et de les mettre en lien avec le cadre théorique.

3.1.3 - Guide d'entretien

Le guide d'entretien permettra d'orienter les soignants lors des entretiens semi-directifs afin qu'ils puissent rester axés sur le thème.

Dans un premier temps il est nécessaire de se présenter auprès du soignant, afin qu'il puisse lui aussi se présenter. Nous lui faisons part, ensuite du thème du travail de fin d'étude puis nous demandons l'autorisation aux soignant de pouvoir enregistrer l'entretien.

L'entretien peut alors commencer par la question inaugurale du thème :

- Pourriez-vous me parler de l'accueil de ces enfants, le 1^{ier} contact, ce qui vous paraît important. Pouvez-vous vous appuyer sur un ou des exemples concrets d'accueil.

Lors de l'entretien nous guiderons le soignant par quelques questions de relances prévues au préalable afin de se recentrer sur le thème et de pouvoir l'approfondir :

- Comment pourriez-vous définir un lieu favorable au séjour de l'enfant ? en vous appuyant sur des exemples concrets pouvez-vous m'expliquer pourquoi ? c'est-à-dire en quoi ce lieu est-il favorable ? quels sont les différents éléments qui le rendent favorable ?
- Pensez-vous que certaines choses manquent dans votre unité et pourquoi cela manque ? les exemples concrets sont toujours bienvenus.
- Est-ce que vous pensez que réfléchir un lieu de soin pour un enfant contribue au soin ? Pourquoi ?
- Le soin fait appel à la fonction « parentale », quelle posture adoptez-vous en tant que soignant ?

3.1.4 - Population et lieux

Afin d'avoir une représentation des professionnels plus large, nous avons choisi d'interviewer des infirmiers exerçant dans trois lieux bien distincts. Cela nous permettra de voir si les enjeux pour les soignants sont les mêmes ou non, selon leur lieu d'exercice.

- IDE Puéricultrice en service de pédiatrie grand enfant
- IDE Puéricultrice en service de réanimation néonatal
- IDE Psychiatriques en hôpital de jours infantiles

Pour cela, nous avons fait appel à deux connaissances personnelles de soignant travaillant dans ces services ainsi qu'à deux soignants travaillant dans le service du stage pré-professionnel. Nous nous sommes donc mis en relation avec eux afin d'organiser les entretiens. Lesquels seront enregistrés avec l'accord au préalable des professionnels interviewés.

Ils seront retranscrits, analysés et ajoutés en partie annexe de ce travail. Nous évaluerons la durée des entretiens aux alentours de dix à vingt minutes.

Les entretiens seront réalisés au cours du mois d'avril 2021, soit sur le lieu d'exercice du professionnel, si celui-ci se déroule sur son temps de travail. Soit dans un lieu choisi par l'interviewé et moi-même, propice à la situation, si le soignant préfère réaliser l'entretien sur son temps personnel.

3.1.5 - Limites

Concernant la possibilité de réaliser les entretiens, nous n'avons pas rencontré de difficulté particulière, mis à part les dates de rencontre un peu tardives.

Nous avons eu la possibilité de réaliser quatre entretiens dans trois services différents, ce qui nous permet d'avoir un ensemble de réponses englobant l'enfance de la prématurité à l'adolescence.

De plus le fait d'avoir pu interviewer des infirmiers diplômés d'état avec une spécialisation en puériculture nous a permis d'avoir des points de vue plus précis sur le thème de l'enfance. L'interview avec l'infirmière en soins psychiatrique nous a apporté des réponses très enrichissantes, concernant l'aspect du développement psychologique de l'enfant.

Nous avons d'ailleurs le regret de ne pas avoir interrogé un autre professionnel travaillant en service de pédopsychiatrie.

Par ailleurs lors des entretiens en service de grand enfant, nous avons été plusieurs fois dérangé par d'autre soignant, ce qui nous pensons, nous a déconcentré et donc fait perdre certaines informations.

Le thème portant sur l'accueil des enfants dans un lieu de soin, la situation COVID est beaucoup ressortie dans les entretiens car elle a évidemment un impact sur l'accueil et le lieu de soin ainsi que la prise en soins des patients. Il y a donc des réponses où les soignants parlent de situation COVID et hors COVID.

Durant les entretiens les soignants ont très peu abordé l'aspect relationnel et affectif soignant, leurs descriptions de l'accueil était très axées sur les protocoles et les lieux, ce qui est d'une certaine manière plutôt paradoxale a notre cadre de référence qui est basé sur l'aspect relationnel de l'accueil d'un enfant. De plus lorsque nous abordons le thème de la fonction « parentale » dans le soin, nous sentons très bien que les soignants ont une réticence, d'ailleurs leurs réponses sont assez vagues. Cela va induire un frein concernant l'analyse et la mise en lien des entretiens avec le cadre de référence.

3.2 - Résultats de l'enquête

3.2.1 - Analyse de chaque entretien

Entretien de Yann :

Yann est infirmier depuis 2013, il a réalisé une spécialisation en puériculture l'année qui a suivi, il exerce donc en tant qu'infirmier puériculteur depuis 2014. Aujourd'hui il travaille dans un service pédiatrique pour les grands enfants.

Lors de son discours Yann nous évoque ce qui lui paraît important lors de l'accueil d'un enfant, pour lui c'est essentiellement la présentation du service, la présentation des soignants ainsi que la présentation des soins tant au patient qu'à ses parents « *Pour moi c'est la présentation du service, me présenter moi, la présentation des soins* » (Annexe I, ligne 8).

Le fait que l'enfant puisse être accueilli dans un endroit, où on lui présente à lui et à ses parents les lieux, les soignants ainsi que chaque soin qui vont être réalisés, est important pour qu'ils puissent se sentir un peu plus rassurés. Mais il n'est évoqué à aucun moment la demande du soignant faite sur le ressenti de l'enfant et de ses parents, ce qui fait partie de l'accueil sur le plan « psychique ». De plus l'écoute permet de favoriser les liens soignants soignés et donc que la prise en soin soit de meilleure qualité tant sur les soins actifs que sur les soins relationnels.

Yann n'a pu nous décrire d'exemple concret d'accueil, mais il nous définit un lieu favorable au séjour de l'enfant comme étant un lieu le plus proche possible de celui qu'il connaît habituellement. Il y a donc à disposition dans son service une école, une salle de jeux qui permettraient, pour lui, de sortir l'enfant du soin.

Il lui paraît important que les parents soient au maximum présent, ce qui permettrait une prise en charge plus simple « *Ce qui est le plus favorable pour moi, c'est que le parent soit toujours présent* » (Annexe I, ligne 34). En effet nous avons vu dans notre cadre théorique, qu'un enfant a besoin de sa figure d'attachement lorsqu'il est apeuré ou en souffrance, cette présence le rassure. Pour que l'enfant ait confiance, il faut que le parent ait confiance, d'où l'importance de prendre en charge les deux « *On prend donc en charge tant le parent que l'enfant, c'est obligé* » (Annexe I, ligne 54).

Par ailleurs Yann relève le fait que cela dépend des soignants « *Après ce n'est pas le cas de tous les soignants, il y a des soignants qui n'aiment pas avoir les parents par ce que ça les gênes* » (Annexe I, ligne 35-37), il aurait été intéressant d'approfondir la question, afin de savoir en quoi la présence des parents peut susciter une gêne chez certains soignants. Cela pourrait s'expliquer dans la situation où le parent a un comportement anxigène pour l'enfant et qu'il est donc préférable, voir nécessaire pour ce dernier d'être éloigné du parent pour que le soin se passe « mieux » tant pour l'enfant que pour le soignant.

Le fait d'être honnête et de mettre en confiance, enfant et parents est aussi important pour lui « *Il faut être vrai avec eux, il faut être honnête je trouve.* » (Annexe I, ligne 52-53). Il nous donne l'exemple de la prise en soin des enfants atteint de diabète, qui se fait sur une dizaine de jours, à qui il explique le déroulé des soins, et s'ils vont être douloureux ou non.

Concernant les choses manquantes au service, Yann mentionne l'aspect matériel, tel que certains outils permettant aux enfants de se distraire lors des soins, afin que ceux-ci soient plus « faciles » (tablettes, jeux). Il nous fait part aussi du manque d'activité occupationnel concernant les adolescents hospitalisés le week-end « *les grandes ados qui sont un peu toutes seules, tout ça, tout le week-end elles le passent du vendredi soir au lundi matin sans activité, sans rien faire, enfermées ou avec la télé, ça c'est un truc qu'il manque un petit peu* » (Annexe I, ligne 67- 69)

Concernant les moyens humains, il n'évoque pas le manque de personnel, il nous fait juste part que la charge de travail dépend des pathologies des enfants et des soins demandés. Par ailleurs, il serait difficile de pouvoir suivre complètement la visite du médecin « *tu as la visite mais tu ne peux pas la suivre de A à Z, clairement par ce que tu es toujours parasité par d'autre truc.* » (Annexe I, ligne 83-84), cela met en évidence un risque de perte d'information tant pour le médecin que pour l'infirmier.

Pour lui il est quand même possible de faire un bon accueil et de garder de bons liens. Nous aurions dû insister sur ce que signifiait pour lui « bons liens », afin de comprendre sa représentation du lien patient soignant dont il ne parle pas dans l'entretien.

Yann est d'accord avec le fait que réfléchir un lieu de soin pour un enfant contribue au soin, pour lui le lieu doit être adapté et prévu pour faire le soin, il n'est pas judicieux de faire un soin dans la chambre de l'enfant, car celle-ci représenterait un lieu-dit « sécuritaire » où on ne lui ferait pas de geste douloureux « *à cet endroit-là on va me faire ça mais dans ma chambre je suis protégé, ouais c'est mon univers* » (Annexe I, ligne 95-96) « *En effet avoir un lieu de soin, pour moi c'est plus judicieux, et puis ça permet de cloisonner* » (Annexe I, ligne 99-100).

Pour finir, concernant la dernière question portant sur la fonction « parentale » dans le soin, Yann dit avoir une posture « professionnelle », et que celle-ci permet une protection « *Je pense qu'on a une posture professionnelle, qui nous permet de nous protéger* » (Annexe I, ligne 109). Cette posture « professionnelle » serait une protection. Mais une protection à quoi ? Aux sentiments ? À l'affect ? Il y a comme une réticence à cette question. Pourtant l'affect, ainsi que les sentiments permettent une relation, et donc permettent aux patients de recevoir un soin et aux soignant de pouvoir soigner.

Il est évoqué par la suite un sentiment de peine concernant certains enfants plus que d'autre, donc on pourrait penser que c'est de ces sentiments-là dont il veut se protéger, « *Après oui parfois il y a des enfants qui nous font plus de peine que d'autre* » (Annexe I, ligne 110 -111).

Entretien d'Aurélie :

Aurélie est diplômée infirmière depuis 2007, elle a ensuite travaillé dans des services de pédiatrie. Elle a eu l'occasion de pouvoir se spécialiser dans cette branche en 2013, depuis elle est infirmière en service de pédiatrie grand enfant.

Lors de notre entretien, Aurélie nous explique ce qui lui paraît important lors de l'accueil d'un enfant dans son service. Pour elle, le fait d'avoir le motif d'hospitalisation, l'âge de l'enfant, ainsi que l'état des parents (s'ils sont stressés, angoissés, agressifs...) est important pour pouvoir les accueillir « *ça permet aussi, ouais, de se positionner, de savoir comment on va amener les choses* » (Annexe II, ligne 31-32).

Il est vrai que le fait que l'enfant soit attendu dans le service, que le soignant est un minimum d'informations à son sujet fait partie de l'accueil, cela permet à l'enfant ainsi qu'aux parents de se sentir pris en compte de manière individuelle. D'ailleurs on relève dans le discours d'Aurélie « *C'est un super mauvais départ parce que du coup les gens ne se sentent pas attendu, donc à mon avis ils ne se sentent pas respectés* » (Annexe II, ligne 37-38). On peut mettre cette remarque en lien, certes de loin, avec la venue d'un nouveau-né auprès des parents, son accueil, se fait avant même son arrivée, il commence à la naissance du désir de sa création.

Elle évoque aussi l'importance d'accueillir les enfants ainsi que leurs parents dans la bienveillance, d'être à l'écoute, de prendre en compte le stress mais aussi d'accueillir sans jugement « *Le tout c'est de les accueillir dans la bienveillance, après d'être à l'écoute aussi de ce qu'ils peuvent nous dire. Voilà après d'accueillir tout ça sans jugement, ni voilà, c'est des fois compliquées de le faire. Mais c'est vrai qu'il faut prendre en compte leurs taux de stress, et puis aussi le pourquoi ils sont là* » (Annexe II, ligne 16-18). Être à l'écoute permet aux soignants de recueillir et donc d'accueillir des informations essentielles pour la prise en soin de l'enfant, et de plus est, si l'enfant et les parents se sentent écoutés, cela va permettre la naissance d'une relation soignant soigné.

Accueillir sans jugement, comme Aurélie le souligne est « des fois compliqué », nous dirons plutôt que cela est impossible, car nous sommes perpétuellement dans le jugement, c'est ce qui nous permet de réfléchir, de ressentir, et justement de prendre les personnes en considération. D'autre part notre jugement ne doit pas être un frein à notre prise en soin, il doit toujours être remis en question et ouvert à accueillir de nouvelle information pour qu'il puisse évoluer, afin de faire progresser les relations.

Il aurait été intéressant d'approfondir sur ce que représentait pour Aurélie le fait d'accueillir dans la bienveillance. La bienveillance étant parfois très proche de la maltraitance et assez subjectif d'une personne à l'autre.

Elle nous définit un lieu favorable au séjour de l'enfant par des éléments plutôt matériels. Elle met en avant l'aspect de la chambre, qu'il faudrait qu'elle soit plus spacieuse et personnalisable par les enfants « *Je pense que l'idéal, enfin je ne sais pas si c'est un idéal, mais une chambre qu'ils pourraient plus personnaliser, c'est-à-dire pouvoir, je ne sais pas, dans l'absolu peut être changer le lit de place, à leurs guises. Comment eux ils voient la chambre ou peut être un tableau sur lequel ils pourraient dessiner* » (Annexe II, ligne 55-59)

Pour Aurélie, un lieu avec davantage d'activités serait plus favorable car les activités permettent à l'enfant de sortir du soin.

Il serait aussi important pour elle de penser le confort du parent « *Après aussi dans le confort pour le parent parce que c'est hyper important, les parents s'ils ont un fauteuil pourri pour dormir, enfin quand on est fatigué on supporte beaucoup moins bien, ce qui fait que parfois c'est compliqué parce que les enfants ne sont pas bien non plus* » (Annexe II, ligne 61-64). Qu'ils puissent aussi avoir un repas en même temps que leurs enfants. Le fait que les parents soient bien contribuerait au bien-être de l'enfant « *Mais c'est vrai que je pense que ça pourrait contribuer au bien-être de l'enfant, si le parent est déjà mieux accompagné dans ce moment-là, je pense que ça peut être aussi bénéfique pour l'enfant.* » (Annexe II, ligne 69-71). L'enfant est particulièrement sensible aux émotions de ses parents, le fait que le parent se sentent bien et rassuré peut alors contribuer au bien-être de l'enfant.

Concernant les choses manquantes au service, Aurélie énonce le manque de moyens matériels et humains.

À propos des moyens matériels, pour elle le bâtiment est vieux, les chambres sont mal adaptées, mal agencées, mal décorées, il faudrait des chambres seules pour que les enfants aient plus de confort et se sentent mieux. De plus le matériel serait en mauvais état « *c'est pas du tout moderne, voilà tout le matériel part en déconfiture* » (Annexe II, ligne 81-82)

Pour Aurélie ce manque matériel est une question de budget.

Pour les moyens humains, elle évoque un manque de personnel, d'ailleurs la situation COVID actuelle a obligé le service à fermer des lits, elle nous fait donc part des effets positifs ressortis par la baisse d'effectif de patient « *On parlait tout à l'heure de tout ce qui est bienveillance et travail entre guillemet bien fait, c'est-à-dire qu'avec quatorze patients ça nous permet de garder ce côté humain. C'est-à-dire que bah si une maman a besoin de parler pendant quarante-cinq minute bah on parle pendant quarante-cinq minute, après c'est le défaut du système de l'hôpital et du système public, là dans tous les hôpitaux de France je pense que c'est pareil, c'est que jusqu'à présent la pédiatrie était relativement protégée et que là on arrive à de la rentabilité de partout et que la rentabilité fait que bah que en fait si tu n'es pas rentable ça ne va pas quoi.* » (Annexe II, ligne 104-111)

Par ailleurs ce manque de personnel pousse les soignants à prioriser les soins. Les actes techniques serait donc prioritaires sur les soins relationnels « *nous on a des ado qui sont en souffrance quand t'as un service blindé, et que t'as trois crises d'asthme, deux crises convulsives, effectivement tu vas faire l'économie de quoi ? tu vas faire l'économie de la patiente qui est là pour soucis psy, parce que c'est la seule entre guillemet qui n'a pas de soins techniques, que les soins techniques qu'il faut que tu coche sur ton tracker là, ça tu vas le faire, tandis que la relation d'aide, ça bah ça passe à l'As quoi, ou tu vas rester cinq minutes, et ça c'est hyper dommage car ces enfants, elles sont là pour ça et au final tu ne vas pas pouvoir faire ton travail correctement.* » (Annexe II, ligne 115-121)

Les soins sont donc priorisés, et le soin relationnel est celui qui passe après car il ne se comptabiliserait et ne se rentabiliserait pas. La souffrance est propre à chacun, qu'elle soit physique ou psychologique, il n'y en a pas une plus ou moins importante que l'autre.

