

BLANQUER Flavie
Promotion 2023-2026

La communication au cœur de la triade parent-enfant et soignant



UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 26/05/2026

Directeur de mémoire : Mr STEINACKRE Florian

Notes aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel réalisé dans le cadre de l'aboutissement de ma formation infirmière. Ce travail ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI »

Remerciements

Ce travail de fin d'étude est l'aboutissement de trois années d'étude intensives. Cette formation a été marquée par des moments de doutes, de stress et de remise en question, mais aussi des moments forts autant professionnellement que personnellement. Ils ont été rythmés par de merveilleuses rencontres, des apprentissages nécessaires, des formateurs bienveillants et des stages aussi enrichissants les uns que les autres.

Je tiens à remercier ainsi qu'à exprimer ma reconnaissance dans un premier temps, à mon directeur de mémoire M. Steinackre, pour son engagement, son accompagnement, son soutien, ses conseils, sa disponibilité, et sa bienveillance, dans l'élaboration de ce travail de fin d'étude.

Je remercie également, tous les formateurs de l'institut de formation du GIPES d'Avignon et les intervenants, pour leurs partages de connaissances, leur pédagogie et leur investissement dans notre formation. Un grand merci aussi, pour ma référente pédagogique qui m'a accompagnée tout au long de ces trois années et qui a assisté à mon évolution.

Je suis reconnaissante également, envers tous les professionnels de santé que j'ai pu rencontrer lors de mes stages, pour leur patience, leurs partages de connaissances et d'expériences.

Pour finir, je tiens à exprimer un immense merci à tout mon entourage. Tout d'abord, merci à mes amis (Oriane B., Juliette R., Margaux T., Ilona B., Raquelle F., Mathis.B.) ainsi que mes camarades de formation avec qui j'ai évolué pendant ces trois années, pour leur présence, leur soutien, leur motivation, leur collaboration dans de nombreux projets, et dans bien d'autres. Merci à mon copain Kevin S., avec qui j'ai commencé la formation, pour sa présence, son soutien, sa patience, et sa joie de vivre dans les moments compliqués et dans les réussites. Puis, merci à ma famille et ma belle-famille, d'avoir été présent et de toujours avoir cru en moi jusqu'au bout.

Encore un grand merci à toutes ces personnes. Ces trois années sans elles, n'auraient pas été vécues de la même façon.

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
1. SITUATION D'APPEL	2
2. QUESTIONNEMENT/QUESTION DE DEPART	4
3. CADRE DE REFERENCE	6
3.1. Les modes de communication	6
3.1.1. La communication verbale	6
3.1.2. La communication non verbale	7
3.1.3. Les distractions	8
3.2. L'enfant au cœur du soin.....	10
3.2.1. Le développement de l'enfant	15
3.2.2. Les droits de l'enfant hospitalisé.....	16
3.2.3. La place du parent dans le soin.....	17
3.3. La relation de soin	18
3.3.1. Le soin	18
3.3.2. La confiance dans la relation de soin.....	19
3.3.3. Le rôle de l'infirmière puéricultrice dans la relation triangulaire	15
4. ENQUETE EXPLORATOIRE.....	17
4.1. Méthode de recherche.....	17
4.2. Outil utilisé	17
4.3. Population et lieux.....	18
4.4. Réalisation de l'enquête et limites.....	18
5. ANALYSE DES RESULTATS	20
5.1. Présentation des profils interrogés.....	20
5.2. Entretien par entretien	21
5.3. Analyse croisée.....	24

6. DE LA PROBLEMATIQUE A LA QUESTION DE RECHERCHE	31
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE	33
ANNEXES	36
ANNEXE 1 : Guide d'entretien.....	I
ANNEXE 2 : Demande d'autorisation	III
ANNEXE 3 : Autorisations des entretiens	IV
ANNEXE 4 : Entretien n°1	V
ANNEXE 5 : Entretien n°2	XII
ANNEXE 6 : Entretien n°3	XXV
ANNEXE 7 : Entretien n°4	XXXIV
ANNEXE 8 : Tableau d'analyse	XXXV
ANNEXE 9 : Autorisation de diffusion du TEFÉ	XLVIII

INTRODUCTION

La communication est un élément clé dans la relation de soin. En effet, elle permet, ainsi que d'autres éléments, de créer un lien de confiance solide entre le patient et le soignant. La communication n'est pas seulement un échange verbal mais elle met en avant d'autres aspects essentiels tels que le regard, les gestes, l'écoute active, la bienveillance, et bien d'autres. Cela permet d'humaniser le soin dans sa globalité. Une communication de qualité favorise une meilleure compréhension du patient, de ses besoins, ainsi que de ses attentes.

Depuis plusieurs années, j'ai pour projet d'exercer un métier en lien avec la santé des enfants, ainsi que l'accompagnement des parents. Avec la formation, ainsi que les stages réalisés, j'ai pu affiner mon projet professionnel, qui est de me spécialiser afin de devenir infirmière puéricultrice. C'est la raison pour laquelle, j'ai décidé d'orienter mon travail de fin d'étude sur le thème de la pédiatrie, ainsi que sur la relation de soin parent/enfant/soignant.

Mes nombreuses recherches effectuées ainsi que les entretiens que je mènerai sur le terrain vont favoriser l'approfondissement de mes connaissances sur le sujet. Également, ce travail écrit va permettre d'effectuer un travail de réflexion pour améliorer ma future posture professionnelle en prenant en compte les besoins de chaque patient ainsi que de leur famille afin d'instaurer un climat de confiance et garantir une meilleure qualité de la prise en charge de l'enfant tout en étant attentive à la place du parent.

Tout d'abord, je commencerai cet écrit en présentant ma situation d'appel. Par la suite, j'élaborerai mon questionnement où en découlera ma question de départ. Mon cadre de référence sera, ensuite, réalisé grâce aux différentes sources que j'ai pu lire. Les grandes parties de mon cadre de références seront : les modes de communication, l'enfant au cœur du soin, la relation de soin. Puis, je réaliserai une enquête exploratoire dont les résultats seront analysés par la suite. Puis, à partir de ma problématique, je formulerai une nouvelle question de recherche. Pour finir, je terminerai mon écrit par une conclusion.

1. SITUATION D'APPEL

Etudiante en institut de formation en soins infirmiers, j'ai effectué mon quatrième stage dans un service de pédiatrie centré sur les enfants de 0 à 4 ans.

J'ai décidé d'évoquer la situation de Aron. C'est un petit garçon âgé de 2 ans et demi. Il est entré dans le service le samedi 7 septembre suite à une brûlure du 2^{ème} et 3^{ème} degré sur tout le flan et l'avant-bras gauche. Cet accident a été provoqué par le renversement d'une théière.

C'est un enfant souriant et tonique. Cependant, sa mère constate qu'il est très apeuré et nerveux depuis l'accident. Ces traits de caractères se remarquent dès qu'un soignant s'approche de lui.

Suite à cet incident, plusieurs pansements ont été réalisés dans le service. Néanmoins, les réfections étaient toujours assez complexes. En effet, le jeune garçon était agité et très douloureux. Également, sa mère était à nos côtés lors de la réalisation des soins, mais cette dernière avait du mal avec la vision de la plaie, ainsi que l'état dans lequel était son fils. Elle grimaçait, tournait la tête pour ne pas voir la brûlure et tremblait tout en tenant la main de son enfant pendant le soin. En raison d'une mauvaise cicatrisation de la plaie, ainsi qu'une douleur assez importante chez Aron, il a été programmé une intervention au bloc opératoire.

Le jeudi 12 septembre, j'ai eu l'autorisation de descendre au bloc opératoire pour accompagner le jeune garçon et assister à son intervention. Ce jour-là, je vais le préparer à la douche en donnant tous les conseils à la mère pour la préparation au bloc, et en vérifiant que tous les papiers administratifs obligatoires soient présents. Sa mère me questionne beaucoup sur le déroulé de l'opération, sur le comportement qu'elle doit adopter avec son enfant, ainsi que sur sa posture. A ce moment-là, je la sens assez tendue et crispée physiquement.

A 10h00, les brancardiers viennent chercher l'enfant. A cet instant, il est en pleurs et cris. Accompagnée de sa maman, je descends avec eux. En arrivant au bloc, je laisse le brancard dans la salle d'accueil avec sa mère à ses côtés. Je vais me changer et me laver les mains pour pouvoir assister à l'intervention. Ensuite je les rejoins, et on attend que ça soit le moment d'entrer au bloc. Pendant ce temps, j'essaye de les rassurer tous les deux comme je peux, car les deux sont assez anxieux de part cette opération, et ce nouvel environnement qui leur ait inconnu de par la froideur, les différents secteurs, les différents soignants. Je tente de les préparer en douceur à leur séparation. La mère m'explique que c'est la première fois qu'elle a un de ses enfants qui a une intervention chirurgicale et qu'elle se sent très stressée par rapport

à ceci. Je décide de prendre le temps de les écouter, de leur parler d'une façon assez douce et d'essayer de faire sourire le petit garçon. Puis je suis arrivée à les apaiser tous les deux.

Un peu plus tard, 3 infirmières dont l'IADE arrivent. Aron se remet à paniquer mais ne s'agite pas trop. Les deux infirmières essayent de lui faire comprendre que c'est l'heure d'y aller mais ce dernier a du mal à se séparer de sa maman. Il commence peu à peu à pleurer, serre de plus en plus sa mère jusqu'à la mordre. Après avoir essayé de le convaincre de venir avec nous et de se séparer de sa maman, l'IADE d'une attitude assez sèche, prend Aron dans ses bras en haussant le ton et l'emmène dans la salle d'opération. La mère ne comprend pas la brutalité de la soignante et me dit « *C'est la dernière fois que je laisse faire ça à mon garçon, ça m'arrache le cœur de le voir partir dans cet état-là* ». Malheureusement j'ai dû laisser la mère et rejoindre l'équipe soignante pour assister au soin. Aron continue de hurler et se débat de toutes ses forces. Mais plus il continue plus l'IADE hausse plus fort le ton et utilise des gestes ainsi que des mots brusques jusqu'à l'endormissement par masque de l'enfant.

Au réveil l'enfant se retrouve auprès de sa mère dans la salle de réveil. Ce moment est très difficile. En effet, il est énormément agité, très douloureux, hurle, et pleure. La mère est tellement affectée par l'état de son fils qu'elle se met à pleurer. Elle me dit « *Mais qu'est-ce qu'ils ont fait à mon fils !* » entre des sanglots.

Dans les jours suivants, une deuxième intervention est programmée. Je n'ai pas pu y assister. D'après les dires de la maman, elle s'est beaucoup mieux déroulé que la dernière fois. Elle m'a expliqué qu'elle ne l'a pas accompagné cette fois ci même si au début c'était compliqué pour Aron. Elle est restée dans le service de pédiatrie et a attendu son retour dans sa chambre. De plus, elle m'a confié qu'elle avait trouvé son enfant plus calme et que lors de son retour au bloc il semblait peu douloureux.

2. QUESTIONNEMENT/QUESTION DE DÉPART

De part cette situation, plusieurs questionnements ont émergé. Dans un premier temps, je m'interroge sur les modes de communication auprès de l'enfant. Il s'agit d'un moyen de transmettre des informations, des ressentis, des émotions, des idées à une personne. Elle peut s'établir par différentes façons : verbale ; non verbale comme le toucher, les gestes, le comportement, les regards, ... ; ou même par l'écrit comme par exemple : les lettres et les messages. Dans cette situation, outre les mots utilisés par l'IADE, les gestes, la posture, le regard et d'autres éléments ont permis d'entrer en relation avec l'enfant, cependant, c'est l'autorité et la sévérité de la communication employée par la soignante qui m'ont déstabilisé. En effet, j'aurais imaginé cette approche à l'enfant d'une manière douce, sécurisée et bienveillante.

Également, je me suis interrogée sur la place de la triade. La triade est une relation de soin entre le soignant, le parent et l'enfant. Le but est d'assurer un lien de confiance pour pouvoir garantir une qualité des soins. Dans cette situation, la mère a une place assez délicate lors du soin. En effet, elle se questionne sur sa place de maman et comment elle peut accompagner au mieux son enfant. Est-ce que le manque d'information sur le soin, et/ou le manque d'accompagnement sur la séparation avec son enfant a pu fragiliser la relation de soin ? Lors de mes stages fait en unité parents bébé ainsi qu'en pédiatrie, j'ai pu souvent observer que la triade était un moyen de créer un cadre de confiance dans lequel on combinait l'accompagnement de la mère tout au long de la prise en charge de l'enfant et l'assurance d'un environnement sécurisé, bienveillant, et confortant pour l'enfant. C'est donc comme ça que j'aurais imaginé cette relation de soin dans cette situation.

Également, la relation de confiance est un point qui a suscité des questions. De mon point de vue, cette dernière est une relation entre minimum deux personnes se construisant de manière progressive en fonction du comportement de chacun, avec pour caractéristique la communication, le respect, la sincérité, l'écoute active et l'authenticité. Dans cette situation, le lien de confiance a été affaibli par le manque de soutien en globalité de la mère par l'équipe ainsi que la séparation compliquée qu'a vécu l'enfant. En quoi une rupture de confiance peut-elle complexifier le soin ? Comment restaurer un lien de confiance qui a été rompu ?

Par la suite, ma représentation de la relation de soin m'a interrogé. Pour moi, la représentation d'un objet est l'image qu'on se fait de ce dernier. Elle peut être également basée sur des aprioris. Puis, elle évolue en grandissant car on vit d'autres expériences mettant en confrontation nos anciennes représentations. En effet, ma représentation d'une relation de soin est de créer avant tout un climat de confiance regroupant l'empathie, la bienveillance, la douceur, et l'authenticité afin de procurer un environnement sain et sécurisé pour le patient. Cela permettrait d'assurer une qualité des soins et de le réaliser dans de bonnes conditions, encore plus chez l'enfant.

D'après moi, mes représentations sont construites sur la base des valeurs qui m'ont été inculquées depuis mon plus jeune âge. En effet, lorsque j'étais enfant, j'ai grandi dans un foyer familial des plus normaux et sains. J'ai toujours connu la bienveillance avec les autres, le prendre soin de, la sincérité, la fiabilité, l'amour... Ces valeurs font de moi la personne que je suis et influencent mes comportements dans la vie de tous les jours que ça soit dans la vie personnelle ou sur le terrain. Dans cette situation, j'ai été déstabilisé par la réaction dure de l'infirmière face à celle du petit garçon et mes valeurs. En effet, lors de celle-ci, je me suis sentie frustrée par le décalage entre ma vision du soin et la réalité de celui-ci avec la charge de travail, la fatigue... Comment concilier le soin et mes valeurs dans ma pratique professionnelle ?