Aurélie pense que réfléchir un lieu de soin pour un enfant contribue au soin, mais elle met en évidence que ce n'est pas forcément le lieu qui doit être réfléchi car le choix du lieu en lui-même n'est pas forcément possible « *Oui ça peut contribuer, après ce n'est pas forcément un lieu, par ce qu'on n'a pas forcément le choix du lieu.* » (Annexe II, ligne 150-151).

Pour elle il faudrait plutôt adapter le lieu au soin « *Effectivement tu peux essayer de divertir tout ça, tu peux toujours essayer d'adapter ton lieu à ton soin voilà.* » (Annexe II, ligne 154-155).

Elle met donc en avant le fait que l'adaptation fait partie intégrante du soin « *Effectivement, de toute façon, voilà chez l'enfant tu ne peux pas arriver sur le soin comme ça, faut que tu t'adaptes de toute façon, et à l'âge et à la pathologie et aux antécédents.* » (Annexe II, ligne 167-169)

« *Donc de toute façon on est obligé en pédiatrie de réfléchir à l'adaptation du lieu parce qu'il faut vraiment être très ciblé si tu veux que ton soin se passe bien tu ne peux pas y aller comme ça, comme on disait tout à l'heure de façon automatisé on ne peut pas ce n'est pas possible.* » (Annexe II, ligne 173-176)

L'adaptation au lieu de soin et à l'enfant fait partie de la réflexion de la prise en soin du patient, elle permet de l'individualiser. Ainsi le fait d'individualiser le lieu et le soin à l'enfant en question, montre que le soignant lui a été attentif, ce qui permet à quelque part de rassurer et sécuriser l'enfant, voire peut-être même de commencer à créer une relation dite de « confiance ».

Pour terminer, Aurélie pense qu'en tant que soignant on a une fonction parentale, voire maternelle quel que soit l'âge du patient, enfant comme adulte « *Après de toute façon en tant que soignant on a une fonction parentale, voire maternelle tant dans les services d'enfants que d'adultes en fait. Le soin en lui-même fait appel à notre côté maternel, ça c'est clair.* » (Annexe II, ligne 179-181). Elle estime que le côté maternant du soin permet une bienveillance et une écoute « *Donc je pense que ce côté maternant nous permet d'être justement bienveillant et à l'écoute de l'enfant et du parent parce que toute façon il ne faut jamais oublier le parent.* » (Annexe 2, ligne 185-187). En effet le soin découle de la fonction, voire de la relation « parentale » car celle-ci est constitutive de l'existence de la relation de soin. Elle permet de répondre aux besoins et donc de pouvoir administrer des soins de manière individuelle.

D'autre part Aurélie exprime le fait que l'on ne prend jamais la place des parents, mais que cela est un risque. Il aurait été intéressant de pousser la question sur ce que signifiait exactement pour elle ce risque. Est-ce un risque pour le patient ou pour le soignant ? Ou pour les deux ? Et quel dommage pense-t-elle que ce risque peut induire ? Il y a ici quelque chose qui touche à l'affect, à la relation, mais nous ne pourrions malheureusement pas analyser cette piste.

Pour elle en tant que soignant il existe une posture professionnelle « *Après quand tu es soignant, tu as une posture professionnelle qui fait que voilà* » (Annexe II, ligne 191). Cela reste vague, car cette phrase n'a pas d'aboutissement, on ne sait pas trop ce qu'il se cache derrière cette phrase. Cette posture professionnelle représenterait là aussi pour cette soignante un moyen de « protection » ? Mais une protection à quoi ? A la relation, à l'affect, aux émotions ?

Elle se confie ensuite sur le fait qu'il est parfois possible d'avoir un sentiment de peine « *Après personne n'est parfait, puis on est des êtres humains, après effectivement tu as des enfants, tu vas leurs faire un soin ça va te faire de la peine par ce que tu es un être humain aussi donc forcément tu ressens des émotions donc...* » (Annexe II, ligne 191-194). Le fait d'avoir de la peine, et d'avoir des émotions serait donc liée au fait de ne pas être parfait ? Et donc la réponse à cette imperfection serait que l'on soit des êtres humains ?

Le fait d'être humain et de ressentir des émotions ne rendrait-il pas notre prise en soin plus humaniste ? Le soin est une nécessité relationnelle avant d'être une nécessité physiologique.

Entretien de Pauline :

Pauline est infirmière diplômée d'état depuis 2016. Elle a ensuite effectué une spécialisation en puériculture en 2017. Depuis Pauline est infirmière en service de réanimation néonatale.

Pauline nous explique les différents modes d'entrée dans son service. Il existe l'accueil d'urgence qui demande alors des soins urgents et vitaux, avec de la technicité et du visuel « *Si c'est de l'urgence on doit être dans l'urgence et on va faire tous les soins urgents et vitaux nécessaire, et sinon on va être beaucoup dans l'observation dans le sens où la prématurité fait qu'il y a beaucoup de pathologies liées à la prématurité et que si on passe à côté de ça, ça peut être très grave donc on va être sur une surveillance de l'état général, des organes, des fonctions vitales, on va dire de tout ce qui est les paramètres vitaux, le cœur, la respiration.* » (Annexe III, ligne 28-32), puis les enfants sont scopés.

Les enfants peuvent aussi être transférés d'un autre hôpital pour rapprochement familial par exemple, ils peuvent aussi arriver des urgences car ce service s'occupe des nourrissons jusqu'à un mois. Il existe aussi la possibilité d'hébergement d'un nouveau-né, né sous X.

Dans ces autres cas où nous ne parlons pas d'accueil d'urgence, le premier contact consiste à mettre les parents en confiance, et commencer à instaurer une relation de confiance « *Le transfert se fait avec les parents et on la joue plus cool, on essaie de mettre en confiance, d'instaurer une relation de confiance* » (Annexe III, ligne 40-41).

De plus favoriser le lien à l'attachement entre les parents et le bébé fait partie de leurs priorités « *Du coup il y a la séparation entre la maman, je dis la maman mais c'est le papa aussi, la séparation parents-enfants qui fait que notre rôle est vraiment d'essayer qu'ils nouent ce lien.* » (Annexe III, ligne 54-56). Pour cela, l'équipe favorise particulièrement le « peau à peau » entre le nourrisson et ses parents.

L'enfant hospitalisé, accueilli, vit une séparation familiale, à un âge où il n'est absolument pas prêt à la vivre. L'accueillir hors de son milieu familial, c'est lui donner la possibilité de garder et d'entretenir un lien avec ses parents.

L'observation et la surveillance seraient deux points essentiels concernant le premier contact « *Comme ce sont de nouveaux nés et qu'ils ne parlent pas, on va beaucoup être dans l'observation.* » (Annexe III, ligne 26-27). Dans notre cadre de référence nous notons que l'observation et l'écoute sont indispensables pour accueillir un tout petit afin de percevoir ce qu'il ressent.

Pauline définit un lieu favorable au séjour de l'enfant comme étant un environnement serein, calme et bien veillant « *Il va y avoir je pense tout un côté, de l'environnement, sons, lumière tout ça, de faire très attention. Et après toute la sphère familiale, émotionnelle, qui doit ne pas être pesant pour le bébé et au contraire un environnement serein, calme, bien veillant.* » (Annexe III, ligne 85-87) qui permettra à l'enfant un bon développement.

Concernant l'environnement « matériel » pour elle il faut éviter tout ce qui est lumière, stimuli extérieur tel que le bruit et l'agitation « *nous un lieu favorable ça va être un lieu où, on va préserver tout ce qui est l'environnement donc on va limiter les sons, on va limiter la lumière, on va limiter tous les stimuli extérieurs qui vont être néfaste au bon développement.* » (Annexe III, ligne 67-69).

Pour la sphère familiale il est nécessaire que les parents se sentent bien car le nourrisson ressent les émotions de ses parents, ce qui peut avoir une répercussion sur son bien-être « *Les bébés, on dit que c'est des éponges, et un parent stressé, va stresser le bébé. Donc on va dire qu'en fait pour qu'il soit bien, il faut que les parents soient bien, qu'il n'y ait pas de stress, d'angoisse, qu'il se sente aimé.* » (Annexe III, ligne 81-84).

Par ailleurs lorsque les parents ne sont pas là ce sont les soignants qui réalisent les soins. Elle nous explique que la manière dont les soignants soignent l'enfant, la façon dont ils le portent, le changent sont très importantes. Elle nous donne deux exemples « *Que ce soit aussi par rapport au soignant, par ce que nous on prodigue les soins quand il n'y a pas les parents. Ça va être par exemple la façon par exemple de le porter, de le changer* » (Annexe III, ligne 87-88) « *Par exemple le bain, faire le bain enveloppé pour qu'il reste regroupé et qu'il ne désorganise pas dans l'espace, qu'il garde ses repères tout ça.* » (Annexe III, ligne 91-92).

Cela peut donc être mis en relation avec le concept psychanalytique introduit par Donald Winnicott, le holding, qui désigne l'ensemble des soins administrés par la mère. Lorsque Pauline nous parle de la façon de porter l'enfant, de l'envelopper lors du bain afin de le regrouper pour qu'il ne se sente pas désorganisé dans l'espace, permet alors de contenir les angoisses physiques et psychiques de l'enfant, ce qui fait partie intégrante du holding. Par ailleurs ce concept contient deux dimensions normalement inséparables, l'une physique qui est bien décrit ici, et une psychique qui ne nous est pas énoncée. Nous pourrions donc plutôt parler de handling qui correspond aux soins prodigués à l'enfant, dans une dimension plus pratique et active que le holding. Ces deux dimensions de soins permettent à l'enfant de développer de manière favorable, mais que s'il existe un échange émotionnel et affectif.

Si ces soins sont réalisés de manière robotisés il y a le risque sur le cours terme d'une « *dépression anaclitique* » chez l'enfant qui serait donc liée à une carence « *affective partielle* ». Sur le long terme une « *carence affectif totale* » peut engendrer un trouble, que René Spitz nomme « *l'hospitalisme* ».

De plus Anne Tardos explique que les nourrissons séparés de leurs familles, et surtout de leurs mères sont des êtres en souffrance car ils ressentent un manque et une privation. Afin d'assurer aux mieux la continuité de leurs développements, ils ont besoin de soin et de thérapie, il est donc essentiel de leur offrir des relations intimes et privilégiées.

Il aurait été intéressant d'approfondir la question sur les sentiments et émotions ressenties par Pauline lors des soins qu'elle réalise.

Concernant les choses manquantes dans le service, pour Pauline il existe un manque de personnel. Elles sont actuellement trois puéricultrices au lieu de quatre pour dix-huit à vingt-et-un nouveau-né. Elle nous explique que lorsqu'il y a un soin d'urgence tel qu'une intubation par exemple elles ont besoin d'être trois pour réaliser le geste, il n'y a donc plus personne pour surveiller le service, ce qui peut être un danger pour ces bébés. L'environnement n'est donc plus serein, ni sûr lors de moment comme celui-ci.

Au niveau du matériel elle ne relève pas de manque particulier. Elle nous explique que dans son service il existe des groupes de travaux permettant d'améliorer les pratiques professionnelles afin d'octroyer une meilleure qualité de soin aux patients et à leurs familles.

Pour Pauline le fait de réfléchir un lieu de soin pour un enfant contribue au soin. Pour elle il est nécessaire de pouvoir réaliser le soin dans un ambiance sereine « *Donc je pense que toute cette préparation que j'ai faite en amont, a fait que le bébé était calme et rassuré* » (Annexe III, ligne 173-174). Cette préparation consiste pour elle, la prévention à la sensation de douleurs, l'emballage pour rassurer l'enfant, et le fait de prendre son temps pour préparer et réaliser le soin, elle nous donne un exemple « *donc par exemple une prise de sang sur un bébé, aucunes de mes collègues étaient disponible, donc j'ai pris le temps de faire les choses, pour que l'environnement soit propice à ce que le soin se passe bien* » (Annexe III, ligne 164-166). Pauline nous parle de la dimension intentionnelle du soin mais elle n'évoque pas la dimension relationnelle. Pour pouvoir soigner quelqu'un c'est deux dimensions sont indissociables, il aurait été intéressant d'approfondir le questionnement sur ce sujet.

Pour terminer, Pauline ne pense pas que le soin fait appel à la fonction « parentale », pour elle en tant que soignant nous adoptons une posture professionnelle « *Ouais moi non je ne dirais pas que c'est parental, pour moi c'est adopter une posture soignante, enfin professionnelle voilà c'est tout.* » (Annexe III, lignes 188-189).

Il aurait été pertinent d'approfondir la question sur cette « posture professionnelle » dont les soignants parlent tant, afin de connaître et de comprendre l'enjeu des sentiments et émotions qu'elle cache.

Entretien d'Agnès :

Agnès est infirmière en soins psychiatriques depuis 1990. Elle a essentiellement travaillé dans des services de pédopsychiatrie. Depuis plusieurs années elle travaille en hôpital de jour infanto juvénile.

Agnès nous décrit l'accueil des enfants dans son service. Les enfants arrivent donc du CMP, qui les pré-présente à l'équipe. Ensuite un premier rendez-vous est réalisé avec l'enfant et ses parents ou la structure sociale dans laquelle il est accueilli. Lors de cette rencontre, la structure ainsi que son fonctionnement et les ateliers proposés sont présentés, puis un entretien infirmier est réalisé. Les parents doivent par la suite signer pour la prise en charge de l'enfant.

Le début de la prise en charge se fait de manière progressive, avec des temps d'adaptation et d'observation. Les soignants évaluent aussi la réaction de l'enfant à la séparation avec ses parents.

Comme nous l'avons vu dans notre cadre de référence, l'observation et l'écoute sont indispensables à l'accueil de l'enfant, pour permettre de percevoir ce qu'il ressent, ce qu'il est et de pouvoir entendre ce qu'il a à dire. Il doit bien comprendre qu'il est entendu pour que la rencontre avec les soignants puisse se faire.

Aux bouts d'un mois de prise en charge un rendez-vous est organisé avec les parents afin de pouvoir faire un point. Cela permet de pouvoir commencer un travail avec eux, ce qui favorisera le travail avec l'enfant « *Bon et après on commence aussi un peu un travail avec les parents aussi, parce que bon il y a des fois des fonctionnements à interroger, il y a des fois des choses que voilà, ce qui est important c'est d'avoir l'aval des parents, c'est très important pour travailler avec les enfants.* » (Annexe IV, ligne 38-41)

Agnès nous décrit un lieu favorable au séjour de l'enfant comme un lieu où il y a un extérieur, afin qu'il puisse « souffler », un lieu vivant et sécurisant. Il aurait été intéressant de savoir ce que signifiait pour elle ces deux derniers termes, afin de pouvoir travailler la question du lieu-dit « sécuritaire ». Elle ajoute que la disponibilité de l'adulte avec sa capacité à entendre la problématique de l'enfant et sa souffrance sont importantes pour que le lieu soit favorable « *Après un lieu favorable, c'est un lieu qui est quand même vivant, où l'enfant se sent en sécurité, où il sent qu'il a des adultes qui entendent sa problématique, sa souffrance, il faut quand même une certaine disponibilité* » (Annexe IV, ligne 56-58).

Comme nous le disons plus haut cela fait partie de l'accueil même de l'enfant. De plus il y a les soins proposés, qui ne sont en réalité, nous dit-elle, que des soins de support, car le réel soin travaillé est la relation « *Après les soins proposés ne sont que des supports, puisqu'on travaille essentiellement sur la relation* » (Annexe IV, ligne 60-61).

Nous lui soumettons la notion de référence. Dans ce service les soignants travaillent avec cette notion, chaque enfant a donc un référent, qui va connaître plus en détail son histoire, c'est lui qui va être le plus en relation avec sa famille et avec l'école si l'enfant est scolarisé. Dans leur service chaque référent est très repéré par l'enfant, mais Agnès soulève le fait qu'il faut que l'enfant se sente en sécurité aussi avec les autres soignants. Pour elle la notion de référence peut être très porteuse sur certain type de pathologie, mais elle pense qu'il existe un risque de s'appropriier l'enfant et de faire un transfert, si cela n'est pas guidé et supervisé par l'équipe « *Après je pense que la notion de référence peut être plus porteuse sur certaine pathologie, pour les enfants carencés, c'est quand même un repère le référent souvent pour l'enfant, mais rapidement, enfin moi je pense qu'après il y a le risque de l'appropriation de l'enfant. C'est le travers de la référence.* » (Annexe IV, ligne 88-91). « *Un transfert qui peut être négatif, ou positif, mais bon quand même voilà quoi. Donc je pense que c'est le risque de la référence et si elle n'est pas un peu guidée et supervisée par l'équipe quoi.* » (Annexe IV, ligne 93-95).

Comme nous l'avons vu dans notre cadre de référence, pour être accueilli, l'enfant a besoin de ressentir un sentiment de sécurité, qui va s'appuyer sur une personne de « référence », ce qui va permettre à l'enfant de se sentir exister à travers le partage des émotions, la contenance au débordement, la consolation ainsi que la satisfaction de ses besoins vitaux.

Comme Agnès le dit il peut être porteur pour certain enfant d'avoir une référence sur le lieu de soin, mais il est nécessaire que l'enfant se sente en confiance avec les autres adultes, car le soignant ne peut pas prendre la place du parent. De plus si le référent est un jour absent sur une durée déterminée ou indéterminée pour X raison, l'enfant doit pouvoir se sentir en sécurité sur le lieu de soin, et surtout ne pas vivre cette séparation comme un abandon.