Pour finir je viens à me questionner sur les émotions de la mère, du petit garçon et de moi-même. Une émotion est selon moi, une réaction psychologique soudaine et elle peut être complétée par une réaction corporelle comme les rougeurs, la sueur, les tremblements, ... Tout d'abord en ce qui concerne la mère des sentiments tels que la colère, l'injustice, la tristesse et le stress sont perçus. En effet, la souffrance de son enfant et l'autorité de la soignante ont pu générer ces émotions. Comment soutenir la mère dans ce qu'elle ressent pour qu'elle puisse au mieux accompagner son fils dans le soin ? Ensuite, du côté de l'enfant on observe de l'anxiété, de la peur et beaucoup de douleur qui sont traduits par ses pleurs et ses cris. Puis, en ce qui me concerne, lors de cette situation j'ai ressenti de l'empathie envers eux et de la frustration car je ne pouvais rien faire ni dire pour améliorer la situation. Ici, ce qui m'a déstabilisé est la façon dont toutes les émotions ont été gérées et accompagnées.

Ma situation d'appel, ainsi que le déroulé de mon questionnement ont permis de construire ma question de départ :

En quoi les modes de communication, au sein de la triade impactent la relation de soin ?

3. CADRE DE RÉFÉRENCE

Le cadre de référence est un moyen de me permettre d'étudier et analyser, à travers mes lectures, les trois concepts qui sont issus de ma question de départ. Tout d'abord, j'aborderai le thème de la communication avec ses différents modes que l'on peut retrouver chez l'enfant. Puis, je m'intéresserai à l'enfant lors du soin. Enfin, je terminerai par m'intéresser à la relation de soin. Mes recherches seront comparées avec les résultats des entretiens que je mènerai auprès de professionnels de santé spécialisés en pédiatrie.

3.1. Les modes de communication

D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, le verbe communiquer est : « *faire part de, donner connaissance de quelque chose à quelqu'un, par relation plus au moins directe avec le destinataire* ». La communication peut se faire de différentes façons dans le but de transmettre une information à une autre personne. Nous allons donc dans un premier temps, étudier les divers modes de communication que l'on peut proposer à un enfant. Pour commencer, je m'intéresserai à la communication verbale. Ensuite, j'évoquerai la communication non verbale. Pour finir, je conclurai avec la distraction.

3.1.1. La communication verbale

Le terme communication se définit, selon le Larousse, comme étant une « *action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbale entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse* ». En effet, la communication verbale ne comprend pas seulement les mots, mais également, le ton, les soupirs, les rires et les intonations de voix, c'est ce qu'on nomme les échanges para verbaux.

Selon Robert Vion (professeur de linguistique), dans l'ouvrage *La communication verbale*, la communication verbale n'est pas seulement le fait d'émettre un message et le transmettre à une autre personne, mais elle se développe autour de l'interaction sociale. Elle met en jeu plusieurs éléments dont le messenger, le destinataire, les comportements, ainsi qu'une ou plusieurs informations à transmettre. « *L'interaction constitue dès lors une dimension permanente de*

l'humain de sorte qu'un individu, une institution, une communauté, une culture, s'élaborent à travers une interactivité incessante qui, sans s'y limiter, implique l'ordre du langage » (2000, p. 26) Elle constitue un élément fondamental dans la vie sociale de l'Homme qui va favoriser une entrée en relation avec autrui.

D'après l'ouvrage *La communication verbale avec l'enfant* écrit par Jean-Yves Hayez (pédopsychiatre) et Emmanuel de Becker (psychiatre et psychothérapeute) la communication verbale est différente lorsqu'un adulte s'adresse à un enfant en souffrance de par la différence des âges et de leurs façons de penser. Lors d'une conversation entre un adulte et un enfant, la parole de l'enfant est souvent négligée et ignorée. En effet, il est parfois, demandé à l'enfant de ne pas faire de bruit, de ne pas couper la parole, de se taire, ... D'après les auteurs, ceci peut nuire au développement du langage chez l'enfant. Cela ne veut pas dire que la parole de l'adulte est moins importante que celle de l'enfant, au contraire elle est toute aussi indispensable, seulement elle ne doit pas empiéter sur celle de l'enfant. Selon ces auteurs, cette communication doit passer par une adaptation globale de l'enfant, c'est-à-dire ajuster sa posture, ses mots, ses gestes en prenant en compte le langage, les émotions, et l'attitude de l'enfant. Ils mettent en avant que la communication verbale entre l'adulte et l'enfant est possible lorsqu'elle passe avant tout par une écoute bienveillante et active de la part de l'adulte. « *Ecouter, ce n'est pas faire semblant. C'est d'abord poser un acte qui reconnaît l'enfant, avec autant d'authenticité dans le chef de l'adulte* » (2010, p.170). L'écoute est un élément essentiel, elle se trouve au cœur de toute communication. Il s'agit d'une écoute active, entendre la parole de l'autre ne suffit pas. Cette écoute passe par l'authenticité, l'attention porter vers l'enfant, les regards, le respect des silences, ...

3.1.2. La communication non verbale

La communication non verbale correspond à un autre versant de la communication qui est important à prendre en compte. Le non verbal se définit d'après la langue française, comme étant « *les moyens de communication autres que la parole, tels que les gestes, les expressions faciales ou le langage corporel* ». La communication n'est pas seulement liée à la parole ou à l'écoute mais elle découle également du comportement d'autrui.

En effet, dans l'ouvrage *Paul Watzlawick* écrit par Xavier Molénat (journaliste), l'auteur expose l'idée de Paul Watzlawick (Psychologue et théoricien de la communication) qu'il exploite dans son livre *Une logique de la communication* de 1967, que n'importe quel

comportement comme le silence par exemple est un message que l'autre veut transmettre. « *Un autre principe est que nous ne pouvons pas ne pas communiquer. Tout comportement, même le silence, est un message, qui influence les autres, conditionne en retour leur comportement.* » (2020, p.197). En effet, le non verbal comprenant le regard, l'expression du visage, les gestes, les attitudes corporelles et également, les contacts physiques, on peut les retrouver dans n'importe quel type de comportement. Tout comportement est un message. Le corps exprime des émotions, des ressentis et parle en permanence. Il va également, mettre en avant les intentions de l'autre tels que le jeu, l'invitation, la colère, l'apaisement, ... Par exemple, lors d'un repas, l'enfant repousse son assiette et grimace cela va faire transmettre un message à l'adulte qui s'occupe de lui, qu'il ne veut plus de son repas ou qu'il ne l'apprécie tout simplement pas.

Selon Hubert Montagner, dans son ouvrage *L'enfant et la communication*, la communication non verbale est complémentaire de la parole chez l'enfant. Les gestes, les mimiques, la posture et bien d'autres complètent le message que souhaite faire passer l'enfant, ils donnent une information en plus afin de comprendre le sens du message : « *il incline la tête sur l'épaule, sourit, dit : « Viens »* » (2012, p.54). Chez l'enfant, le non verbal est le principal mode d'interaction utilisé afin d'envoyer des signaux ou transmettre une information en complément ou non de la parole, à l'adulte. La communication non verbale est également mobilisée afin d'entrer en lien avec les autres enfants ou de l'apaiser. En effet, les comportements apaisants vont renforcer le lien avec les autres, on va pouvoir observer des sourires, des balancements doux, ... Au contraire, les gestes agressifs comme les gestes brusques, les coups, ... vont entraîner l'isolement de l'enfant.

3.1.3. Les distractions

La communication verbale et non verbale sont les formes de communication les plus connues mais il existe d'autres moyens d'entrer en communication avec une autre personne, comme notamment les pratiques psychos corporelles telle que la distraction. D'après le CNTRL, il s'agit d'un « *détournement momentané de l'esprit trop préoccupé vers ce qui amuse ou récréé* ». En effet, ça peut être une activité, de la lumière, de la musique et bien encore permettant au cerveau de se concentrer sur autre chose. Elle peut être utilisée de différentes manières comme à but ludique, thérapeutique, ou bien même non volontaire...

Selon Jean-François Richard, dans son ouvrage *L'attention*, la distraction est la difficulté de rester concentrer sur une quelconque tâche à cause de divers stimuli. L'attention est perturbée lorsqu'il y a trop de stimuli internes (pensées, émotions) ou externes (bruits, stimulations sensorielles, photos, images) qui vont solliciter la personne. On note trois types de stimulation : « *des stimulations continues (comme le bruit)* », « *des stimulations intermittentes mais régulières (comme des flashes lumineux)* », et « *des stimulations ponctuelles comme la présentation d'un mot, d'une image, d'un air de musique* ». En effet, ces stimulations peuvent empêcher la personne à se fixer sur la tâche principale, celle qu'elle était en train de réaliser.

Selon Pascale Thibault (cadre de santé), dans son ouvrage, *Des pratiques psychocorporelles au parcours de soin intégratif en soins infirmiers*, les distractions font partie de ce qu'on nomme : les pratiques psycho-corporelles. Elles permettent, d'après l'auteure, de faire abstraction d'un soin douloureux et anxieux. « *La prévention des douleurs liées aux soins a permis ces dernières années de développer, dans le champ des compétences des infirmiers et des aides-soignants, la place des pratiques telles que les distractions, les massages de confort et de bien-être, l'hypnoalgésie, les relaxations.* » (2015, p.268). Pour l'auteure, il s'agit d'un moyen d'orienter l'attention du patient lors d'un soin, pouvant procurer du stress, de la peur, de l'angoisse et de la douleur. Cet outil va permettre de créer un lien de confiance et renforcer l'adhésion au soin du patient. Dans le chapitre étudié, Pascale Thibault explique le fait que les distractions doivent être pensées dans la prise en charge d'un patient. Il y a trois temps importants :

- Avant le soin : moyens mis en place afin de créer un lien de confiance.
- Pendant le soin : assurer la continuité des pratiques psycho corporelles.
- Après le soin : évaluation de la satisfaction du patient et se rappeler d'une expérience positive et non traumatique du soin réalisé.

En effet, en pédiatrie, on recourt souvent aux distractions afin d'éviter que les enfants gardent un mauvais souvenir du soin réalisé à cause de la douleur, le stress et l'anxiété. Par exemple, lors de mon stage en pédiatrie, les lumières, ainsi que des jouets étaient souvent utilisés lorsqu'on réalisait des bilans sanguins, afin d'éviter que l'enfant garde en tête la douleur de l'aiguille, ainsi que de le détendre

3.2. L'enfant au cœur du soin

Le terme « enfant » vient du latin « *infans, -antis* » signifiant « *qui ne parle pas encore* » d'après le Larousse, et se définit comme étant « *garçon ou fille avant l'adolescence* ». Depuis quelques années l'enfant est reconnu comme un patient à part entière porteur de droits. Il est au cœur du soin, sans oublier que les parents ont une place tout aussi importante. Tout d'abord, j'aborderai le développement de l'enfant. Ensuite, je m'intéresserai aux droits de l'enfant hospitalisé. Puis, je terminerai avec la place du parent dans le soin.

3.2.1. Le développement de l'enfant

D'après le Larousse, le développement psychomoteur « *recouvre le développement moteur (acquisition des mouvements, de la coordination) et le développement sensoriel, intellectuel, affectif et social (construction du psychisme) et témoigne de la maturation progressive du système nerveux* ». Toutes ces acquisitions vont permettre à l'enfant de se construire et de prendre conscience de son corps, de lui, de son environnement.

Dans l'article *Le développement moteur, tonique et sensoriel* de la revue les *Cahiers de la Puéricultrice*, Véronique Duval Bissoudre (psychomotricienne et formatrice), il s'agit d'un « *processus complexe dans lequel se mêlent activement les développements moteur, tonique et sensoriel, le schéma corporel, l'image du corps et la compréhension de l'espace-temps.* » (2019, p.37). Elle utilise le triangle psychomoteur afin de montrer que l'enfant est actif dans son développement. Il est composé de trois points :

- La maturation neurologique présente dès la naissance, c'est-à dire le passage de réflexes et mouvements involontaires à des mouvements volontaires, contrôlés et adaptés au fur et à mesure que l'enfant grandisse.
- Les expériences et apprentissages vont permettre à l'enfant de stimuler et développer ses capacités.
- L'environnement affectif, sans cette affectivité, l'enfant n'aura pas confiance, n'osera pas ou n'aura pas envie de mettre en avant ses capacités ainsi que les approfondir.

L'enfant ne se construit pas seulement grâce à ses capacités innées mais également grâce aux interactions humaines ainsi qu'à l'affection qu'on lui apporte. Cela est en lien avec la théorie de l'attachement de John Bowlby. Cette théorie expose comment les liens se créent entre les

êtres humains et cherche à comprendre les émotions de l'autres. Les expériences d'attachement vécues dans l'enfance ont un impact sur la vie adultes et nos comportements. Elle comprend trois types d'attachement : sécure, insécure ambivalent et insécure évitant. Plus un enfant grandi dans un environnement sécure, plus il va pouvoir se développer. En effet, il se sentira en confiance et ira découvrir et apprendre de nouvelles choses, afin d'approfondir ses aptitudes. Chaque enfant évolue de manière différente. Le développement psychomoteur est propre à chacun, ce qui rend tout enfant unique.

3.2.2. Les droits de l'enfant hospitalisé

L'enfant hospitalisé tout comme l'adulte possède des droits. Avant 1988, aucun texte de loi indiquait une prise en charge spécifique pour les enfants. Les textes existants regroupaient des droits généraux pour les patients adultes et enfants.

La Charte de l'enfant hospitalisé rédigée par l'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science, et la culture) en 1988, est un texte fondateur européen qui « *résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.* ». Elle met en lumière l'implication des parents dans le soin avec l'article 3 « *On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.* ».

Également, l'UNESCO souligne que les enfants hospitalisés doivent être admis dans des services adaptés à son âge avec l'article 6 de la charte « *Les enfants ne doivent pas être admis dans les services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives, adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.* ». Ces droits diffèrent avec ceux de l'adulte par la place et l'accompagnement du parent, ainsi que la considération de l'enfant avec le droit d'accéder à des services adaptés à son âge, des loisirs et activités éducatives.

De plus, l'enfant comme le parent ont le droit à l'information et au consentement. Même avec son jeune âge l'enfant est en droit de donner son accord pour un soin ou autre, selon l'article 4 de la charte « *Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions*

les concernant. » La Charte de l'enfant est un texte fondateur européen mais il ne s'agit pas d'un texte législatif.