Il est favorable que l'enfant puisse avoir des interactions d'émotion positives avec plusieurs soignants pour qu'il puisse développer sa confiance. Pour John Bowlby c'est ce mécanisme qui caractérise une relation d'attachement « sécuritaire ».

Par ailleurs le nombre de soignant doit rester restreint. Comme Anne Tardos le décrit l'enfant a besoin d'une continuité tant sur le plan matériel que social, qui lui donne un cadre et lui permet de se sentir sécurisé.

Pour Agnès ce qu'il manque à la structure c'est du temps. Le temps donné aux enfants pour leur prise en charge n'est pas suffisant « *Un enfant qui va rentrer actuellement, le maximum de soins qu'il aura c'est quarante pourcents de temps et encore il est bien doté* » (Annexe IV, ligne 113-114). Elle constate ces faits par rapport à sa carrière « *Moi je vois au cours de ma carrière, un enfant il rentrait, il avait le temps, je veux dire, on ne travaillait pas avec le temps, on travaillait, comment dire, l'enfant il arrivait, déjà on commençait à le déscolariser et on observait, voilà. Après on mettait en place des ateliers où la prise en charge nécessaire où que l'on pensait par rapport à cet enfant. Au plus près de l'enfant.* » (Annexe IV, ligne 106-110). Elle nous explique qu'aujourd'hui la prise en charge est tenue par les chiffres, ce qui amène à donner moins de temps aux enfants, car le temps ne se comptabilise pas. Par ailleurs dans notre cadre de référence, Anne Tardos explique certain principe qui sont incontournables aux soins. Il serait particulièrement important de pouvoir se coller au rythme de l'enfant, en lui donnant justement du temps, ce qui l'aiderait à anticiper et comprendre ce que l'on va faire ou ce que l'on fait avec lui. Il est donc nécessaire d'avoir du temps pour la prise en charge de ces enfants.

Il manque aussi un suivi psychologique pour les parents, car la pathologie de l'enfant est bien souvent liée pour elle aux parents qui ne se font généralement pas suivre sur le plan psychologique « *Parce que si l'enfant est là, c'est souvent parce que les parents ne peuvent pas consulter pour eux même* » (Annexe IV, ligne 119-120). On peut mettre en lien ces dires à notre cadre théorique lorsque Boris Cyrulnik explique qu'un enfant serait sculpté par son milieu « *Ce qui se met en place dans l'enfance n'est pas déterminé pour toute la vie, mais c'est une direction qui est quand même déterminée, une orientation qui subit les pressions du milieu* ».

Il manquerait de temps de travail réalisé sur l'extérieur, car elle nous explique que, pour que l'enfant soit socialisable et sociable, il faut qu'il ait des liens extérieurs, car pour pouvoir se développer, l'enfant ne peut pas qu'exister dans sa famille et/ou dans une institution.

Elle soulève aussi le fait que les repas sont un support de soin dans leurs institutions mais qu'il est compliqué de travailler autour de ce support car la qualité de la nourriture serait médiocre. Pour terminer elle trouve que le suivi de soin est compliqué quand les enfants sortent de l'institution.

Agnès pense que réfléchir un lieu de soin pour un enfant contribue au soin, car c'est une réflexion sur ses besoins « *Oui bien sûr, parce que pour moi c'est que déjà tu commences à réfléchir sur les besoins de l'enfant donc en soit déjà tu transfères quelque chose inconsciemment, d'un désir pour lui voilà donc bon après ça ne fait pas tout c'est sûr que, mais à l'origine, c'est réfléchi, les ateliers sont réfléchis* » (Annexe IV, ligne 160-163). On peut faire le parallèle de la théorie de l'attachement de Bowlby, qui montre que la relation de soin est en quelque sorte à la fois dans la demande et la réponse.

Concernant le fait que le soin fait appel à la fonction « parentale », et à la place soignante adoptée, Agnès insiste sur le fait qu'il ne faut pas se substituer aux parents « *tu peux être porteur pour l'enfants mais tu n'es pas là pour te substituer aux parents quoi* » (Annexe IV, ligne 179-180). Lorsque nous expliquons que nous posons cette question au vu de notre cadre théorique, où nous avons vu que le soin est constitutif d'une certaine manière de la relation « parentale », il existe comme une certaine réticence lors de la réponse « *Je pense qu'elle est un peu suicidaire, par ce que, oui d'accord tu te sers du repère parent enfant mais peut-être dans une fonction, ce n'est pas être le parent, ça veut dire que tu remplis, bah à des moments tu poses des interdits, à des moments tu peux être maternante. Bon si tu peux le dire mais en disant qu'à aucun moment on est là pour se substituer aux parents.* » (Annexe IV, ligne 184-187). Anne Tardos relève qu'il existe une acceptation difficile par les professionnels de santé concernant « le substitut de la mère », car bien souvent ils pensent que la fonction de mère ne peut être assurée par autrui. Par ailleurs elle précise bien le fait qu'une mère ou une famille suffisamment bonne ne pourra jamais être remplacée.

Ce substitut de mère peut être mis en lien avec la personne de référence, ce n'est pas pour autant que le soignant prend la place du parent.

3.2.2 - Conclusion des analyses d'entretien

À la suite de l'analyse de chaque entretien on peut remarquer que tous les soignant nous parle de l'accueil des enfants comme un instant donné, et plus précisément le moment de l'entrée dans le service. Ils ont plus ou moins un protocole d'entrée qu'ils suivent de manière générale.

Il existe une absence d'évocation d'une dimension affective et relationnelle. L'accueil est décrit comme une réponse aux critères donnés par l'institution.

Lors de ces entretiens les soignants ne considèrent pas l'accueil comme un portage de l'enfant qui permettrait l'accompagnant et le soutien. L'accueil s'inscrit dans un modèle biomédical voir mécaniste. C'est-à-dire que la prise en charge des patients est centrée sur la maladie au sens général, et non sur la personne malade dans sa singularité. Dans ce modèle, être en bonne santé consiste à ne pas avoir de maladie, ni de douleurs ou d'anomalie biologique, il s'appuie donc sur les processus physiques. Cette approche permet en effet d'être plus rapide et donc de gagner du temps sur le diagnostic et surtout sur la prise en charge, ce qui est particulièrement à l'honneur depuis plusieurs années déjà. La personne malade est donc réduite à être sa maladie.

Concernant un lieu favorable aux séjours de l'enfant, les soignants parlent en général des lieux, des soins délivrés et du maintien du lien parental, en effet réfléchir sur ces points est essentiel à pour que la prise en soins soit propice à l'enfant. Mais encore une fois, il n'est pas décrit la manière dont les soignants interviennent personnellement au niveau relationnel dans ce lieu décrit comme favorable.

À propos des manques dans les unités de soin, ce qui ressort le plus sont les manques matériels et humains. Il est mentionné aussi une notion de temps manquant. Ils nous décrivent chacun ce que ces manques engendrent sur le bien-être des enfants en fonction de leur service respectif.

Pour tous les soignants interrogés, réfléchir un lieu de soin pour un enfant contribue au soin, car cela permet aux soins de se dérouler dans des conditions plus favorables pour le soignant mais surtout pour le patient car le soin lui est individualisé.

Par ailleurs lorsque l'on aborde la dernière question, portant sur le fait que le soin fait appel à la fonction « parentale », il existe une certaine réticence. Les soignants sont assez vagues dans leurs réponses et se positionnent tous dans une posture « professionnelle » sans nous expliquer ce que cela représente pour eux. Il aurait été intéressant de savoir les enjeux relationnels et affectifs cachés derrière cette fameuse « posture professionnelle ».

Lors de ces entretiens la question de l'affect n'est donc jamais évoquée. Pourtant le soin incombe incontestablement une dimension intentionnelle et relationnelle indissociable.

CONCLUSION

Pour conclure, la construction de ce travail de fin d'étude nous a été très enrichissante tant au niveau professionnel que personnel. Il nous a permis d'adopter une posture réflexive en tant que futur soignant.

Suite à une situation vécue en stage sur un lieu de pédopsychiatrie, nous avons pu réfléchir à l'accueil des enfants en milieu hospitalier.

Nous avons donc dans un premier temps décrit la situation d'appel afin de percevoir le thème de ce travail. Dans un second temps nous avons construit un cadre théorique comprenant diverses dimensions associées à l'accueil d'un enfant aux sens large afin de comprendre d'un point de vue plus vaste ce que signifie accueillir un enfant. Grâce à ces références, nous avons pu établir un questionnaire abordant différents items sur l'accueil des enfants en milieu hospitalier.

Dans un troisième temps, nous avons réalisé quatre entretiens semi directifs, avec des soignants travaillant auprès d'enfants allant de la prématurité jusqu'à l'adolescence. Nous avons donc utilisé une méthode dite clinique pour ce travail.

Dans un quatrième et dernier temps nous avons analysé ces quatre entretiens, ce qui nous a permis de comprendre comment les soignants percevaient l'accueil d'un enfant.

De manière générale l'accueil est considéré par les soignants comme un moment, ils répondent à des critères. L'accueil s'inscrit donc ici dans un modèle plutôt biomédical, ce qui a biaisé notre analyse. En effet il nous a été difficile de mettre en lien les entretiens où l'accueil repose sur le modèle biomédical avec notre cadre théorique qui lui porte plus particulièrement sur l'aspect relationnel de l'accueil. De plus il existe une absence totale d'évocation de la dimension relationnelle, émotionnelle et affective des soignants, ce qui relève d'une problématique particulièrement intéressante.

Si nous avions dû poursuivre et approfondir ce travail de recherche, il nous aurait semblé être intéressant de se questionner sur ce qu'il se joue dans la relation et l'affectivité. Plus précisément de comprendre les enjeux relationnels, émotionnels et affectifs cachés derrière cette fameuse « posture professionnelle ».

La relation et plus particulièrement la relation d'aide nécessite un travail émotionnel de la part du soignant pour parvenir à mettre en place une distance relationnelle suffisante avec le soigné. L'aptitude à pouvoir maîtriser les émotions dépend de divers facteurs tels que le caractère, les valeurs et l'histoire personnelle ainsi que le parcours et l'expérience professionnelle de chacun. Cependant, le soignant peut avoir recours à des mécanismes de défenses afin de se protéger d'une situation génératrice d'angoisse pour faire face à ses propres émotions. D'autant plus, que les soignants sont confrontés à une intense charge émotionnelle dû à la maladie, la déchéance, la souffrance, et la mort.

Pour terminer, la construction de notre identité professionnelle s'est faite tout au long de ces trois années d'étude et notamment lors de ce travail de fin d'étude qui nous a demandé des remises en question sur notre pratique. Il est vrai que le métier d'infirmière nous demande de nous questionner en permanence, compte tenu de la diversité d'individus au sein de notre société. Ainsi, ce travail nous a permis d'apporter un regard critique sur notre pratique d'étudiante et nous permettra de continuer à nous questionner au quotidien, sur notre pratique professionnelle de futur soignant. Ces trois dernières années auront aussi joué un rôle fondamental sur notre construction personnelle, et notre manière de voir la vie.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

Winnicott, D. (2010). *La mère suffisamment bonne*. Paris : Payot

Winnicott, D. (2012). *La capacité d'être seul*. Paris : Payot & Rivage

Articles

Joly, V. (2018). *Donald Winnicott : Qu'est que le holding ?* En ligne <https://psy-enfant.fr/holding-donald-winnicott/>

Rousseau, D. Duverger, P. (2011). *L'hospitalisme à domicile*. Eres, 50, 127- 137. En ligne <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2011-1-page-127.htm>

Rasse, M. (2014). *Qu'est-ce qu'accueillir*. Eres, 70, 51-55. En ligne <https://www.cairn.info/revue-spirale-2014-2-page-51.htm>

Rapoport, D. (2010). *Accueillir*. Accueillir, 11. En ligne <https://www.cairn.info/accueillir--9782865868292-page-11.htm?contenu=resume>

Lecompte, J. (2019). *René Spitz le syndrome de l'hospitalisme*. Les grands dossiers des sciences humaine, 54, 34-35. En ligne [René-Spitz-le-syndrome-de-lhospitalisme.pdf](#)

Patrick Boucheron, P. (2004). *Frédéric II, l'empereur encyclopédiste*. Mensuel, 283. En ligne <https://www.lhistoire.fr>

Tardos, A. (2002). *A propos d'une expérience de substitut maternel à Loczy à Budapest*. Eres, 21, 85-90. En ligne <http://www.cairn.info/revue-spirale-2002-1-page-85.htm>

Lehmann, JP. (2007). *Un concept méconnu de la clinique de Winnicott : Le narcissisme primaire*. Harmattan, 28, 39 – 53. En ligne <https://www.cairn.info/revue-che-vuoi-1-2007-2-page-39.htm>

Tereno, S. Soares, I. Martins, E. Sampaio, D. Carlson, E. (2007). *La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique*. Médecine & Hygiène, 19, 151- 188. En ligne <https://www.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151.htm>

Bacon, RJE. (2000). *L'enfant de Winnicott*. In *Press*, 1, 59- 69. En ligne <https://www.cairn.info/revue-libres-cahiers-pour-la-psychanalyse-2000-1-page-59.htm>

Duverger, P. Rousseau, D. (2011). *L'hospitalisme à domicile*. *Eres*, 50, 127-137. En ligne <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2011-1-page-127.htm>

Worms, F. (2006). *Les deux concepts du soin*. *Vie, médecine, relations morales*.

Cyrulnik, B. (2021). L'enfance est une direction, elle ne s'achève pas. *Les chemins de la philosophie*, 80, 58 min. En ligne <https://www.franceculture.fr/emissions/les-chemins-de-la-philosophie/les-chemins-de-la-philosophie-emission-du-vendredi-05-mars-2021>

ANNEXE

Annexe I : Retranscription de l'entretien de Yann.....	I
Annexe II : Retranscription de l'entretien d'Aurélie	IV
Annexe III : Retranscription de l'entretien de Pauline.....	IX
Annexe IV : Retranscription de l'entretien d'Agnès	XV
Annexe V : Grille d'analyse de chaque entretien.....	XX
Annexe VI : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude	XXIX

ANNEXE I : Retranscription de l'entretien de Yann

1 Entretien de Yann, infirmier puériculteur en service pédiatrie grand enfant.
2 Diplômée IDE en 2013 et Puériculteur en 2014.
3 Durée de l'entretien : 9 minutes.

4
5 **Moi : Pour mon travail de fin d'étude je m'intéresse aux séjours des enfants en milieux
6 hospitalier. Pouvez-vous me parler de l'accueil de ces enfants, le premier contact et ce qui
7 vous paraît important.**

8 **Yann :** Pour moi c'est la présentation du service, me présenter moi, la présentation des soins,
9 en général je leurs demande si ils sont déjà venus, si ils connaissent le milieu hospitalier, parce
10 que je trouve que nous, ça nous paraît , surtout avec le temps ça nous paraît , c'est habituel, on
11 connaît bien, mais un enfant qui arrive, et qui débarque, c'est tout nouveau, les parents aussi ça
12 les effraient , pour qu'ils aient un peu moins peur je leurs fait la présentation du truc et je leurs
13 demande si eux, ils savent ce qu'on va leurs faire. Après souvent s'ils arrivent avec des cathéters
14 je leurs explique à quoi ça sert ce qu'ils ont eu, par ce que souvent je sais que ça les a
15 traumatisés, je leurs explique à quoi ça sert pourquoi ils l'on eut, que du coup que quand je vais
16 réintervenir dessus, en général ils n'auront pas les mêmes sensations qu'ils avaient eu, qu'ils ne
17 sentiront pas. Apres je leurs explique en général, tout ce que je leurs fait, tout ce que je dois
18 leurs faire, le temps que ça durera, etcetera

19 **Moi : Est-ce que vous pourrez vous appuyer sur un ou plusieurs exemple, concret
20 d'accueil, ou standard ?**

21 **Yann :** Un exemple standard, peut-être pas concret, je n'en ai pas en tête, mais ouais un
22 exemple standard, je me présente, qu'est-ce qu'on va lui faire, pourquoi il est là, par ce que
23 souvent ils se réveillent et on est où là ? alors je leurs explique que c'est leurs chambres, et les
24 soins qui vont être fait.

25 **Moi : Comment pourrez-vous définir un lieu favorable au séjour d'un enfant ? En vous
26 appuyant sur des exemples et en m'expliquant pourquoi ce lieu serait favorable ?**

27 **Yann :** Que ce soit le plus proche de ce qu'il connaît habituellement c'est-à-dire, par exemple
28 l'école que nous avons dans le service nous permet d'avoir un lieu où ils ne sont pas dans les
29 soins et où ils continuent un peu ce qu'ils font à leurs écoles, même si ce n'est pas le même
30 style d'école. Il y a aussi la salle de jeux, tout ce qu'il peut être un peu en dehors du soin, nous
31 on sait, mais il faut que ce soit vraiment le plus ponctuel possible, ça reste des enfants plutôt
32 que des petits malades.

33 Et après ce qui est le plus favorable possible pour moi, c'est que le parent soit toujours présent,
34 au maximum présent, tant qu'on peut, peu importe le soin. Apres ce n'est pas le cas de tous les
35 soignants, il y a des soignants qui n'aiment pas avoir les parents parce que ça les gêne, ça les
36 déstabilise un peu. Moi je fais partie de ceux à qui on a appris que d'avoir un parent c'était
37 plutôt bien et bénéfique, donc ça c'est plus mon point de vue.