L'article R. 4312-16 du Code de déontologie des infirmiers, renforce ce droit à l'enfant « *Le consentement du mineur ou du majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit être obtenu s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de la mesure.* ».

Cet article est repris également par l'article L1111-5 du Code de la Santé Publique « *Toutefois, l'infirmier, doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.* ».

3.2.3. La place du parent dans le soin

Nous avons pu voir dans la partie ci-dessus que les parents ont une place incontournable dans le soin auprès de l'enfant. En pédiatrie, on ne travaille plus en binôme patient-soignant mais en triade parent-enfant-soignant.

D'après le CNTRL, la triade se définit comme étant un « *ensemble de trois personnes ou de trois choses étroitement unies.* ». En effet, le soignant, l'enfant et le parent agissent ensemble de manière coordonnée pour assurer la meilleure qualité de soin.

Selon Elsa Girerd-Potin (infirmière puéricultrice), dans son article *La considération des parents de la prise en charge de l'enfant en situation aiguë* publié dans la revue *Soins pédiatrie*, le soin en pédiatrie relève de cette relation triangulaire parent enfant soignant. Les parents ont une véritable place au sein du soin et joue un rôle clé dans l'accompagnement et le soutien de leur enfant « *Leur rôle constitue un élément clé dans le parcours de soins, et la légitimité de leur présence n'est plus à prouver* » (2023, p.28). Ils sont impliqués de manière active dans les soins.

De plus, d'après Capucine Roche (puéricultrice en réanimation néonatale), dans son article *Soignant-enfant-parent, un partenariat essentiel en pédiatrie* publié dans la revue *Soins*

pédiatrie, le parent a une place incontournable dans le soin. Il participe activement à la prise en charge médicale de son enfant grâce à sa compréhension des informations données concernant la situation de l'enfant. Également, sa présence auprès de son enfant permet de favoriser la coopération et l'adhésion aux soins. En effet, il s'agit de la figure d'attachement de l'enfant qui permet de mettre en confiance celui-ci. « *Il est la personne qui connaît le mieux son enfant, et nous comprenons vite qu'avec son aide, notre pratique devient plus aisée.* » (2022, p.19).

Elle souligne aussi, que le soignant doit s'adapter constamment car chaque situation familiale est différente, lors du soin certains parents trouvent facilement leur place et d'autres sont perdus, ont peur et sont anxieux. Pour cela le soignant fait preuve de nombreux ajustement en fonction des parents et de l'enfant qu'il a devant lui. « *Si le professionnel dissuade parfois le parent de rester dans la chambre, il l'encourage le plus souvent à tenir la main de son petit pour le soutenir face à l'acte qu'il doit endurer.* » (2022, p.20). Cette action permet de montrer la présence et le soutien du parent à l'enfant. Ce dernier se sentira plus en confiance grâce au climat instauré et d'après l'auteure, il favorisera la coopération de l'enfant dans le soin.

3.3. La relation de soin

La relation de soin se définit d'après *La relation de soin, concepts et finalités* écrit par Monique Formarier comme étant « *simple interaction ou relation suivant les interactants, leur connaissance mutuelle, le contexte dans lequel se situe le soin : domicile, service hospitalier, bloc opératoire...* » (2007, p.37). Afin de mieux comprendre ce terme j'ai décidé d'aborder, dans un premier temps, ce qu'est le soin. Ensuite, je développerai ce qu'est la confiance dans la relation de soin. Puis, je terminerai par le rôle que l'infirmière a dans la relation triangulaire parent-enfant-soignant.

3.3.1. Le soin

D'après le CNTRL, le soin se définit comme étant un « *Souci, préoccupation relatif à un objet, une situation, un projet auquel on s'intéresse.* ». Dans le domaine médical, le soin est le fait de soulager le patient dans sa globalité.

D'après Frédéric Worms (Philosophe) dans l'ouvrage : *Les deux concepts du soin*, il définit le soin comme 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* » (2006, p.143). En effet, l'écrivain expose l'idée que le soin correspond au prendre soin du patient en prenant en compte sa maladie ainsi que sa personne. Il met en évidence que « *soigner, c'est soigner quelque chose* » (2006, p.144), étant relatif à la pathologie et à la souffrance du patient. Cependant, « *soigner, c'est aussi soigner quelqu'un* » (2006, p.144), c'est-à-dire le relationnel, l'humanisation des soins, la prise en considération de la personne, de son psychique. Par exemple, en pédiatrie, un enfant va être hospitalisé pour une bronchiolite, « *soigner quelque chose* » sera les soins techniques apportés à l'enfant pour traiter sa maladie ainsi que sa douleur, mais « *soigner quelqu'un* » sera la prise en compte de l'angoisse et de la peur de l'enfant, l'inquiétude des parents, l'apport d'un accompagnement adapté à l'âge de l'enfant et aux parents, ainsi qu'une présence rassurante et l'instauration d'un climat de confiance.

L'auteur démontre également, l'asymétrie présente dans le soin. Il décrit cette asymétrie entre le patient et le soignant par la vulnérabilité et le pouvoir. Le soin ne peut exister sans la sollicitude d'une personne dans le besoin, ce qui peut engendrer cette notion de pouvoir et abus de pouvoir face à cette vulnérabilité et soumission du patient.

Selon Donald Woods Winnicott (pédiatre et psychanalyste) dans l'ouvrage *A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*, le soin rassemble le care et le cure. Le care signifie le prendre soin de, l'intérêt et l'attention que l'on porte au patient. Alors que le cure englobe les soins techniques, les thérapeutiques administrer afin de soulager la maladie. Il met en évidence que dans le milieu médical que « *le généraliste prend soin du patient, s'intéresse à lui, mais qu'il doit aussi connaître les remèdes. En revanche, le spécialiste est pris dans des problèmes de diagnostic et d'éradication de la maladie, et il faut qu'il fasse un effort pour se rappeler que le « prendre soin » fait aussi partie de la pratique médicale.* » (2015, p.22,23). Le cure est souvent privilégier au détriment du care.

3.3.2. La confiance dans la relation de soin

D'après le dictionnaire de l'Académie française, la confiance se définit comme étant « *Espérance ferme que les autres placent en vous, ; conviction qu'ils peuvent avoir de votre sincérité, de votre dévouement, de votre honnêteté.* ».

Selon Patrick Thominet (cadre infirmier formateur) dans l'article *Ethique et relation de confiance* de la revue Soins, la confiance met en jeu deux éléments : « *la connaissance de l'autre* » ainsi que « *la croyance en sa capacité à se projeter dans un futur décisionnel où la part d'incertitude reste toujours présente* » (2013, p.28). La connaissance de l'autre va permettre d'éliminer la méfiance que l'on a envers cette personne. Puis, en ce qui concerne le deuxième élément, c'est le fait de penser que la personne à qui on fait confiance agira correctement, respectera ses promesses, ... Dans la relation de soin, le patient accorde dans un premier temps, sa confiance au soignant de par la compétence reconnue de ce dernier.

Selon Noëlle Carlin (éthicienne et chercheuse en santé) dans l'article *Risques et confiance dans la relation de soin* de la revue Ethique et Santé, démontre que la confiance est un élément essentiel dans le lien social impliquant une part de risque. L'auteure rejoint l'idée de Patrick Thominet en expliquant que le patient a confiance dans un premier temps en le soignant grâce à ses compétences techniques et son diplôme. Cependant, elle ajoute le fait que ce sont les « capacités relationnelles, la bienveillance et le non-abandon qui seront valorisés quand la situation s'aggravera » (2024, p. 26). En effet, les compétences relationnelles jouent un rôle clé dans la prise en charge d'un patient.

En pédiatrie comme dans les autres services, la confiance fait partie des facteurs indispensables pour une prise en charge de qualité. Instaurer un climat de confiance va permettre à l'enfant et aux parents de se sentir en sécurité et d'assurer leur coopération dans les soins. La confiance avec l'enfant peut se créer de manière progressive par la communication, les activités ludiques, l'intérêt que le soignant porte à se donner. D'après Bénédicte Lombart (infirmière, chercheuse et philosophe) dans l'article *Le care en pédiatrie* de la revue Recherche en soins infirmiers, la relation de confiance peut s'établir par le fait de rejoindre et comprendre l'univers de l'enfant « *Renoncer à inviter l'enfant à entrer dans l'univers rationnel médical qui justifie les soins mais à l'inverse chercher à rejoindre l'univers de l'enfant afin d'établir une relation de confiance aidante et de confiance pour le soigner* » (2015, p.74).

3.3.3. Le rôle de l'infirmière puéricultrice dans la relation triangulaire

Dans la relation triangulaire, chaque individu intégré dans celle-ci : parent, enfant et soignant joue un rôle clé dans la prise en charge de l'enfant ainsi que la qualité des soins. D'après l'ONISEP, l'infirmier(e) puériculteur/trice est un infirmier(e) qui « *prodigue des soins infirmiers aux enfants malades [...] Pendant toute la durée de l'hospitalisation, il ou elle est*

aussi la personne référente privilégiée des parents. Il ou elle les informe, les conseille et les accompagne. ». Selon Bénédicte Lombart dans l'article *Le care en pédiatrie* de la revue Recherche en soins infirmiers, l'infirmière puéricultrice a une place indispensable dans la relation triangulaire en pédiatrie. Cependant, la participation des parents dans la prise en charge de l'enfant contribue à l'adhésion de l'enfant aux soins. Selon l'auteure, d'après plusieurs associations telle que Sparadrap et Padiadol des éléments sont recommandés pour les soignants tels que :

- *« Evaluer, prévenir et traiter la douleur de l'enfant,*
- *Assurer la continuité du soutien parental et familial,*
- *Permettre la présence des parents tout au long de l'hospitalisation,*
- *Adapter l'information en particulier par le biais du jeu,*
- *Réduire la détresse et l'anxiété de l'enfant lors des soins,*
- *Prévenir l'usage de la contention forte lors des soins,*
- *Obtenir la coopération de l'enfant,*
- *Adapter l'éducation thérapeutique auprès des enfants atteints de maladies chroniques de manière ludique pour favoriser son développement et sa croissance (école à l'hôpital, intervention des clowns...) » (2015, p.73)*

Ces recommandations vont permettre de créer une alliance thérapeutique entre le parent, l'enfant et le soignant. Catherine Devoldère (pédiatre et présidente de l'association SPARADRAP), dans *Soignants, parents : une place pour chacun*, évoque le fait que pour soigner un enfant il faut prendre en considération la singularité des parents et des situations familiales « *Soigner un enfant mène obligatoirement le personnel soignant à réaliser simultanément des gestes techniques en tenant compte de la singularité des parents.* » (2012, p.21). De plus, le soignant occupe une place essentielle dans l'information à l'enfant mais également, dans l'observation de l'enfant afin de suivre et optimiser son développement ainsi que son éveil. « *Les soignants ont donc une place importante pour informer l'enfant en tenant compte de son âge et de son développement cognitif grâce à des supports adaptés et illustrés.* » (2012, p.22).

4. ENQUÊTE EXPLORATOIRE

L'enquête exploratoire est un moyen qui va me permettre d'aller à la rencontre de professionnels de santé. Elle va favoriser une mise en tension des idées des auteurs de mon cadre de référence avec la réalité du terrain. Dans un premier temps, je présenterai la méthodologie de l'enquête avec la description de la méthode choisie, la population que je souhaite interroger, le lieu, ainsi que l'outil. Puis, j'exposerai la réalisation de mon enquête avec les limites rencontrées, suivie des résultats obtenus par la suite.

4.1. Méthode de recherche

La méthode de recherche fait partie intégrante de l'enquête exploratoire. Il s'agit de la première étape. Elle comprend la population que je souhaite interroger, le lieu, ainsi que l'outil que je vais utiliser pour mon enquête.

Afin de réaliser mon enquête exploratoire, j'ai choisi d'opter pour une méthode de recherche de type clinique. En effet, d'après Eymard, cette méthode a pour objectif de « *rendre compte de la vérité du sujet et non une vérité en soi* ». Selon moi, il s'agit de la méthode la plus adaptée pour mon travail. Elle va permettre d'enrichir mon écrit en faisant le lien entre la théorie ainsi que le terrain car, elle va prendre en compte différentes représentations et différentes situations de soin.

4.2. Outil utilisé

Pour conduire cette enquête exploratoire, plusieurs méthodes de recueil de données nous ont été proposées. Pour ma part, ma collecte de données se fera par des entretiens semi directifs. Il s'agit d'une méthode permettant de recueillir des informations à partir de questions ouvertes. Ces questions seront préparées en amont afin de pouvoir interroger les soignants. Ce qui est intéressant avec ce type d'entretien est qu'il va favoriser la liberté aux professionnels de santé de s'exprimer ainsi que d'exposer leur point de vue et leurs ressentis.

4.3. Population et lieux

Afin de réaliser mon enquête exploratoire, j'ai opté pour interroger quatre infirmiers(ères) diplômés d'état spécialisé(e)s ou non en puériculture. Afin d'obtenir différents points de vue et si possible avec divers niveaux d'expérience en tant qu'infirmier(ère).

Mon enquête se déroulera dans deux lieux différents :

- Secteur libéral
- Unité Parent Bébé en psychiatrie

J'ai choisi le secteur libéral car il s'agit d'infirmières prodiguant des soins infirmiers hors institution. Selon moi, il est intéressant d'aller interroger ces professionnels de santé car, la prise en charge de l'enfant ainsi que l'accompagnement des parents peuvent être différents à domicile.

Puis, en ce qui concerne l'Unité Parent Bébé, service psychiatrique, je trouvais pertinent d'aller réaliser des entretiens dans ce service. En effet, il s'agit d'un service hospitalier ainsi que psychiatrique.

Ces deux versants du soin permettront d'avoir une diversité d'opinions sur mon thème. Tous deux ont une approche relationnelle différente lors des soins ainsi que des compétences liées à l'enfant similaires sur certains points mais différentes sur bien d'autres. Les entretiens avec ces soignants de divers domaines vont me permettre d'avoir une compréhension ainsi qu'une analyse plus fine de la relation triangulaire parent, enfant et soignant.