38 **Moi : Pour la prise en charge c'est plus favorable ?**

39 **Yann :** Oui c'est plus simple, on voit bien que l'enfant s'il n'a pas la confiance du parent... Un
40 parent qui n'a pas confiance, l'enfant n'a pas confiance, déjà quand le parent a confiance, ce

41 n'est pas toujours évident, alors si tu n'as pas le parent avec toi pour faire ce qu'il y a à faire...
42 Ça prend plus de temps, c'est comme tout, il faut bien préparer le terrain, c'est sûr, ça demande
43 de l'énergie, ça demande des efforts mais après, tu es récompensé car il va te suivre, beaucoup
44 plus facilement en tout cas.

45 Je peux te donner un exemple, avec les enfants diabétiques, qui vont rester dix jours, dix, quinze
46 jours, si dès le départ, tu arrives à les mettre en confiance, que tu ne vas pas leurs mentir, tel
47 jour tu vas avoir ça, tel jour tu vas avoir tant de piqûre, tu vas avoir des piqûres tous les matins
48 à tel heure, ça fait partie du soin.

49 Le fait d'être vrai avec, il ne faut pas leurs dire, non tu n'auras jamais de piqûre, non tu n'auras
50 jamais mal, tout va très bien, plutôt leurs dire que oui c'est vrai, ça ne va pas forcément bien se
51 passer à chaque fois, mais que la plupart du temps ça se passe bien. Il faut être vrai avec eux, il
52 faut être honnête je trouve.

53 On prend donc en charge tant le parent que l'enfant, c'est obligé, par ce que tu ne peux pas...
54 de toute façon eux en général ils veulent être intégrés. Après ils le connaissent bien aussi, il y a
55 des choses que nous on a d'un œil médical, eux ils le connaissent dans la vie de tous les jours,
56 si tu n'as pas leurs regards tu ne peux pas le traiter aussi bien.

57 **Moi : D'accord. Pensez-vous que certaines choses manquent dans votre unité et pourquoi**
58 **elles manquent ?**

59 **Yann :** Qu'est-ce qu'ils nous manqueraient... En termes de moyen ce qu'il nous manquerait,
60 parfois un peu, c'est peut-être des outils de ... comment on appelle ça... On a la tablette par
61 exemple ce qui permet de s'évader un peu quand il y a des soins à faire, notamment. Mais on
62 aurait un peu plus de système de jeux, de chose comme ça, peut-être qu'il y aurait des soins qui
63 serait un peu plus facile.

64 Ce qui manque pour moi aussi c'est tout ce qui est occupationnel pour le week-end, si je prends
65 l'exemple de ces grandes ados, alors les plus petits enfants les parents ils arrivent toujours à les
66 occuper, mais les grandes ados qui sont un peu toutes seules, tout ça, tout le week-end elles le
67 passent du vendredi soir au lundi matin sans activité, sans rien faire, enfermées ou avec la télé,
68 ça c'est un truc qu'il manque un petit peu.

69 Après on va dire que c'est administratif pour ce problème-là, après le reste on va dire qu'on
70 peut faire un bon accueil et garder un bon lien, à priori on peut, on fait le maximum en tout cas.

71 **Moi : Et avant la crise sanitaire du COVID, vous aviez sept enfants en plus dans le service,**
72 **en termes de soignant vous étiez assez ? ou ça dépend des pathologies ?**

73 **Yann :** C'est pas tant le nombre, c'est vrai que des fois avec vingt-deux lits à deux ça aller, et
74 des fois avec dix ou quinze lits , tu t'en sors pas par ce que bon, ça dépend de la façon dont tu
75 as des pathologies qui apriori ne te demanderont pas beaucoup de temps et qui en fait , ça va
76 être très chronophage par ce qu'il faut beaucoup rassurer quoi, et tu as des pathologies, des
77 enfants qui ont des pathologies plus lourdes, plus compliquées et tu vas te dire que tu vas y
78 passer un temps fou, alors qu'en fait on les voient quasiment pas parce que c'est le parent qui
79 gère beaucoup , par ce qu'on y va que pour le soin, voilà. Donc finalement ce n'est pas tant le
80 nombre.

81 Ce qui est le plus long quand il y a le nombre, c'est la visite médicale qui te prend du temps
82 dans la journée, qui te parasite un peu plus. Tu as ta visite mais tu ne peux pas la suivre de A à

83 Z, clairement par ce que tu es toujours parasité par d'autre truc. Après c'est comme tout tu n'as
84 que deux bras, deux jambes et une tête donc...

85 **Moi : D'accord. Et pensez-vous que réfléchir à un lieu de soin pour un enfant contribue**
86 **au soin ?**

87 **Yann :** Oui, par ce que tout simplement, déjà si c'est quelque chose d'adapté pour faire que ça
88 par exemple, c'est un peu comme je disais pour l'école ou pour la salle de jeux, c'est des
89 endroits qui sont dédiés à faire ça. Un service comme nous, bah, l'enfant ne fera pas la
90 différence, peu importe où il est dans le service, ça va être un endroit où on va la lui faire des
91 soins, où on va lui faire des choses qui ne lui plaisent pas forcément. Alors que si tu as un lieu
92 de soin, comme nous essayons de le faire dans notre labo avec notre tablette etcetera, c'est pour
93 ça qu'en général, nous disons aux personnes que nous préférons les amener là pour faire les
94 soins, c'est que quelque part il se dit, à cet endroit-là on va me faire ça mais dans ma chambre
95 je suis protégé, ouais c'est mon univers. C'est sur ça reste une chambre, d'ailleurs on le dit par
96 abus de langage, bah ça c'est ta chambre, bah non ce n'est pas sa chambre, c'est une chambre
97 qu'on t'alloue par ce que tu es la aujourd'hui, mais ce n'est pas ta chambre. Même s'il y en a
98 certain qui l'investit un peu plus que d'autre. En effet avoir un lieu de soin, pour moi c'est plus
99 judicieux, et puis ça permet de cloisonner, souvent les enfants sont très, voilà ça sa sert à ça,
100 l'école elle sert à ça, quand je vais chez papi mamie ça se passe comme ça donc voilà, c'est plus
101 facile. Un adulte il va se dire oui une prise de sang en chambre ce n'est pas grave, je suis assez
102 fort pour me dire que ma chambre, bah ce n'est pas qu'un lieu où l'on va me faire du mal. Pour
103 un enfant si tu arrives avec ta piqûre le matin pour lui faire sa piqûre dans son lit, s'il n'est pas
104 protégé dans son lit avec son doudou c'est compliqué ...

105 **Moi : D'accord alors j'ai juste une dernière question. Le soin fait appel à la fonction «**
106 **parentale », quelle posture adoptez-vous en tant que soignant ?**

107 **Yann :** Ouais je ne sais pas si on peut vraiment parler de fonction parentale, mais après je pense
108 qu'on a une posture professionnelle, qui nous permet de nous protéger... d'une certaine manière
109 quoi...Après oui parfois il y a des enfants qui nous font plus de peine que d'autre, mais voilà
110 ça dépend.

111 **Moi : D'accord... merci pour l'entretien.**

ANNEXE II : Retranscription de l'entretien d'Aurélie

1 Entretien d'Aurélie, infirmière puéricultrice en service de pédiatrie grand enfant.

2 Diplômée IDE en 2007 et Puéricultrice en 2013.

3 Durée de l'entretien : 22 minutes.

4

5 **Moi : Le sujet de mon TEFÉ porte sur le séjour des enfants en milieu hospitalier. Pouvez-**
6 **vous me parler de l'accueil de ces enfants, le premier contact, ce qui vous paraît**
7 **important ?**

8 **Aurélie :** Ce qui me paraît important c'est déjà de savoir pourquoi ils sont là ... parce que ce
9 n'est pas toujours le cas, c'est mieux quand même quand on sait.

10 Après de temps en temps les urgences, parce qu'ils viennent, nous, des urgences clairement,
11 parfois nous font une transmission sur l'état des parents aussi, par ce que c'est hyper important
12 de savoir aussi comment ils sont, de manière générale on va dire qu'ils sont quand même très
13 stressés les parents parce que, on ne vient pas tous les jours à l'hôpital, donc c'est un milieu qui
14 est assez angoissant. Donc le tout c'est de les accueillir dans la bienveillance, après d'être à
15 l'écoute aussi de ce qu'ils peuvent nous dire. Voilà après d'accueillir tout ça sans jugement ni
16 voilà, c'est des fois compliquées de le faire. Mais c'est vrai qu'il faut prendre en compte leurs
17 taux de stress, et puis aussi le pourquoi ils sont là.

18 **Moi : Pouvez-vous vous appuyiez sur un ou plusieurs exemples concrets d'accueil ?**

19 **Aurélie :** D'accueil idéal ou d'accueil qui a merdouillé ?

20 **Moi : Oui je veux bien les deux.**

21 **Aurélie :** Les deux, allez. D'accueil idéal je n'ai pas d'exemple en particulier, mais bon
22 effectivement quand tu sais pourquoi ils sont là, tu peux t'adapter à l'âge de l'enfant. Pourquoi
23 il est là, tu sais déjà dans ta tête ce que tu vas devoir faire comme soin, ce que tu déroules dans
24 ta tête sur ce qu'il va se passer, du coup tu peux informer aussi les parents de ce qui va se passer
25 tout ça.

26 De manière générale, moi quand ils arrivent, je leurs dit que je vais regarder plus précisément
27 le dossier médical même si je sais à peu près à quoi m'en tenir. Je préfère quand même jeter un
28 coup d'œil puis justement il y a ces infos là qu'on n'a pas forcément par téléphone. Mais ces
29 infos de, peut être comment est le parent, par ce que parfois ils sont très énervés, très agressifs
30 même. Ça permet aussi, ouais, de voilà, de se positionner, de savoir comment on va amener les
31 choses.

32 Ensuite d'accueil qui merdouille, bah voilà, ça nous arrive régulièrement que les urgences
33 oublient de nous appeler, donc là il y a le petit au milieu du couloir, je vous amène le petit
34 machin, le petit truc, bah je ne sais pas on va le mettre où. En fait on ne sait pas pourquoi il est
35 là, on ne sait pas où le placer, ni dans quelle chambre, ça fait une espèce de flottement et je
36 trouve que c'est super mauvais comme départ par ce que du coup les gens ils ne se sentent pas
37 attendus, donc à mon avis ils ne se sentent pas respectés, par ce qu'ils sont là au milieu du
38 couloir, ça fait un peu, ha bah je ne sais pas, comme si en fait ils nous dérangeaient. Enfin je
39 pense que ça peut être très mal perçu en fait. Du coup je n'aime pas quand on... Par ce que déjà

40 je trouve qu'on part mal quoi. Alors après bien sûr on rattrape toujours, enfin plus ou moins,
41 mais quand même on rattrape, c'est vrai que c'est vraiment très délicat de commencer comme
42 ça parce que, enfin je trouve, moi je me mets à la place des parents, je trouve que ce n'est pas
43 très respectueux quoi, donc bon après nous on n'y est pour rien, quand on ne sait pas, on ne sait
44 pas quoi, mais voilà quoi.

45 **Moi : Comment pourriez-vous définir un lieu favorable au séjour de l'enfant, en vous**
46 **appuyant si possible sur des exemples concrets, pour m'expliquer pourquoi ce contexte,**
47 **enfin ce lieu serait plus favorable à son séjour ?**

48 **Aurélie :** Pour le séjour, pas pour l'accueil ?

49 **Moi : Oui pour le séjour.**

50 **Aurélie :** Après, une chambre assez spacieuse, c'est vrai que nous souvent on a des chambres
51 qui sont un peu riquiqui, c'est que, notamment là en période de COVID, ils n'ont pas forcément
52 le droit de se balader dans les couloirs, bon en temps normal pas trop non plus, mais là d'autant
53 plus et du coup ils restent enfermés entre quatre murs, c'est qu'une chambre un peu plus
54 spacieuse, ça serait déjà pas mal. Je pense après l'idéal, enfin je ne sais pas si c'est un idéal,
55 mais une chambre qu'ils pourraient plus personnaliser, c'est-à-dire pouvoir, je ne sais pas dans
56 l'absolu peut être changer le lit de place, à leurs guises. Comment eux ils voient la chambre ou
57 peut être un tableau sur lequel ils pourraient peut-être dessiner, je n'en sais rien, peut être un
58 truc. Plus d'activité ou plus de personnalisation possible dans les chambres, après dans la limite
59 des possibilités, sans parler de truc très extraordinaire. Après aussi dans le confort pour le parent
60 parce que c'est hyper important, les parents s'ils ont un fauteuil pourri pour dormir, forcément
61 le parent va être fatigué, il ne va pas forcément être de bonne humeur, enfin quand on est fatigué
62 on supporte beaucoup moins bien, ce qui fait que parfois c'est un peu compliqué par ce que les
63 enfants ne sont pas bien non plus. Donc ça demande beaucoup de, les parents sont très sollicités
64 par les enfants et du coup s'ils ont mal dormi tout ça ... je trouve que le confort des parents
65 c'est quand même hyper important, bah après on fait ce qu'on peut ici. Après ce n'est pas
66 quelque chose qui est forcément mis en avant au niveau de tout ce qui est hôtellerie, on n'est
67 pas en capacité de, mais pouvoir permettre aux parents d'avoir un repas en même temps que
68 leurs enfants tout ça, c'est tout une question de logistique, mais c'est vrai que moi je pense que
69 ça pourrait contribuer au bien-être de l'enfant, si le parent est déjà mieux accompagné dans ce
70 moment-là je pense que ça peut être aussi bénéfique pour l'enfant. Parce qu'après pour l'enfant
71 lui-même, voilà une chambre plus spacieuse peut-être plus d'activité, plus de personnalisation
72 possible dans la chambre, pourquoi pas, je pense que ça peut être un moyen que le séjour se
73 passe de façon plus agréable.

74 **Moi : Tout comme l'école et la salle de jeux que vous avez dans le service...**

75 **Aurélie :** Oui la salle de jeux pour sortir des quatre murs de la chambre aussi, et penser un peu
76 à autre chose que de rester bloqué dans sa chambre et être bloqué sur les soins et tout ça.

77 **Moi : D'accord. Et pensez-vous que certaines choses manquent à l'unité et pourquoi ?**

78 **Aurélie :** Alors comme je disais tout à l'heure, au niveau des chambres elles ne sont pas
79 adaptées, après c'est un vieux bâtiment donc voilà, ils ont essayé de mettre des couleurs pour
80 cacher la misère, franchement ce n'est pas voilà, au niveau déco on n'y est pas quoi. C'est pas
81 du tout moderne, voilà tout le matériel part en déconfiture, donc régulièrement on a un fauteuil
82 qui ne marche pas, ou voilà. On a eu récemment, enfin il y a deux trois ans, des fauteuils pour
83 faire dormir les parents, ils sont plus agréables que nos vieux fauteuils, mais il n'empêche qu'on

84 a toujours de vieux fauteuil qui ne sont toujours pas très agréable, voilà, pour les parents. Après
85 c'est tout une question de budget, c'est comme l'histoire de logistique pour les repas de parents,
86 en fait ça ne rentre pas dans la tortue repas, voilà, clairement pour l'instant en tout cas on n'a
87 pas trouvé de solution à ça.

88 Après au niveau de la déco, il faudrait, en fait il faudrait refaire le service, tout simplement, le
89 mieux se serait effectivement des chambres seules, mais on a que des chambres doubles. Là ça
90 va les chambres ne sont pas doublées, mais quand elles sont doublées ... Franchement quand
91 tu as deux pompes dans la chambre tout ça, tu as des, enfin, le confort ni est pas quoi et voilà.
92 Mais ça, ça demande une restructuration complète du bâtiment, enfin on n'y est pas par ce qu'il
93 n'y a pas les moyens et que là on est en train de gérer autres choses et du coup ce n'est pas
94 possible, mais c'est que, je pense qu'il faudrait carrément tout restructurer. Les chambres sont
95 mal agencées, il n'y a pas assez de place, les lits ne passent pas les portes, a un moment donné
96 les choses sont mal faites quoi, donc là après dans l'absolue, on ne peut pas faire grand-chose
97 a ça si ce n'est d'essayer de voilà, entre l'école, la salle de jeux, d'essayer de divertir, après tout
98 ce qui est déco de chambre tout ça s'est compliqué quoi, après c'est une histoire de locaux, c'est
99 une histoire de logistique qui ne nous appartient pas forcément.

100 **Moi : Et en termes de moyen humain, de soignant par rapport au nombre d'enfant, êtes-**
101 **vous assez pour que le milieu reste favorable aux soins ?**

102 **Aurélié :** Alors là dans l'état actuel des choses effectivement on a entre guillemet que quatorze
103 patients donc au lieu des vingt-et-un la qualité de travail est bien meilleure. On parler tout à
104 l'heure de tout ce qui est bienveillance et travail entre guillemet bien fait, c'est-à-dire qu'avec
105 quatorze patients ça nous permet de garder ce côté humain. C'est-à-dire que bah si une maman
106 a besoin de parler pendant quarante-cinq minute bah on parle pendant quarante-cinq minute,
107 après c'est le défaut du système de l'hôpital et du système public, la dans tous les hôpitaux de
108 France je pense que c'est pareil, c'est que jusqu'à présent la pédiatrie était relativement protégée
109 et que là on arrive a de la rentabilité de partout et que la rentabilité fait que bah que en fait si tu
110 n'es pas rentable ça ne va pas quoi. Donc on essaie de gagner sur tous les terrains, donc
111 effectivement quand on a vingt-et-un enfant en lit c'est compliqué, franchement c'est
112 compliqué, sans parler de travail, voilà tout façon on est là pour travailler, ce n'est pas une
113 question de prendre des pauses ou quoi en soit sans parler de ça. Voilà le côté humain forcément
114 on zappe certains trucs quoi. Notamment nous on a des ado qui sont en souffrance quand ta un
115 service blinder, et que t'as trois crises d'asthme, deux crises convulsives, effectivement tu vas
116 faire l'économie de quoi, tu vas faire l'économie de la patiente qui est là pour soucis psy, par
117 ce que c'est la seule entre guillemet qui n'a pas de soins techniques , que les soins techniques
118 qu'il faut que tu coches sur ton tracker là, ça tu vas le faire, tandis que la relation d'aide, ça bah
119 ça passe à l'As quoi, ou tu vas rester cinq minutes, et ça c'est hyper dommage car ces enfants
120 elles sont là pour ça et au final tu ne vas pas pouvoir faire ton travail correctement. Donc comme
121 je te disais une maman que tu sens en détresse ou que voilà qui se sent pas bien qui est très
122 stressée car son enfant est malade alors, peu importe l'état de l'enfant puisque des fois il y a
123 des parents qui sont hyper stressés pour un enfant qui va plutôt bien, mais peu importe l'état de
124 l'enfant, mais après c'est l'état du parent qu'il faut vachement prendre en compte aussi et voilà
125 toute cette partie-là , tu vas la zapper, pas volontairement , mais tu vas la zapper car
126 effectivement à vingt et un enfants selon les pathologies , tu ne vas pas forcément prendre le
127 temps. Parce que c'est des choses qui demandent du temps, d'être en relation avec les gens, de
128 pouvoir avoir une discussion sur tout ce qui est le côté de la maladie de leurs enfants, peu
129 importe la maladie, que ce soit chronique ou pas. Les gens ils ont besoin d'être rassuré, d'être

130 informé sur ce qu'il va se passer, et puis voilà quand tu as vingt et un enfant c'est compliqué.
131 Tu vas entendre des chiffres qu'on te dit que pour vingt-et-un vous êtes quatre, on est deux puer
132 et deux AP, on n'a pas les mêmes fonctions, on n'a pas les mêmes choses à faire. Alors c'est
133 sûr que quand on regarde quatre pour vingt-et-un ça fait beaucoup mais parce qu'ils ne
134 regardent que les chiffres. Donc peu importe la fonction, peu importe ce que tu as à faire.
135 Franchement oui quatre pour vingt-et-un c'est peut-être beaucoup, mais honnêtement ne serait-
136 ce que pour un bilan ou pour une pose de cath sur un enfant, tu prends beaucoup plus de temps,
137 parce que tu vas discuter, tu vas aller brancher la tablette, tu vas lui mettre du MEOPA, et ça
138 sollicite au moins deux personnes par ce qu'il faut quelqu'un qui tienne et que voilà, et ça ce
139 n'est pas pris en compte en fait. Par ce qu'effectivement par rapport à un service adulte ou tu
140 vas poser ton cat en quinze minute, là en quinze minute tu auras à peine commencé ta
141 préparation quoi, et c'est ça qui pêche en fait, et c'est ça, c'est la prise en compte de tous les à
142 côté de ça, notamment chez un enfant. Tu ne peux pas arriver chez un enfant et dire ah on va
143 faire la prise de sang du jour, enfin non, ce n'est pas possible donc voilà. Donc des fois
144 effectivement à vingt et un lits c'est compliqué, par ce que tu n'as pas envie d'être violent avec
145 les gens mais par moment tu l'es par ce que ça, par ce qu'il faut aller vite, par ce qu'il faut faire
146 des soins.

147 **Moi : D'accord, pensez-vous que réfléchir un lieu de soin contribue à un soin ?**

148 **Aurélie :** C'est-à-dire ?

149 **Moi : C'est-à-dire, le fait de réfléchir un lieu de soin est un soin en lui-même ?**

150 **Aurélie :** Oui ça peut y contribuer, après ce n'est pas forcément un lieu, par ce que, on n'a pas
151 forcément le choix du lieu. Enfin comment dire. Le choix du lieu reste limité, clairement, pour
152 les soins c'est soit la chambre soit la salle de soin donc ça reste limité après il y a des fois on
153 n'a pas le choix, c'est-à-dire qu'il y a des enfants qui peuvent être isolés, on va être obligé de
154 faire les soins en chambre. Après effectivement tu peux essayer de divertir tout ça, tu peux
155 toujours essayer d'adapter ton lieu à ton soin voilà. Donc nous après c'est plutôt de l'adaptation
156 mais ce n'est pas vraiment une réflexion sur le lieu en plus même, par ce que le lieu tu ne
157 pourras pas le changer. Donc en fait c'est effectivement l'adaptation au lieu, du lieu au soin.

158 **Moi : Et le fait de réfléchir à cette adaptation est un soin au bout du compte ?**

159 **Aurélie :** Ça fait partie du soin, ça fait partie intégrante du soin par ce que notamment en
160 pédiatrie il faut que tu t'adaptes à chaque enfant et que si tu n'as pas réfléchi avant, des fois tu
161 te dis, ah aller une grande ado de treize ans ça va aller pour la pose du cath machin et au final
162 elle a un capital veineux qui est assez pourri, on a déjà galéré pour lui poser des cath ou lui faire
163 des bilan sang, elle va arriver , elle va être comme ça quoi , elle va être hyper stressée, elle va
164 y aller à reculons. Alors déjà d'aller, de faire la démarche, je vais aller lui demander si elle
165 préfère que l'on reste dans la chambre, si elle préfère qu'on aille en salle soins, voilà je lui
166 propose le MEOPA, en général de façon assez systématique ici on pose de la crème EMLA,
167 enfin voilà on essaie de s'adapter en fonction. On ne peut pas arriver, effectivement, de toute
168 façon voilà chez l'enfant tu ne peux pas arriver sur le soin comme ça, faut que tu t'adaptes de
169 toute façon, et à l'âge et à la pathologie et aux antécédents. Par ce que tu as des enfants qui vont
170 arriver c'est la première fois qu'ils vont être piqué et tu en as ça fait voilà, ils ont des antécédents
171 de maladie de fou et voilà ils ont l'habitude quoi. Malheureusement pour eux ils ont l'habitude
172 dans un sens comme dans l'autre c'est à dire que soi ça peut très bien se passer par ce qu'ils ont
173 l'habitude et voilà soit c'est voilà c'est l'horreur. Donc de toute façon on est obligé en pédiatrie
174 de réfléchir à l'adaptation du lieu par ce qu'il faut vraiment être très ciblé si tu veux que ton

175 soin se passe bien tu ne peux pas y aller comme ça, comme on disait tout à l'heure de façon
176 automatisé on ne peut pas ce n'est pas possible.

177 **Moi : D'accord merci. Alors le soin fait appel à la fonction « parentale », quelle posture**
178 **adoptez-vous en tant que soignant ?**

179 **Aurélie :** Après de toute façon en tant que soignant on a une fonction parentale, voire maternelle
180 tant dans les services d'enfants que d'adultes en fait. Le soin en lui-même fait appel à notre côté
181 maternel, ça c'est clair. Après effectivement, mais je pense, je n'ai jamais vue trop de confusion
182 entre les deux, c'est-à-dire qu'il y a ce côté maternel, mais personne n'est maternisant, je ne
183 sais pas comment on peut dire ça. C'est-à-dire qu'on ne se prend jamais à la place du parent en
184 fait. Par ce que ça pourrait être le risque, mais après la posture effectivement, on fait des soins
185 parce qu'on est obligé, c'est pour la santé de l'enfant, donc je pense que ce côté maternant nous
186 permet d'être justement bienveillant et à l'écoute de l'enfant et du parent parce que tout façon
187 il ne faut jamais oublier le parent. Comme je dis depuis tout à l'heure un parent qui ne va pas
188 bien, forcément le petit c'est une éponge donc forcément le petit ça ne va pas bien se passer.

189 **Moi : Et comment vivez-vous cela en tant que soignant ?**

190 **Aurélie :** Après quand tu es soignant, tu as une posture professionnelle qui fait que voilà. Après
191 personne n'est parfait, puis on est des êtres humains, après effectivement tu as des enfants, tu
192 vas leurs faire un soin ça va te faire de la peine par ce que tu es un être humain aussi donc
193 forcément tu ressens des émotions donc... Effectivement tu en as qui vont te faire plus de peine
194 que d'autre, mais en fait il faut toujours garder à l'esprit que tu fais ça pour leurs biens en fait
195 et du coup il y a des moments où ça peut être un peu violent, ça peut être de la contention, par
196 ce que chez l'enfant bah il y a un moment donné on est obligé de passer par la contention. Peut-
197 être pas le chantage, mais ce n'est pas loin des fois. Mais malheureusement des fois on est
198 obligé d'en passer par là par ce que l'enfant ne te donnera pas son accord, il y en a ils n'ont pas
199 envie, bah ils n'ont pas envie point. Voilà. Sauf que malgré tes négociations tu peux essayer
200 plein de chose mais il n'y a rien qui va passer, donc au final tu vas te retrouver à faire de la
201 contention et effectivement ça fait de la peine et tu n'as pas envie d'en arriver là. Après le tout
202 c'est de leurs expliquer.

203 **Moi : D'accord, merci beaucoup.**

1 **ANNEXE III : Retranscription de l'entretien de Pauline**

2 Entretien de Pauline, infirmière puéricultrice en service de réanimation néonatale.

3 Diplômée IDE en 2016 et Puéricultrice en 2017.

4 Durée de l'entretien : 21 minutes.

5

6 **Moi : Je m'intéresse aux séjours des enfants en milieux hospitalier, peux-tu me parler de**
7 **l'accueil de ces enfants, le premier contact ce qui te paraît important ?**

8 **Pauline :** Alors moi c'est un peu particulier, par ce que comme je suis en néonats soins intensifs,
9 souvent le premier accueil, c'est un accueil d'urgence, donc c'est-à-dire que ça va être, soit un
10 nouveau-né que l'on va accueillir en salle de réanimation, donc on va faire des soins d'urgence.
11 Soit ça peut-être un transfert d'un bébé qui est né prématuré et un transfère pour
12 rapprochement familiale, c'est-à-dire que c'était un très grand prématuré donc il a dû partir en
13 réanimation donc soit sur Nîmes, soit sur Marseille et qui du coup s'est stabilisé et revient chez
14 nous par ce que les parents habite dans la région donc c'est plus simple donc là c'est déjà un
15 accueil bah qui se fait moins dans l'urgence mais un accueil qui est différent aussi au niveau de
16 l'accompagnement parce que donc... je t'expliquerais après. Et le troisième accueil ça peut être
17 un accueil des urgences, un enfant pas forcément un nouveau-né, par ce que nous en fait on a
18 les prématurés nouveaux née, et jusqu'à quatre semaines. Si c'est un bébé qui est rentré à la
19 maison et qui vient aux urgences pour perte de poids, et il a deux semaines et puis il ne reprend
20 pas son poids de naissance tout ça, aller hop il vient en néonats. Et ça peut être aussi un nouveau-
21 né, née sous X, donc il va très bien donc c'est juste un hébergement.

22 Donc en fait on a quatre sortes, on va dire d'entrée. Donc la première... Repose moi la question
23 de départ s'il te plait ?

24 **Moi : Donc le premier contact et ce qui te paraît important ? mais les modes d'entrée aussi**
25 **c'est important...**

26 **Pauline :** Oui voilà. Alors le premier contact nous ça va être, le premier contact, comme ce sont
27 de nouveau née et qu'il ne parle pas, on va beaucoup être dans l'observation. C'est-à-dire que
28 si c'est de l'urgence on être dans l'urgence et on va faire tous les soins urgents et vitaux
29 nécessaire, et sinon on va être beaucoup dans l'observation dans le sens où la prématurité fait
30 qu'il y a beaucoup de pathologies liées à la prématurité et que si on passe à côté de ça, ça peut
31 être très grave donc on va être sur une surveillance de l'état général, des organes, des fonctions
32 vitales on va dire de tous ce qui est les paramètres vitaux, le cœur, la respiration. Une fois que
33 le bébé il est scopé, ça va être en fait plein de paramètres qui ne sont pas forcément vitaux pour
34 un adulte mais qui le sont pour un nouveau-né, c'est-à-dire qu'il faut surveiller la température,
35 la fonction digestive... Comme ils sont prématuré souvent il ne digère pas bien, s'il ne digère
36 pas bien ils peuvent faire des entérocrites, donc il y a une partie des intestins qui nécrose, ça
37 peut être très très grave et ça peut amener au décès. Donc en fait l'entrée nous elle va se faire
38 soit dans l'urgence et ça va être beaucoup de technicité et de visuels, soit ça va être plus cool
39 dans le sens que ça va être une entrée des urgences pas très grave, il y a les parents, ou soit il y
40 a un transfert. Le transfert se fait avec les parents et on la joue plus cool, on essaie de mettre en
41 confiance, d'instaurer une relation de confiance dès le début avec les accompagnants qui
42 généralement sont les parents. On leurs explique tout, on est on essaie de leurs laisser beaucoup
43 d'autonomie dans les soins.

44 Des fois ça leurs fait bizarre d'ailleurs parce que comme ils reviennent de réanimation, en
45 général en réanimation ils n'ont eu le droit de rien faire et là, petit à petit en fait ils investissent
46 leurs rôles de parents, du coup au début ça peut-être un peu impressionnant et un peu brutal
47 entre guillemets pour eux. On est vraiment dans l'accompagnement on fait avec eux et puis
48 après voilà. Mais sinon voilà dans l'accueil c'est soit un accueil d'urgence où on va à l'essentiel,
49 soit un accueil où on a le temps et on favorise le lien, l'attachement entre les parents et le bébé.
50 En fait c'est surtout ce lien, par ce que les prématurés, si en plus de ça ils viennent d'un autre
51 hôpital, peut-être que les parents ils n'ont pas forcément eu la disponibilité d'aller sur l'hôpital,
52 soit une maman qui accouche par césarienne qui ne peut pas partir de suite, donc elle a été
53 séparée de son bébé, soit elle a des enfants à garder à la maison et elle n'a pas d'autre mode de
54 garde et elle ne peut pas aller à Marseille tous les jours, enfin pour X ou Y raison. Du coup il y
55 a la séparation entre la maman, je dis la maman mais c'est le papa aussi, la séparation parents-
56 enfants qui fait que notre rôle est vraiment d'essayer qui noue se lien. Nous ça nous est déjà
57 arrivé d'avoir un petit qui rentré à domicile il avait 6 mois, par ce que c'était un très grand
58 prématuré, il avait besoins d'oxygène jusqu'à son retour à domicile. Et en fait bah la maman
59 était complètement paniquée au moment où elle a dû le ramener chez elle, par ce qu'elle s'est
60 rendu compte qu'elle ne connaissait pas son enfant. Elle ne pouvait pas venir par ce qu'elle
61 avait d'autre enfant à faire garder, quand elle venait c'était très rapide, si c'était dans des
62 moments de sommeil et bah elle ne s'en occuper pas forcément, alors à part faire « du peau à
63 peau » tout ça, donc tous ce qui était soins... Puis après il y a des fois des parents qui ont peur
64 et qui évitent donc nous on essaie de faire tous ce que l'on peut pour que ce lien se crée, mais
65 après la prématurité fait que c'est compliqué.

66 **Moi : D'accord. Alors comment tu pourrais définir un lieu favorable aux séjours de**
67 **l'enfant ?**

68 **Pauline :** Alors bah je reviens toujours à la néonate, nous un lieu favorable ça va être un lieu où,
69 on va préserver tous ce qui est l'environnement donc on va limiter les sons, on va limiter la
70 lumière, on va limiter tous les stimuli extérieurs qui vont être néfaste au bon développement.
71 C'est-à-dire que nous, on a des chambres avec des store pour la lumière sur les couveuses on a
72 des caches couveuses, depuis peu on a des variateurs de lumière par ce qu'avant c'était soit
73 plein jour soit il n'y avait plus de lumière. Donc là avec les variateurs ça respecte beaucoup
74 plus le cycles, jours nuits, puis ils n'ont plus les spots en pleine tête. Les scopes on essaie aussi,
75 alors ça s'est un peu plus compliqué, les scopes on essaie de les mettre à un niveau bas, par ce
76 que nous de toute façon, c'est relié à la centrale, donc s'il y a un scope qui sonne, ça sonne à la
77 centrale. Mais dans les chambres on essaie que ce ne soit pas trop fort. Après il y a tous ce qui
78 est pompe d'alimentation, ça on ne peut pas gérer le son, et ça sonne un peu fort. Et on a dans
79 le service une espèce d'oreille on va dire, qui clignote rouge dès quand faite dans le service il
80 commence à y avoir beaucoup de bruit, beaucoup d'agitation. Donc là je t'ai parlé de tout le
81 contexte voilà de la chambre. Mais après un milieu favorable à son bien-être on va dire et à son
82 développement, ça va être aussi beaucoup l'ambiance générale qui se... Comment dire... Les
83 bébés on dit que c'est des éponges, et un parent stressé, va stresser le bébé. Donc on va dire
84 qu'en fait pour qu'il soit bien, il faut que les parents soient bien, qu'il n'y ait pas de stress,
85 d'angoisse, qu'il se sente aimé. On propose beaucoup aux parents de faire du peau à peau donc
86 voilà. Il va y avoir je pense tout un côté, de l'environnement, sons, lumière tout ça, de faire très
87 attention. Et après toute la sphère familiale, émotionnel, qui doit ne pas être pesant pour le bébé
88 et au contraire un environnement serein, calme, bien veillant. Que ce soit aussi par rapport au
89 soignant, par ce que nous on prodigue les soins quand il n'y a pas les parents. Ça va être par
90 exemple la façon par exemple de le porter, de le changer, pas prendre ses pieds et lui monter en

91 l'air pour lui mettre la couche mais plutôt le tourner sur le côté et garder l'arrondi du dos et du
92 bassin, faire en sorte de voilà. Par exemple le bain, faire le bain enveloppé pour qu'il reste
93 regroupé et qu'il ne désorganise pas dans l'espace, qu'il garde ses repères tout ça. Donc voilà
94 ça va être ces deux aspect-là qui vont être important.