4.4. Réalisation de l'enquête et limites

Tout d'abord, avant de réaliser mes entretiens j'ai dû, dans un premier temps, concevoir un guide d'entretien (Annexe 1). Une fois validé par mon directeur de mémoire, j'ai pu envoyer mes demandes d'autorisation afin de pouvoir effectuer mes entretiens. Pour ce qui concerne ma demande auprès d'un centre hospitalier, je dû la transmettre à la direction des soins en précisant quel service et quelle population je souhaitais interroger (Annexe 2). Puis, pour ce qui est du cabinet libéral, je les ai contactés par téléphone afin de savoir si les infirmiers prenaient en charge des enfants, et s'ils m'autorisaient à les interroger dans le cadre de mon travail de fin d'étude. Une fois leurs autorisations transmises par mail (Annexe 3), j'ai pu organiser mes entretiens avec eux. Je leur ai demandé s'il était possible de les enregistrer. Puis,

j'ai également, précisé pour chacun, que les entretiens seront entièrement anonymisés et qu'il n'y aura aucun jugement de ma part. C'est donc pour cela que j'ai choisi d'utiliser des noms de fleur afin de les désigner.

Pour commencer, mon premier entretien s'est déroulé avec une infirmière libérale. J'ai éprouvé une première difficulté de par le lieu de rencontre. En effet, je n'ai pas pu réaliser cet entretien dans son lieu d'exercice, car elle était en vacances ce jour-là. Donc, j'ai dû la rejoindre à son domicile. Nous avons effectué cet entretien dans une pièce à part pour ne pas être interrompu.

Pour ce qui est de mon deuxième entretien, j'ai rencontré une deuxième difficulté par le manque de disponibilités de la deuxième infirmière libérale. Pour cela, nous avons quand même organisé cet entretien, cependant de manière téléphonique. Le réseau téléphonique était plutôt correct, ce qui m'a permis de réaliser cette entrevue dans de bonnes conditions également, sans interruption.

Ensuite, pour mon troisième et quatrième entretien, ils se sont déroulés dans un service hospitalier, dans la salle de réunion. Lorsque j'ai contacté la cadre du service du service avant ces deux entrevues, nous avons organisé une date en début de semaine. Cependant, arrivé le jour prévu, j'ai reçu un message d'une des infirmières me disant qu'il serait mieux que je vienne en fin de semaine car leur journée était chargée. Pour ces deux entretiens, nous avons été interrompus trois fois, deux fois pour le premier et une fois pour le deuxième.

L'ensemble de ces quatre entretiens ont été très enrichissant. J'ai ressenti que les infirmières interrogées semblaient être intéressées par le sujet de mon travail de fin d'études, de par leurs réponses à mes questions ainsi qu'à nos conversations avant et après l'entretien.

Si je devais améliorer un axe dans mes entretiens se serait de donner des exemples précis. Par exemple, lorsque je parle des distractions ou bien des droits de l'enfants hospitalisé, plus d'une fois, j'ai dû illustrer ces termes pour que les infirmières aient des réponses mieux adaptées à mes attentes.

5. ANALYSE DES RÉSULTATS

Après avoir réalisée mes entretiens semi-directifs dans des lieux différents, je vais les analyser. Cette analyse sera contenue dans un premier temps, d'une analyse d'entretien par entretien. Puis, dans un second temps, j'élaborerai une analyse croisée entre mes entretiens et mon cadre de référence.

5.1. Présentation des profils interrogés

Entretien n°1 : Orchidée	Entretien n°2 : Lavande	Entretien n°3 : Tulipe	Entretien n°4 : Lilas
• Diplômée depuis 1989. • Infirmière libérale depuis plus 35ans.	• Diplômée depuis à peu près 15 ans. • Infirmière libérale depuis 2 ans. • A exercé dans plusieurs structures (salle de réveil, centre de rééducation, psychiatrie, laboratoire, FAM), puis 7ans aux urgences de la main.	• Diplômée depuis 2006. • Infirmière à l'UPB depuis 2010. • A exercé chez les adolescents en service fermé.	• Diplômée depuis 2008. • Infirmière à l'UPB depuis 2017. • A exercé en pédopsychiatrie, en hôpital de jour avec des enfants autistes, en libéral, puis, en CMPEA.

5.2. Entretien par entretien

Entretien n°1 :

Le premier entretien débute avec Orchidée, et a une durée de seize minutes. Actuellement, son cabinet prend en charge deux enfants âgés de 3 et 8 ans. (Annexe 4)

Selon l'infirmière, la communication auprès de l'enfant pendant le soin comprend dans un premier temps, la verbalisation et l'explication du soin réalisé. Elle va imaginer le soin pour qu'il ait une meilleure compréhension, « *J'essaie toujours de leur donner, en fait, un, une image, en fait, qui correspond à quelque chose qui connaissent.* » (L.30-31). D'après elle, tous les comportements que l'on va adopter envers lui comme les regards par exemple vont avoir un impact sur lui car il va ressentir toutes les émotions, « *c'est un filtre émotionnel un enfant.* » (L.55). Elle utilise également le jeu pour détourner le stress de l'enfant et créer un lien de confiance. Orchidée spécifie que sa pratique va dépendre et s'adapter en fonction de l'enfant et des parents qu'elle a en face d'elle. Cependant, elle précise l'importance du consentement de l'enfant et des parents pour le soin prodigué. Selon elle, le respect de l'enfant est indispensable pour son développement, « *il faut respecter l'enfant, et puis même, pour sa construction future, pour l'adulte qu'il va devenir* » (L.130-131). En ce qui concerne le soin en général, elle évoque le fait qu'il doit se passer dans le calme, l'empathie ainsi que la douceur, et non avec une pression, et des jugements. A propos de la relation triangulaire parent, enfant et soignant, elle souligne l'importance d'adapter la place de chacun au moment du soin, « *il faut arriver à adapter en fait la place de chacun au moment du soin.* » (L.159). L'infirmière a rapporté lors de l'entretien, une expérience actuelle sur le fait qu'elle a dû mettre dehors la mère de l'enfant pour le bien de la mère, de l'enfant et du déroulement du soin. Selon elle, un espace paisible est nécessaire pour l'enfant et pour le soignant également afin d'assurer un soin de qualité. Pour ce qui est de son rôle dans cette relation de soin, elle se dit avoir une place en retrait, et privilégie la relation parent/enfant, « *je suis un petit point à côté de la ligne, voilà qui peut interférer de temps en temps dans, dans la relation pour communiquer avec les parents.* » (L.199-201).

Entretien n°2 :

Le second entretien se déroule en présence de Lavande, et a une durée de treize minutes. Elle exerce dans le même cabinet qu'Orchidée. (Annexe 5) Pour communiquer avec un enfant,

l'infirmière utilise des mots simples, le jeu, ainsi que l'humour, « *on est beaucoup dans le jeu quand même (silence) dans l'humour* » (L.20-21). Elle explique également chaque étape du soin. Selon elle, le non verbal permet de créer un lien de confiance comme le verbal ainsi que le jeu. Cependant, il est nécessaire d'adapter sa posture et mesurer ses gestes devant les parents afin de ne pas franchir leurs barrières, « *faire très attention de, de ne pas dépasser une barrière qui, qui est propre à, propre à chaque individu dont les parents* » (L.31-32). Lorsque le parent est présent, elle évite d'utiliser la communication non verbale. Lavande précise que plus l'enfant grandit moins elle va être dans le jeu avec lui, et elle sera plus réaliste, « *on est plus réaliste en fait dans, dans l'acte de soin.* » (L.65). D'après elle, le comportement qu'elle aura avec l'enfant sera en fonction de la situation ou au caractère de l'enfant plutôt qu'aux droits de l'enfant, « *je m'adapte en fait au caractère de l'enfant et pas aux droits de l'enfant forcément* » (L.75-76). En ce qui concerne le soin en général chez l'enfant, elle le décrit comme devant être doux, animé, et empathique. A propos de la relation triangulaire parent, enfant et soignant, elle évoque que chacun a un rôle au sein de celle-ci. Cependant, il arrive que la place des parents soit délicate lorsqu'il y a une absence de communication avec eux « *là actuellement on a un petit de 3ans, où la situation relationnelle donc, infirmière/parents est très délicate* » (L.92-93). Pour ce qui est de son rôle dans cette relation, selon elle il est important de garder sa place de soignant sinon on risque de s'y perdre, « *il faut vraiment rester sur sa place de soignant, parce que sinon c'est là qu'on se perd* » (L.113).