95 **Moi : Et donc pense-tu que certaines choses manquent dans ton unité et pourquoi cela**
96 **manque ?**

97 **Pauline :** Alors oui, après il y a des groupes de travaux qui se font régulièrement pour essayer
98 de mettre en place certaines choses pour pallier au manque on va dire. Donc après exactement
99 ce qu'il manque, bon bah du personnel. Non on va dire que là avec la période du COVID c'est
100 très compliqué, mais en fait me concernant vue que je travail de nuit, normalement on est quatre
101 puéricultrices, donc quatre puéricultrice la nuit pour le service.

102 **Moi : Pour combien de bébé ?**

103 **Pauline :** Pour, bah alors il y a eu des fermetures de lit par ce qu'il fallait supprimer du
104 personnel, donc avant on était à une capacité des vingt et un lit je crois, et maintenant on est
105 passé à dix-huit. Donc administrativement c'est dix-huit lits, mais sauf que quand il y a un bébé
106 qui a besoin d'une réanimation, bien sûr on va le prendre, donc ça nous est déjà arrivé de monter
107 au-delà de dix-huit, alors qu'on n'est pas dans les clous. Donc voilà, avec le COVID, il y a une
108 unité qui s'est ouverte pour éviter de mélanger les bébés infectés et les prématurés, donc il y a
109 une puéricultrice qui se détaché dans ce service-là, donc on était plus que trois puéricultrices
110 dans le service de néonate et une puéricultrice à l'annexe, on appelait ça. Et puis au fur et à
111 mesure ça a perduré, ils ont un peu profité et donc du coup l'annexe a fermé par ce qu'il n'y
112 avait pas forcément plus de besoin que ça, par ce qu'il n'y avait pas forcément de bébé infecté
113 c'est-à-dire que des COVID il y en a eu deux et ils allaient bien, et ils sont rentrés très très
114 rapidement chez eux, ils n'avaient même pas besoins d'oxygène. Et il y a eu très peu de
115 bronchiolite par ce qu'avec le masque, le lavage des mains tout ça, tous ce qui est gastro,
116 bronchiolite tout ça, bah cet hiver on n'a pas trop connu. Donc comme il n'y avait plus besoins
117 de l'annexe, et bah ils ont pris le personnel rattaché à l'annexe, c'est-à-dire une puéricultrice,
118 qui ont fait monter à la maternité en unité kangourou, pour aider, pour renforcer. Donc ça devait
119 être que temporaire, on devait rester à trois le temps de, par ce que COVID. Et finalement on
120 est tout le temps à trois et sauf que le problème, c'est que quand il y a une réanimation, il faut
121 être au moins deux sur la réa, voire trois si il y a intubation, donc bah en fait il n'y a plus
122 personne qui surveille de service. Donc déjà, manque de personnel, ensuite au niveau du
123 matériel on a globalement ce qu'il nous faut. On a une association qui fait qu'il y a certain fond
124 qui sont récolté, et si on a besoin de matériel... par exemple il y a SOS préma qui nous aide à
125 financer par exemple on a eu des fauteuils qui s'allonge pour que les parents puissent rester
126 dormir, bon on peut faire appel à des associations qui nous viennent en aide. Globalement je
127 trouve que dans le service on n'est pas trop mal servi, je pense que du fait que l'on soit déjà
128 chez les enfants, et en plus chez les prématurés on est mieux logé que certains autres services
129 je pense. Après il y a toujours des choses à améliorer. Par exemple là il y a un groupe de travail
130 qui a été fait sur l'allaitement, sur comment autonomiser de plus en plus les parents, surtout la
131 maman sur son allaitement et la laisser faire un petit peu par ce que c'est vrai que l'on a tendance
132 à tout cadrer, à tout gérer tout ça. Avant la maman venait, le lait qu'elle tirait elle nous le donner,
133 on notait nous les quantités de lait tiré et on mettait dans le congélateur ou dans le frigo. On préparait
134 pousse seringue ou les biberons. On gère tout. Là on a essayé d'autonomiser du coup les mères,
135 donc on a fait une salle d'allaitement avec les tire-lait, il y a le frigo mit à disposition, un
136 classeur mit à disposition, quand elles ramènent du lait, c'est elle qui désinfecte

137 l'environnement, le matériel avant de le mettre dans le frigo. Ce sont elles qui notent combien
138 elles ont tiré, ça les autonomise un petit peu, puis ça nous enlève ce rôle un peu de pointer du
139 doigt, ha bah aujourd'hui vous n'avez pas assez tiré, il faut tirer plus pour stimuler ou enfin...

140 **Moi : c'est un peu une pression en moins...**

141 **Pauline :** Oui voilà, donc on va dire que sur ça, bon bah on n'est pas au top sur tout mais il y a
142 des groupes de travaux qui se mettent en place pour essayer d'améliorer nos pratiques. On a un
143 groupe de travail aussi sur l'oralité donc tout ce qui est stimulation oraux facial, la vanille tout
144 ça. Des bébés qui ont des troubles de l'oralités, comment les accompagner tout ça, donc on
145 travaille là-dessus.

146 **Moi : Pardon mais je ne sais pas ce qu'est le trouble de l'oralité**

147 **Pauline :** L'oralité, c'est par exemple un bébé qui, dès que tu vas lui mettre une tétine dans la
148 bouche, il va avoir un réflexe nauséux et du coup il ne va pas téter, ça va être tout ce qui est
149 trouble alimentaire. Un bébé qui ne s'alimente pas alors qu'il devrait s'alimenter, bah il a une
150 sonde nasogastrique, parce que sinon ils perdent du poids, et on ne comprend pas pourquoi.

151 On travail de coup en collaboration avec l'orthophoniste qui peut nous donner des conseils, des
152 pratiques ? ça peut-être soit un problème physiologique, organique, soit ça peut être autre chose.
153 Il n'y a pas tout qui s'explique forcément par la médecine. Ça peut être aussi un problème
154 relationnel. Donc voilà on a plusieurs méthodes pour essayer de déceler... mais voilà.

155 Après je trouve que mise à part le personnel dans le service ça va plutôt bien. Après c'est vrai
156 que pour améliorer nos pratiques on fait souvent des groupes de travaux.

157 **Moi : Parfait, merci. Est-ce que tu penses que réfléchir à un lieu de soin pour l'enfant, ça
158 contribue à un soin ?**

159 **Pauline :** Ouais par ce qu'un exemple tout bête, moi ça met arriver de devoir faire une prise de
160 sang et bah en général on doit être deux, il y en a une qui tiens le bébé, qui le rassure, qui fait
161 méthode d'apaisement et une qui fait le geste. Après nous on a le sucre doux, tu connais ?

162 **Moi : Non**

163 **Pauline :** En fait c'est du sucre, tu donnes quelques gouttes au bébé et en fait ça lui permet de
164 sécréter des endorphines et du coup tout ce qui aura la sensation douloureuse, c'est atténué tout
165 ça donc.

166 Ça met déjà arriver de devoir faire du coup un geste invasif, donc par exemple une prise de sang
167 sur un bébé, aucune de mes collègues était disponible, donc j'ai pris le temps de faire les choses,
168 pour que l'environnement soit propice à ce que le soin se passe bien. Et ce que j'ai fait, c'est
169 que déjà, j'ai prévenu la sensation douloureuse avec le sucre doux, j'ai pris le temps qu'il ingère
170 bien ces petites gouttes de sucre, j'ai emmailloté pour qu'il se sente rassuré pour pas qu'il ne se
171 désorganise. J'ai pris le temps de bien repérer ses veines, là où j'étais sûr entre guillemet que je
172 n'allais pas le rater et le fait d'avoir fait je pense le soin dans une ambiance sereine d'avoir pris
173 le temps malgré le fait que je sois seule, et bah j'ai réalisé la prise de sang seule sans l'aide de
174 personne alors que c'est vrai que normalement, surtout à un bébé, on ne peut pas lui dire bon
175 bah attention maintenant, il ne faut plus bouger donc. Donc je pense que toute cette préparation
176 que j'ai faite en amont, a fait que le bébé était calme et rassurer, par ce que je pense que
177 concrètement j'étais arrivée en furie dans la chambre par ce que c'est le feu, que je n'ai aucune
178 collègue pour m'aider, et qu'il faut que je pique de suite pour l'envoyer au labo et avoir les

179 résultats tout ça, et que j'aurais fait dans la précipitation, bah je l'aurais peut-être piqué vingt-
180 fois et je l'aurais raté vingt-fois. Donc je pense que ce n'est pas du temps perdu, je pense que
181 c'est du temps au contraire de gagné, dans le sens où mon soin il aura duré bien cinq minutes,
182 mais que si je n'aurais pas fait tout ça bah peut-être qu'il aurait duré vingt-minutes et puis
183 qu'au finale je ne s'aurais peut-être même pas arrivé à le piquer. Donc que ce soit et pour lui et
184 pour moi, bah en fait du coup ça s'est passé dans les meilleurs condition possible. Surtout pour
185 lui dans le sens où bah il n'a même pas capté que je le piquais.

186 Donc je te dis ça par rapport à ce geste-là qui me revient en tête, mais ça va être ça tout le temps
187 en fait.

188 **Moi : D'accord, j'ai juste une dernière question. Le soin fait appel à la fonction « parentale**
189 **», quelle posture adoptez-vous en tant que soignant ?**

190 **Pauline :** Ouais moi non je ne dirais pas que c'est parental, pour moi c'est adapter une posture
191 soignante, enfin professionnel voilà c'est tout.

192 **Moi : D'accord, super, parfait. Merci beaucoup Pauline**

1 **ANNEXE IV : Retranscription de l'entretien d'Agnès**

2 Entretien d'Agnès, infirmière en soins psychiatrique (ISP) en hôpital de jour infanto juvénile.
3 Diplômée ISP en 1990.
4 Durée de l'entretien : 22 minutes.

5

6 **Moi : Je m'intéresse donc aux séjours des enfants en milieux hospitalier. Pouvez-vous me**
7 **parler de l'accueil de ses enfants et du premier contact ce qui vous paraît important dans**
8 **ton service ?**

9 **Agnès :** Alors déjà l'accueil, moi je repars du début, déjà l'accueil des enfants, la plupart ils
10 arrivent par le CMP, donc le CMP nous les adressent, ils nous sont pré présenté, enfin la
11 situation nous est pré présenté par le CMP. Après il y a un premier rendez-vous avec les parents,
12 si c'est un parent, ou une structure sociale enfin voilà, avec une visite de la structure et un
13 entretien médical avec l'infirmier.

14 **Moi : D'accord.**

15 **Agnès :** Voilà donc l'enfant déjà il visite les lieux, après si les parents signent pour la prise en
16 charge, on explique le fonctionnement de la structure, on explique sur quel atelier on va
17 travailler, bon voir après qu'il y est des entretiens réguliers avec les parents. Voilà. Il y aura
18 donc des entretiens réguliers avec les parents, voilà à peu près le truc et il y aura un suivi
19 psychologique, bon maintenant il n'y a plus d'orthophoniste donc c'est foutu, et il y a une
20 psychomotricienne. Voilà donc ça c'est dans l'idéal on va dire par ce que c'est, on essaie que
21 ça se passe comme ça.

22 Après on fait un temps d'adaptation, voilà en principe il ne rentre pas sur son planning effectif
23 quoi. Donc on essaie de voir le temps d'adaptation, d'observation, voir comment il réagit à la
24 séparation des parents, voilà, sur quel type de prise en charge on va privilégier. Ce qui est très
25 théorique actuellement, voilà avec la situation actuelle, la situation COVID, alors je ne sais pas
26 si on ...

27 **Moi : Après on peut parler des deux types de situation, « COVID » et « avant COVID » si**
28 **vous voulez.**

29 **Agnès :** Ouais voilà, en situation COVID on a plus tendance à rentrer sur un planning, voilà,
30 on ne va pas essayer d'adapter, à l'origine on faisait ça, on faisait un temps d'adaptation. Bon
31 le gamin venait par exemple pendant deux semaines une demi-journée, des fois il venait avec
32 son référent du CMP, dé fois on faisait un temps avec le référent du CMP, qui est une sorte de
33 passage relais, qu'il se familiarisé au moins une demi-journée, une demie matinée ou voilà quoi.
34 Après on essaie de faire un peu progressif, puis après il rentre sur le temps proposé. Après de
35 temps plein il n'y en a plus, voilà à peu près au niveau de l'accueil voilà. Après au niveau de
36 l'accueil, généralement, enfin là c'est quand on peut travailler bien, mais bon. Voilà on fait un
37 temps d'évaluation avec les parents, on fait un petit bilan, voilà ça fait un mois qu'il est là ou
38 voilà, voir ou il en est, s'ils ont trouvé des changements. Bon et après on commence aussi un
39 peu un travail avec les parents aussi, par ce que bon il y a des fois des fonctionnement à
40 interroger, il y a des fois des choses que voilà, ce qui est important c'est d'avoir l'aval des
41 parents, c'est très important pour travailler avec les enfants. Bon si on ne l'a pas, on fait sans,
42 mais on essaie de l'obtenir mais si c'est impossible voilà on fait sans. Mais c'est quand même
43 mieux que le parent valide la prise en charge quoi.

44 **Moi : D'accord merci. Alors comment vous pourriez définir un lieu favorable au séjour**
45 **de l'enfant ?**

46 **Agnès : C'est-à-dire ?**

47 **Moi : Alors le lieu dans lequel vous travaillez, comment vous pourriez décrire qu'il soit**
48 **favorable pour la prise en charge des enfants ?**

49 **Agnès :** Pour qu'il soit favorable alors, je pense qu'ils font qu'on est absolument un extérieur,
50 par ce qu'on ne peut pas demander à un enfant par exemple s'il reste une journée ou une demie
51 journée de rester tout le temps en atelier quoi. Alors il faut qu'il y ait des moments où il puisse
52 souffler. Alors l'extérieur peut être anxiogène pour certains enfants, mais la majorité des cas,
53 c'est plutôt un endroit où ils soufflent. Après quand c'est une phase d'intégration, on n'est pas
54 trop dans les exigences, on est plus vers une familiarisation de l'enfant, qu'il puisse être en
55 confiance, que voilà.

56 Après un lieu favorable, c'est un lieu qui est quand même vivant, où l'enfant se sent en sécurité,
57 où il sent qu'il a des adultes qui entendent sa problématique, sa souffrance, il faut quand même
58 une certaine disponibilité ça veut dire que si on a trop d'enfant en même temps, bah... Il faut
59 qu'on puisse avoir une disponibilité pour lui malgré tout quoi, voilà.

60 Après les soins proposés ne sont que des supports, puisqu'on travaille essentiellement sur la
61 relation, après c'est sûr qu'il y a des ateliers plus spécifiques comme l'atelier compte qui
62 peuvent être proposés, enfin voilà, mais ce n'est pas systématiquement proposé partout. Mais
63 voilà favorable c'est la disponibilité, du temps et que le lieu soit sécurisant pour l'enfant, qu'il
64 puisse s'y repérer facilement. Mais c'est surtout qu'il faut du personnel voilà. Il faut du
65 personnel disponible et à l'écoute par ce que, après un enfant dans n'importe quel lieu il s'adapte
66 pour moi, bon après si évidemment tu as un enfant qui se met en danger, il faut que se soit sécurisant.
67 Après c'est les supports proposés qui vont lui donner une motivation ou pas quoi, enfin qui vont
68 lui donner l'envie d'accepter ses symptômes même s'il n'en a pas conscience, il y a quand
69 même la participation de l'enfant et de sa famille qui voilà.

70 **Moi : D'accord, il me semble que vous travaillez avec la notion de référent de soins pour**
71 **chaque enfant, ça fait partie des choses que vous trouvez importante ?**

72 **Agnès :** Bah alors la notion de référence elle peut être, bon, elle peut être travaillé différemment,
73 dans le lieu. Là à l'hôpital de jour là c'est vrai, il y a beaucoup, quand même... chaque référent
74 est très repéré par l'enfant. Mais après c'est par ce que l'on travaille comme ça, tu peux travailler
75 aussi la référence familiale, sur tous ce qui concerne l'enfant, mais ça ne veut pas dire qu'après
76 tu ne travailles qu'avec lui, tu vois. C'est bien aussi qu'il y est un regard de chaque professionnel
77 par rapport à cet enfant donc voilà. Bon après tu connais un peu plus son histoire, c'est plus toi
78 qui vas être en relation si c'est un enfant scolarisé, mais la notion de référence peut être très
79 différente d'un endroit à l'autre voilà. Mais après c'est important qu'il garde une référence de
80 mon avis parce qu'après qui s'occupe de quoi. Voilà. Alors il y a une notion de référence de
81 l'enfant, enfin de l'enfant, quand on dit de l'enfant, c'est surtout des relations avec la famille,
82 et c'est toi qui vas encadrer les entretiens. Par ce qu'après tu peux être référent d'atelier, tu vois
83 et ce même enfant peut être pas du tout une de tes références, voilà quoi. Donc là actuellement
84 on travaille plus sur des ateliers, tu vois alors même si on n'a pas nos références. Donc par
85 exemple quand on a des enfants qui rentrent, on a été obligé de redistribuer les temps de prise en
86 charge, donc tu vois tu peux avoir un enfant dont tu es référent et finalement il est très peu avec
87 toi par ce que ce n'est pas toi qui animes cet atelier, donc bon, voilà.

88 Après je pense que la notion de référence peut être plus porteuse sur certaine pathologie, pour
89 les enfants carencés, c'est quand même un repère le référent souvent pour l'enfant, mais
90 rapidement, enfin moi je pense qu'après il y a le risque de l'appropriation de l'enfant. C'est le
91 travers de la référence.

92 **Moi : Comme une sorte de transfert ?**

93 **Agnès :** Ouais voilà un transfert qui peut être négatif, ou positif, mais bon quand même voilà
94 quoi. Donc je pense que c'est le risque de la référence et si elle n'est pas un peu guidée et
95 supervisée par l'équipe quoi. Mais il faut qu'il y ait quand même quelqu'un de référent du
96 dossier et de l'histoire, après tout le monde peut l'être, mais après quand c'est tout le monde,
97 ce n'est personne donc voilà, il faut quand même un peu quelqu'un qui connaît bien son histoire,
98 quelqu'un qui va faire les rendez-vous. Mais voilà quoi, par ce qu'après imagine le référent
99 tombe malade, donc l'enfant il faut qu'il se sente quand même sécurisée avec d'autre adulte même
100 si ce n'est pas son référent, et même la famille aussi quoi, qu'il puisse avoir confiance en
101 l'équipe et pas qu'en une personne. De mon avis quoi.

102 **Moi : D'accord super. Alors pensez-vous qu'il manque certaines choses dans votre unité**
103 **et pourquoi cela manque ?**

104 **Agnès :** Alors pour moi il manque énormément de choses par ce que déjà, moi si je décrivais
105 la structure de mes rêves, voilà. Non mais je veux dire ce qu'il manque, il nous manque déjà la
106 notion de temps qui a été complètement modifiée par rapport à avant. Moi je vois au cours de
107 ma carrière, un enfant il rentrait, il avait le temps, je veux dire, on ne travaillait pas avec le
108 temps, on travaillait, comment dire, l'enfant il arrivait, déjà on commençait à le déscolariser et
109 on observait, voilà. Après on mettait en place des ateliers où la prise en charge nécessaire où
110 que l'on pensait par rapport à cet enfant. Au plus près de l'enfant.

111 Maintenant on est plus là-dedans, on nous demande, on savait dès le départ que la plupart des
112 enfants, ils avaient besoins d'une prise en charge temps plein, maintenant on est plus là-dedans.
113 Un enfant qui va rentrer actuellement, le maximum de soins qu'il aura c'est quarante pourcents
114 de temps et encore il est bien doté. Alors on ne peut pas faire le même travail, par ce que voilà,
115 on est beaucoup plus tenu par les chiffres, beaucoup plus tenu par voilà quoi. Donc on est plus
116 du tout dans la même notion.

117 Après l'idéal se serait qu'on ait au niveau du suivi des familles, un psy qui suive l'enfant et sa
118 famille et après qu'il y ait un travail qui se fait uniquement avec les parents, ça s'est un peu fait
119 mais ce n'est pas assez fait. Par ce que si l'enfant est là, c'est souvent par ce que les parents ne
120 peuvent pas consulter pour eux même. Voilà, ce n'est pas moi qui vais le dire... Après ce n'est
121 pas systématique, mais finalement obligé par sa pathologie, je ne sais pas de qui la poule a fait
122 l'œuf, mais par de sa pathologie l'enfant il entraîne automatiquement des troubles dans la
123 famille et il y a des choses à modifier. Alors, qui a créé quoi, on n'en sait rien, mais bon dans
124 tous les cas c'est obligé que ça crée quelque chose. Il y a un lien dans tous les cas et ça on a
125 beaucoup de mal à le travailler par ce que on n'a pas assez de temps, il faudrait différencier les
126 choses, il faudrait voilà, bon il y a beaucoup de travail qui pourrait être fait comme ça quoi.
127 Mais la notion de temps... voilà quoi.

128 Les locaux moi je trouve qu'ils sont pas mal à la Chaume ça va, bon ça je trouve que c'est
129 moyennement important et ouais, il faudrait beaucoup plus travailler sur l'extérieur par ce qu'un
130 enfant il n'existe pas que dans une institution et que dans sa famille, les liens sur l'extérieur
131 c'est très important, enfin bon là en période de COVID c'est sûr que c'est compliqué. Mais

132 voilà c'est un individu que l'on essaie de rendre socialisable et sociable, voilà. Alors si tu ne
133 travailles que dans l'institution, pour moi tu ne fais que la moitié du boulot, voilà. Le but c'est
134 que ce soit re transmissible sur l'extérieur, le plus possible, le but ce n'est pas d'en faire de futur
135 chronique qui auront besoins, bon après il y en a qui auront toujours besoin d'une structure de
136 soin c'est certain mais en principe le but c'est de l'adaptation le plus possible à la société. Voilà
137 après ce qu'il manque beaucoup, c'est que maintenant systématiquement les enfants soient ils
138 sortent, ils peuvent allez sur CMP dans le meilleur des cas et là ils auront une prise en charge
139 minime. Donc ils passent le plus généralement d'une prise en charge quand même un peu lourde
140 à quasiment rien. Ou alors ils vont sur une IME systématiquement. Il n'y a rien entre. Après il
141 y a une prise en charge chez les ado de possible, mais ça serait encore, voilà quoi. Mais bon ce
142 qu'il manque surtout c'est pour après la sortie après voilà je pense que c'est ce qu'il manque
143 beaucoup quoi.

144 **Moi : Donc pour réaliser les activités et le reste au niveau des moyens, du matériel et**
145 **financièrement vous avez assez ?**

146 **Agnès :** Bon au niveau des moyens on arrive à se débrouiller avec quoi, je veux dire, bon après
147 on est trop tenue par, je veux dire on pourrait acheter des trucs sur des vides grenier, on est trop
148 tenue par le système de facture et le manque de confiance de l'administration des peurs de
149 fraude du personnel, de machin voilà. Après effectivement nous ne vivons pas dans le monde
150 de Ouioui, mais bon potentiellement on est des soignants, on est là pour les enfants, on essaie
151 d'avoir du matériel qui soit correcte. Mais c'est sûr qu'on serait un peu plus nombreux ce serait
152 bien. L'idéal ce serait que l'on puisse faire des repas, qu'il y ait de vrais repas, par ce que l'on
153 travaille sur le repas, mais avec des repas a peine digne de ce nom quoi. Voilà on ne peut pas
154 travailler sur l'alimentaire en aillant pas un alimentaire de qualité, voilà des choses comme ça...
155 Bon la structure de soin est bien mais bon, voilà, il y aurait plein de chose à faire, mais il faut
156 vouloir mettre des moyens et ce n'est pas du tout dans la politique actuelle, donc voilà. C'est
157 sûr que dans l'idéal pour moi c'est ça quoi, en gros.

158 **Moi : D'accord, et donc est-ce que vous pensez que réfléchir à un lieu de soin pour**
159 **l'enfant, ça contribue au soin ?**

160 **Agnès :** Oui bien sûr, par ce que pour moi c'est que déjà tu commences à réfléchir sur les
161 besoins de l'enfant donc en soit déjà tu transfère quelque chose inconsciemment, d'un désir
162 pour lui voilà donc bon après ça ne fait pas tout c'est sûr que, mais à l'origine, c'est réfléchi,
163 les ateliers sont réfléchis on ne fait pas n'importe quoi non plus, mais moi je trouve que l'on
164 nous empêche de travailler correctement, par ce que l'on est trop préoccupé par la file active,
165 voilà. Et qu'il manque trop de structure de soin, c'est d'ailleurs pour ça que l'on est trop
166 préoccupé par la file active, par ce que s'il y aurait plus de structure de soin on serait moins au
167 taquet tout le temps et voilà on évoluerait réellement qu'avec le besoin de l'enfant, là on ne
168 peut pas le faire. Il faut aller plus vite, on sait qu'il a une donnée de temps déterminé, bon voilà.
169 Après bon, les places sont chères, voilà. Mais le fait de réfléchir au soin c'est indispensable
170 quoi, si tu ne réfléchis pas au soin tu es un animateur, tu n'es plus un soignant. C'est qu'est-ce
171 que tu fais de cet atelier, si tu fais de la peinture, tu ne le fais pas pour faire le plaisir de la
172 peinture, tu peux avoir le plaisir de ça, mais quel est l'objectif de ça. Chaque atelier doit quand
173 même être réfléchis autrement tu n'es plus dans une structure de soin, pour moi, tu es au club
174 med, non enfin avec animateur spécialisé quoi, ce n'est pas la même chose quoi.

175 **Moi : D'accord alors j'ai une dernière question. Le soin fait appel à la fonction « parentale**
176 **», quelle posture adoptez-vous en tant que soignant ?**

177 **Agnès :** Après tu ne dois pas te substituer aux parents même si tu peux être par moment
178 convoqué à des places comme ça par l'enfant. Par ce que l'enfant te convoque à des places, toi
179 tu n'es pas ses parents, c'est sûr qu'il te convoque à des fonctions comme ça, mais tu peux être
180 porteur pour l'enfants mais tu n'es pas là pour te substituer aux parents quoi.

181 **Moi : Oui je comprends. Après dans mon cadre de référence, il en ressort que le soin est**
182 **constitutif d'une certaine manière de la relation « parental » c'est pour ça que je posais**
183 **cette question...**

184 **Agnès :** Je pense qu'elle est un peu suicidaire, par ce que, oui d'accord tu te sers du repère
185 parent enfant mais être dans une fonction, ce n'est pas être le parent, ça veut dire que tu rempli,
186 bah à des moments tu pause un interdit, à des moments tu peux être maternante. Bon si tu peux
187 le dire mais en disant qu'à aucun moment on est là pour se substituer aux parents.

188 **Moi : D'accord, merci. Pour ma part j'ai fini avec mes questions mais si vous avez quelque**
189 **chose à ajouter je vous écoute ...**

190 **Agnès :** Attend refais voir tes questions, je peux voir tes questions. (Relecture des questions)

191 Oui ce qui manque aussi, ce que je ne t'ai pas dit, favorable au séjour de l'enfant c'est qu'il faut
192 qu'il ait une prise en charge pluridisciplinaire c'est indispensable. La psycho, la psychomot
193 même si pendant un long moment on n'en a plus eu, et l'orthophoniste mais il y en a plus, donc
194 les gamins vont allez en libéral, bon voilà pourquoi pas, mais sauf que le fait qu'il travaille en
195 libéral on a plus de lien, donc là c'était bien qu'on avait une ortho sur la structure, par ce que
196 nous on pouvait dire, tien aujourd'hui il y a eu ça, et elle nous renvoyer des choses donc on
197 pouvait travailler ensemble. La psychomot c'est pareil c'est indispensable, bon pour ceux qui
198 en ont besoin, mais la plupart ils en ont besoins donc voilà quoi. Et ça pour moi c'est
199 indispensable quoi et là bon il nous reste une jeune psychomot, et encore elle n'a pas beaucoup
200 de temps sur la structure quoi avant à une époque on avait une psychomot affectée sur deux
201 unité, l'ortho aussi elle était sur deux unités, donc tu imagines le gamin il pouvait l'avoir deux
202 fois par semaine quoi, rien à voir quoi donc bon on a énormément perdu au niveau des soins
203 moi je pense. Alors après ça a remis en cause le fait de l'hospitalisation longue, voilà en
204 attendant c'est vrai que c'est beaucoup critiqué, que les enfants restaient peut-être trop
205 longtemps machin. En attendant tous les enfants qu'on a eu rentré et qu'ils sont resté sur des
206 temps long, ils ont vachement évolué, la plupart, voilà ils ont grandi, ils ont évolué dans
207 l'autonomie. Voilà quoi.

208 **Moi : D'accord merci beaucoup en tout cas.**

ANNEXE V : Grille d'analyse de chaque entretien

Yann :

<p>Pourriez-vous me parler de l'accueil de ces enfants, le 1^{er} contact, ce qui vous paraît important.</p>	<p>Présentation du service, présentation du soignant, présentation des soins aux patients et à ses parents : <i>« Pour moi c'est la présentation du service, me présenter moi, la présentation des soins »</i></p>
<p>Comment pourriez-vous définir un lieu favorable au séjour de l'enfant ? En vous appuyant sur des exemples concrets pouvez m'expliquer pourquoi ? c'est-à-dire en quoi ce lieu est-il favorable ? quels sont les différents éléments qui le rendent favorable ?</p>	<p>Le plus proche de ce qu'il connaît habituellement : école, salle de jeux, tout ce qu'il peut être en dehors des soins Parent soit aux maximums présents : dépend des soignant <i>« Après ce n'est pas le cas de tous les soignants, il y a des soignants qui n'aiment pas avoir les parents par ce que ça les gênes »</i> Prise en charge des enfants mais aussi des parents <i>« On prend donc en charge tant le parent que l'enfant, c'est obligé »</i> Il connaisse mieux l'enfant que nous cela permet de mieux traiter l'enfant Présence des parents : permet une prise en charge plus simple : enfant a besoin de sa figure d'attachement lorsqu'il est apeuré ou en souffrance Mais si un parent n'a pas confiance, l'enfant n'a pas confiance Honnête avec l'enfants, mettre en confiance : exemple de la prise en charge diabète <i>« Il faut être vrai avec eux, il faut être honnête je trouve. »</i></p>
<p>Pensez-vous que certaines choses manquent dans votre unité et pourquoi cela manque ?</p>	<p>Moyen matériel : Des outils tel que des tablettes, des jeux = soins plus faciles Tout ce qui est occupationnel pour le week-end exemple adolescente <i>« les grandes ados qui sont un peu toute seule, tout ça, tout le week-end elle le passe du vendredi soir au lundi matin sans activité, sans rien faire, enfermée ou avec la télé, ça c'est un truc qu'il manque un petit peu »</i> Possible de faire un bon accueil et garder un bon lien. Moyen humain : dépend des pathologies des enfants, des soins demandés. Difficulté de suivre la visite du médecin <i>« tu as la visite mais tu ne peux pas la suivre de A à Z, clairement par ce que tu es toujours parasité par d'autre truc. »</i> : perte de certaine information.</p>

<p>Est-ce que vous pensez que réfléchir un lieu de soin pour un enfant contribue au soin ? Pourquoi ?</p>	<p>Lieu adapté et prévue pour faire les soins « à cet endroit-là on va me faire ça mais dans ma chambre je suis protégée, ouais c'est mon univers » « En effet avoir un lieu de soin, pour moi c'est plus judicieux, et puis ça permet de cloisonner »</p>
<p>Le soin fait appel à la fonction « parentale » quelle posture adoptez-vous en tant que soignant ?</p>	<p>Posture professionnel = protection « Je pense qu'on a une posture professionnelle, qui nous permet de nous protéger » Sentiment de peine concernant certain enfant : « Après oui parfois il y a des enfants qui nous font plus de peine que d'autre »</p>

Aurélié :

<p>Pourriez-vous me parler de l'accueil de ces enfants, le 1^{er} contact, ce qui vous paraît important.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Motif d'hospitalisation - Age de l'enfant - Etat des parents « ça permet aussi, ouais, de se positionner, de savoir comment on va amener les choses » (Annexe II, ligne 31-32) - Accueillir dans la bienveillance - Être à l'écoute - Accueillir sans jugement - Prendre en compte le stress <p>« Le tout c'est de les accueillir dans la bienveillance, après d'être à l'écoute aussi de ce qu'ils peuvent nous dire. Voilà après d'accueillir tout ça sans jugement, ni voilà, c'est des fois compliquées de le faire. Mais c'est vrai qu'il faut prendre en compte leurs taux de stress, et puis aussi le pourquoi ils sont là » (Annexe II, ligne 16-18)</p>
--	--

<p>Comment pourriez-vous définir un lieu favorable au séjour de l'enfant ? En vous appuyant sur des exemples concrets pouvez m'expliquer pourquoi ? C'est-à-dire en quoi ce lieu est-il favorable ? quels sont les différents éléments qui le rendent favorable ?</p>	<p>Chambre spacieuse, que les enfants pourraient personnaliser Du confort pour les parents « <i>Après aussi dans le confort pour le parent par ce que c'est hyper important, les parents s'ils ont un fauteuil pourri pour dormir, enfin quand on est fatigué on supporte beaucoup moins bien, ce qui fait que parfois c'est compliqué par ce que les enfants ne sont pas bien non plus</i> » (Annexe II, ligne 61-64) Que les parents est un repas en même temps que les enfants = Contribue au bien-être de l'enfant : « <i>Mais c'est vrai que je pense que ça pourrait contribuer au bien-être de l'enfant, si le parent est déjà mieux accompagné dans ce moment-là, je pense que ça peut être aussi bénéfique pour l'enfant.</i> » (Annexe II, ligne 69-71) Plus d'activité</p>
<p>Pensez-vous que certaines choses manquent dans votre unité et pourquoi cela manque ?</p>	<p>Moyen matériel : - Chambre non adaptée, mal agencé - Chambre seule - Manque de décoration - Vieux bâtiment - Matériel en mauvais état « <i>c'est pas du tout moderne, voilà tout le matériel part en déconfiture</i> » (Annexe II, ligne 81-82) = Question de budget Moyen humain : - Manque de personnel : situation actuel COVID = Moins de lit = bienveillance « <i>On parler tout à l'heure de tout ce qui est bienveillance et travail entre guillemet bien fait, c'est-à-dire qu'avec quatorze patients ça nous permet de garder ce côté humain. C'est-à-dire que bah si une maman a besoin de parler pendant quarante-cinq minute bah on parle pendant quarante-cinq minute, après c'est le défaut du système de l'hôpital et du système public, la dans tous les hôpitaux de France je pense que c'est pareil, c'est que jusqu'à présent la pédiatrie était relativement protégée et que là on arrive a de la rentabilité de partout et que la rentabilité fait que bah que en fait si tu n'es pas rentable ça ne va pas quoi.</i> » (Annexe II, ligne 104-111)</p>

	<p>Manque de personnel = priorise les actes technique plutôt que les soins relationnel « <i>nous on a des ado qui sont en souffrance quand t'as un service blinder, et que t'as trois crises d'asthme, deux crises convulsives, effectivement tu vas faire l'économie de quoi, tu vas faire l'économie de la patiente qui est là pour soucis psy, par ce que c'est la seule entre guillemet qui n'a pas de soin technique , que les soins techniques qu'il faut que tu coche sur ton tracker là, ça tu vas le faire, tandis que la relation d'aide, ça bah ça passe à l'As quoi, ou tu vas rester cinq minutes, et ça c'est hyper dommage car c'est enfant elles sont là pour ça et au final tu ne vas pas pouvoir faire ton travail correctement .</i> » (Annexe II, ligne 115-121)</p>
<p>Est-ce que vous pensez que réfléchir un lieu de soin pour un enfant contribue au soin ? Pourquoi ?</p>	<p>Oui mais ce n'est pas forcément un lieu = pas le forcément le choix du lieu Adapter le lieu aux soins « <i>Effectivement tu peux essayer de divertir tout ça, tu peux toujours essayer d'adapter ton lieu à ton soin voilà.</i> » (Annexe II, ligne 154-155) Adaptation fait partie intégrante du soin « <i>Effectivement, de toute façon, voilà chez l'enfant tu ne peux pas arriver sur le soin comme ça, faut que tu t'adapte de toute façon, et à l'âge et à la pathologie et aux antécédant.</i> » (Annexe II, ligne 167-169) « <i>Donc de toute façon on est obligé en pédiatrie de réfléchir à l'adaptation du lieu par ce qu'il faut vraiment être très ciblé si tu veux que ton soin se passe bien tu ne peux pas y aller comme ça, comme on disait tout à l'heure de façon automatisé on ne peut pas ce n'est pas possible.</i> » (Annexe II, ligne 173-176)</p>
<p>Le soin fait appel à la fonction « parentale » quelle posture adoptez-vous en tant que soignant ?</p>	<p>Soignant = fonction parentale, maternelle « <i>Après de toute façon en tant que soignant on a une fonction parentale, voire maternelle tant dans les services d'enfant que d'adulte en fait. Le soin en lui-même fait appel à notre côté maternel, ça c'est clair.</i> » (Annexe II, ligne 179-181) On ne prend jamais la place du parent = c'est un risque Côté maternant permet bienveillance et écoute de l'enfant et du parent. « <i>Donc je pense que ce côté maternant nous permet d'être justement bienveillant et à l'écoute de l'enfant et du parent par ce que tout façon il ne faut jamais oublier le parent.</i> » (Annexe II, ligne 185-187) Soignant = posture professionnelle « <i>Après quand tu es soignant, tu as une posture professionnelle qui fait que voilà</i> » (Annexe II, ligne 191) Sentiment de peine « <i>Après personne n'est parfait, puis on est des êtres humains, après effectivement tu as des enfants, tu vas leurs faire un soin ça va te faire de la peine par ce que tu es un être humain aussi donc forcément tu ressens des émotions donc...</i> » (Annexe II, ligne 191-194)</p>

Pauline :

<p>Pourriez-vous me parler de l'accueil de ces enfants, le 1^{ier} contact, ce qui vous paraît important.</p>	<p>Mode d'entrée :</p> <ul style="list-style-type: none">- Accueil d'urgence = soins d'urgence- Transfère d'un bébé = soins plus dans l'accompagnement- Transfère des urgences d'un nouveau née jusqu'à 4 semaines- Hébergement d'un nouveau-né, née sous X <p>1^{er} contacte :</p> <ul style="list-style-type: none">- Observation et surveillance <p>« Comme ce sont de nouveau née et qu'il ne parle pas, on va beaucoup être dans l'observation. » (Annexe III, ligne 26-27)</p> <ul style="list-style-type: none">- Si c'est de l'urgence = soins urgence et vitaux = technicité et visuel / Scoper l'enfant <p>« Si c'est de l'urgence on être dans l'urgence et on va faire tous les soins urgents et vitaux nécessaire, et sinon on va être beaucoup dans l'observation dans le sens où la prématurité fait qu'il y a beaucoup de pathologies liées à la prématurité et que si on passe à côté de ça, ça peut être très grave donc on va être sur une surveillance de l'état général, des organes, des fonctions vitales on va dire de tous ce qui est les paramètres vitaux, le cœur, la respiration. » (Annexe III, ligne 28-32)</p> <ul style="list-style-type: none">- Si pas d'urgence = mise en confiance parents, instauré relation confiance <p>« Le transfère se fait avec les parents et on la joue plus cool, on essaie de mettre en confiance, d'instauré une relation de confiance » (Annexe III, ligne 40-41)</p> <p>Favoriser le lien l'attachement entre les parents et le bébé « Du coup il y a la séparation entre la maman, je dis la maman mais c'est le papa aussi, la séparation parents-enfants qui fait que notre rôle est vraiment d'essayer qui nouer ce lien. » (Annexe III, ligne 54-56) (peau à peau)</p>
---	--

<p>Comment pourriez-vous définir un lieu favorable au séjour de l'enfant ? En vous appuyant sur des exemples concrets pouvez m'expliquer pourquoi ? c'est-à-dire en quoi ce lieu est-il favorable ? quels sont les différents éléments qui le rendent favorable ?</p>	<p>Lieu favorable au bon développement de l'enfant : lumière, stimuli extérieure tel que le bruit et l'agitation « <i>nous un lieu favorable ça va être un lieu où, on va préserver tous ce qui est l'environnement donc on va limiter les sons, on va limiter la lumière, on va limiter tous les stimuli extérieurs qui vont être néfaste au bon développement.</i> » (Annexe III, ligne 67-69)</p> <p>Environnement serein, calme, bienveillant « <i>Il va y avoir je pense tout un côté, de l'environnement, sons, lumière tout ça, de faire très attention. Et après toute la sphère familiale, émotionnel, qui doit ne pas être pesant pour le bébé et au contraire un environnement serein, calme, bien veillant.</i> » (Annexe III, ligne 85-87)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sphère familiale : Que les parents se sentent bien « <i>Les bébés on dit que c'est des éponges, et un parent stressé, va stresser le bébé. Donc on va dire qu'en fait pour qu'il soit bien, il faut que les parents soient bien, qu'il n'y ait pas de stress, d'angoisse, qu'il se sente aimé.</i> » (Annexe III, ligne 81-84) - Soignant : manière se soigner l'enfant, de le tenir = Lien avec le portage « <i>Que ce soit aussi par rapport au soignant, par ce que nous on prodigue les soins quand il n'y a pas les parents. Ça va être par exemple la façon par exemple de le porter, de le changer</i> » (Annexe III, ligne 87-88) <p>Exemple donnée : « <i>Par exemple le bain, faire le bain enveloppé pour qu'il reste regroupé et qu'il ne désorganise pas dans l'espace, qu'il garde ses repères tout ça.</i> » (Annexe III, ligne 91-92)</p>
<p>Pensez-vous que certaines choses manquent dans votre unité et pourquoi cela manque ?</p>	<p>Manque de personnel Niveau du matériel pas de manque particulier Groupe de travaux pour améliorer les pratique professionnel, exemple : Autonomisé maman pour allaitement</p>
<p>Est-ce que vous pensez que réfléchir un lieu de soin pour un enfant contribue au soin ? Pourquoi ?</p>	<p>Oui cela permet de pouvoir réaliser le soin dans une ambiance sereine « <i>Donc je pense que toute cette préparation que j'ai faite en amont, a fait que le bébé était calme et rassurer</i> » (Annexe III, ligne 173-174)</p> <p>Moyen mis en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévenir la sensation douloureuse - Emmaillotté l'enfants pour le rassurer - Prendre son temps pour réaliser les soins <p>Exemple : « <i>donc par exemple une prise de sang sur un bébé, aucune de mes collègues étaient disponible, donc j'ai pris le temps de faire les choses, pour que l'environnement soit propice à ce que le soin se passe bien</i> » (Annexe III, lignes 164-166)</p>

<p>Le soin fait appel à la fonction « parentale » quelle posture adoptez-vous en tant que soignant ?</p>	<p>Posture professionnelle <i>« Ouais moi non je ne dirais pas que c'est parental, pour moi c'est adopter une posture soignante, enfin professionnel voilà c'est tout. »</i> (Annexe III, lignes 188-189)</p>
--	--

Agnès :

<p>Pourriez-vous me parler de l'accueil de ces enfants, le 1^{er} contact, ce qui vous paraît important.</p>	<p>Enfant arrive du CMP (CMP pré-présentation) 1^{er} Rendez-vous avec les parents ou structure sociale = visite de la structure et entretien médicale avec infirmier, explication fonctionnement structure, atelier travaillé Parent signe pour la prise en charge Rendez-vous régulier avec parents et suivit psychologique de l'enfant, séance psychomotricienne. Débute sa prise en charge progressive avec un temps d'adaptation, d'observation, évaluer réaction de l'enfant à la séparation avec ses parents. Observation et écoute = permet de percevoir ce que l'enfant ressent, ce qu'il est, ce qu'il a à dire. Ensuite enfants rentre sur son planning effectif. Aux bouts d'un moins un point est fait avec les parents = permet commencer travaille avec parents ce qui permet le travail avec les enfants <i>« Bon et après on commence aussi un peu un travail avec les parents aussi, par ce que bon il y a des fois des fonctionnement à interroger, il y a des fois des choses que voilà, ce qui est important c'est d'avoir l'aval des parents, c'est très important pour travailler avec les enfants. »</i> (Annexe IV, ligne 38-41) Plus de prise en charge à temps plein</p>
<p>Comment pourriez-vous définir un lieu favorable au séjour de l'enfant ? En vous appuyant sur des exemples concrets pouvez m'expliquer pourquoi ? c'est-à-dire en quoi ce lieu est-il favorable ? quels sont les différents éléments qui le rendent favorable ?</p>	<p>Un extérieur Lieux vivants Lieux sécurisants Adultes disponibles qui entendent sa problématique, sa souffrance <i>« Après un lieu favorable, c'est un lieu qui est quand même vivant, où l'enfant se sent en sécurité, où il sent qu'il a des adultes qui entende sa problématique, sa souffrance, il faut quand même une certaine disponibilité »</i> (Annexe IV, ligne 56-58) Soin proposé sont de support car le réel soin travailler est la relation <i>« Après les soins proposés ne sont que des supports, puisqu'on travaille essentiellement sur la relation »</i> (Annexe IV, ligne 60-61)</p>

	<p>Notion de référence « <i>Après je pense que la notion de référence peut être plus porteuse sur certaine pathologie, pour les enfants carencés, c'est quand même un repère le référent souvent pour l'enfant, mais rapidement, enfin moi je pense qu'après il y a le risque de l'appropriation de l'enfant. C'est le travers de la référence.</i> » (Annexe IV, ligne 88-91)</p> <p>Risque référence : « <i>un transfère qui peut être négatif, ou positif, mais bon quand même voilà quoi. Donc je pense que c'est le risque de la référence et si elle n'est pas un peu guidée et supervisée par l'équipe quoi.</i> » (Annexe IV, ligne 93-95)</p>
<p>Pensez-vous que certaines choses manquent dans votre unité et pourquoi cela manque ?</p>	<p>Ce qu'il manque :</p> <p>Temps donné aux enfants pour prise en charge « <i>Un enfant qui va rentrer actuellement, le maximum de soins qu'il aura c'est quarante pourcents de temps et encore il est bien doté</i> » (Annexe IV, ligne 113-114)</p> <p>En comparatif avec le début de sa carrière « <i>Moi je vois au cours de ma carrière, un enfant il rentrait, il avait le temps, je veux dire, on ne travaillait pas avec le temps, on travaillait, comment dire, l'enfant il arrivait, déjà on commençait à le déscolarisé et on observait, voilà. Apres on mettait en place des ateliers où la prise en charge nécessaire où que l'on pensait par rapport à cet enfant. Au plus près de l'enfant.</i> » (Annexe IV, ligne 106-110)</p> <p>Cadre théorique : Principe incontournable du soin (Anne Tardos)</p> <p>Dans l'idéal pour elle : suivit psychologique enfant et famille (Thérapie parent) « <i>Par ce que si l'enfant est là, c'est souvent par ce que les parents ne peuvent pas consulter pour eux même</i> » (Annexe IV, ligne 119-120)</p> <p>En lien avec interview de Boris Cyrulnik : Un enfant serait sculpté par son milieu.</p> <p>Travailler plus sur l'extérieur : enfant n'existe pas seulement dans sa famille et dans une institution, liens extérieurs très important pour qu'il soit sociable.</p> <p>Suivit de soin compliqué après la sortie de l'institution.</p> <p>Repas de mauvaise qualité = support de soin</p>
<p>Est-ce que vous pensez que réfléchir un lieu de soin pour un enfant contribue au soin ? Pourquoi ?</p>	<p>« <i>Oui bien sûr, par ce que pour moi c'est que déjà tu commences à réfléchir sur les besoins de l'enfant donc en soit déjà tu transferts quelque chose inconsciemment, d'un désir pour lui voilà donc bon après ça ne fait pas tout c'est sûr que, mais à l'origine, c'est réfléchi, les ateliers sont réfléchis</i> » (Annexe IV, ligne 160-163)</p>

<p>Le soin fait appel à la fonction « parentale » quelle posture adoptez-vous en tant que soignant ?</p>	<p>Pas de substitution aux parents « <i>tu peux être porteur pour l'enfants mais tu n'es pas là pour te substituer aux parents quoi</i> » (Annexe IV, ligne 179-180) Réticence aux faits que le soin découle d'une certaine manière de la relation « parental » « <i>Je pense qu'elle est un peu suicidaire, par ce que, oui d'accord tu te sers du repère parent enfant mais peut-être dans une fonction, ce n'est pas être le parent, ça veut dire que tu rempli, bah à des moments tu pause des interdits, à des moments tu peux être maternante. Bon si tu peux le dire mais en disant qu'à aucun moment on est là pour se substituer aux parents.</i> » (Annexe IV, ligne 184-187)</p>
--	---

ANNEXE VI : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : Victoria, BANTWELL

Promotion : 2018-2021

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

Pour un accueil suffisamment bon

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui

non

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui

non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 21/05/2021 Signature : BANTWELL Victoria

RÉSUMÉ

Pour un accueil suffisamment bon (171 words)

Ce travail de recherche en soins infirmiers a pour origine une situation suscitant notre questionnement. Il aborde la réflexion de l'accueil d'un enfant sur un lieu de soins. Il nous a semblé nécessaire de développer certains concepts clés en lien à l'enfant et à son développement tel que l'accueil et le soin. Nous avons donc étudié la relation parents/enfant et environnement, les différents stades de développement de l'enfant ainsi que les concepts de soin. Ce sont des notions qui ont une importance dans l'accueil et la prise en charge de l'enfant. Ces recherches nous ont alors amenées à nous demander : Comment les soignants définissent l'accueil d'un enfant sur un lieu de soin.

Pour approfondir ce questionnement nous avons choisi de nous rendre sur le terrain afin de s'entretenir avec des infirmiers travaillant auprès d'enfants allant de la prématurité à l'adolescence.

Nous avons pu nous rendre compte que l'accueil des enfants est inscrit dans un modèle plutôt biomédical et qu'il existe une absence d'évocation de la dimension relationnel, émotionnel et affective.

Mots clés : Accueil de l'enfant ; Relation parent/enfant ; Soin ; Développement de l'enfant ; Dimension relationnel.

ABSTRACT

For a good enough reception (158 words)

This end of course assignment in nursing finds its origin in a situation setting off our questioning. It is about the welcoming of a child to a place of care. It was necessary to us to develop some key concepts related to the child and his development such as welcoming and care. In this way, we decided to study the relation between a child/parents and their environment, the different stages of development but also care concepts. These ones are very important notions in child welcoming and care. These searches allowed us to establish the following issue: How does nurses define the welcoming of a child on the care place?

In order to deal with this issue, we chose to meet nurses working with children from premature birth to teenage years.

We could realize that welcoming of children is part of a biomedical system and that there is a lack of evocation of the relational, emotional and effective dimension.

Key words : Welcoming of children ; Relation between a child/parents ; Care ; Stages of development ; Relational dimension.