Entretien n°3 :

Ensuite, j'ai pu avoir un entretien avec Tulipe. Il a duré trente-sept minutes. Tulipe est infirmière en pédopsychiatrie depuis son diplôme en 2006 (Annexe 6).

Selon l'infirmière, la communication est un ensemble d'éléments. Elle comprend du verbal notamment : la parole, les mots, le chant, les berceuses, les lectures, ainsi que les vibrations vocales, « *on est dans la vie avec notre communication, on n'a pas de, on n'a pas de restrictions* » (L.54-55). Cependant, elle inclut également, le non verbal. Pour elle, il ne ment pas, « *Si on a trop de masques, on est rapidement démasqué par le bébé* » (L.85). L'enfant ressent tout sur le plan émotionnel par le biais du portage, du peau à peau, du regard, ... Ensuite, Tulipe spécifie que la distraction avec plusieurs objets va ralentir ou empêcher l'exploration du bébé. D'après elle, la simplicité est essentielle pour sa découverte, « *le plus important c'était l'exploration*

et on explore pas énormément quand on est rempli de plein de trucs qui arrivent directement dans la figure. » (L.109-111). Ensuite, pour ce qui est de la prise en charge de l'enfant, elle stipule qu'elle ne va pas considérer seulement le développement psychomoteur de celui-ci, mais elle va tenir compte de la problématique, de l'intérêt, et du niveau moteur du bébé, afin d'adapter au mieux sa prise en charge, *« on va construire petit à petit, selon ce que le bébé montre, son intérêt à son environnement, là où il en est lui au niveau moteur, et on va l'amener à découvrir. »* (L.173-175) Elle précise, par la suite, qu'il est nécessaire d'avoir le consentement des parents pour les soins, ainsi que de respecter l'intégrité de l'enfant. En ce qui concerne le soin chez l'enfant, elle le décrit comme un processus, une période de transition, une rencontre avec de l'attention et de l'empathie. A propos de la triade, Tulipe expose l'importance de prendre soin du bébé dans le parent et de l'accompagner dans son processus parental, *« on prend soin aussi du petit bébé dans le parent ici, pour qu'il puisse s'identifier avec ce que fait mon bébé »* (L.252-253). Le lien de confiance dans cette relation de triangulaire va se créer selon elle, par la rencontre et la contenance. Selon l'infirmière, sa place dans cette relation est de soutenir ainsi que chercher à tisser ce lien de parentalité entre le parent et l'enfant, *« on cherche ensemble à pouvoir trouver comment, comment tisser ce lien entre elle et son bébé de la meilleure manière possible, sans que ça puisse euh, l'impacter dans ce processus maternel qui est en train, donc parental, qui est en train de naître en elle »* (L.292-294)

Entretien n°4 :

Le dernier entretien se déroule avec Lilas, et a une durée de trente-sept minutes. Lilas est infirmières en pédopsychiatrie depuis 2008 (Annexe 7).

D'après Lilas, la communication est adressée à l'enfant mais également, aux parents. Elle précise qu'il y a trois espaces importants à prendre en compte dans la communication l'environnement, le parent, puis, l'enfant, *« il y a d'abord l'environnement, puis le parent, puis le bébé. Je pense que ces espaces-là sont importants de communication »* (L.20-21). Lorsqu'elle s'adresse à l'enfant, elle indique que ça dépend de l'enfant qu'elle a en face d'elle mais, la parole est plus ralentie, le volume sonore est plus bas, il peut y avoir également du toucher, ...Selon elle, il est nécessaire de laisser des temps de silence afin que le bébé puisse s'exprimer, *« il y a tous ces temps d'espaces où il peut y avoir des temps de blanc comme ça,*

où peut émerger aussi la communication du bébé. » (L.28-30). Ensuite, en ce qui concerne les distractions, l'infirmière rejoint l'idée de Tulipe, en exposant l'idée d'utiliser un objet pour découvrir toutes ces fonctionnalités plutôt qu'en avoir plusieurs, *« L'idée, c'est plutôt d'être avec un objet et voir toutes les modalités pour pouvoir l'utiliser plutôt qu'une multitude »* (L.59-60). De plus, elle exprime le fait que la lumière et le son ont impact important sur le bébé. Ensuite, pour ce qui est de la prise en charge de l'enfant, l'infirmière spécifie que la rencontre, l'observation ainsi que l'écoute du parent sont nécessaires pour adapter le soin. Pour assurer une prise en charge de qualité, le service s'appuie sur la charte des droits de l'enfant hospitalisés. D'après l'infirmière, si on satisfait les besoins du bébé, on répond également à ses droits, *« peut-être que de partir des besoins du bébé, on répond déjà un peu à ses droits. »* (L.115). A propos du soin chez l'enfant, elle le caractérise comme une rencontre avec de l'écoute et de la disponibilité, un espace-temps, un processus, un travail d'équipe, et comment on le fait sien. Pour ce qui est de la relation triangulaire, Lilas précise qu'il est important de prendre le temps avec le parent, de l'accompagner, parce que lorsqu'il y a une absence du parent c'est compliqué, *« c'est vrai que c'est très très délicat. De savoir si, si on peut s'adresser directement au bébé, à l'enfant, sans le parent »* (L.142-144). Elle stipule également, qu'il est indispensable de ne pas négliger le parent, il est nécessaire de l'écouter et de ne pas le mettre à l'écart. Selon elle, on va pouvoir créer un climat de confiance au sein de cette relation de soin, lorsqu'on va apporter de l'attention au bébé ainsi qu'aux parents au moment de chaque rencontre. Pour elle, accueillir la souffrance du parent va permettre d'atteindre également le bébé, *« Mais si déjà on accueille la souffrance du parent, je pense que ça permet d'accéder au bébé. »* (L.215-216). Son rôle dans cette relation de soin va être d'accueillir la souffrance du parent et faire un portage psychique. Son rôle est d'être un appui pour la famille et d'être disponible pour eux.

5.3. Analyse croisée

L'analyse croisée est une analyse qui va me permettre de confronter les idées des auteurs rédigées dans mon cadre de référence avec les résultats obtenus sur le terrain lors de mes entretiens. Cette analyse se fera par thématique. Les thèmes seront extraits de mon cadre de référence. Afin d'effectuer cette analyse, je me suis appuyée sur un tableau d'analyse (annexe 8). Dans un premier temps, j'évoquerai les modes de communication. Ensuite, j'aborderai l'enfant au cœur du soin. Puis, je traiterai la relation de soin.

Les modes de communication

La communication verbale :

Nous avons pu voir à travers les différents auteurs que la communication verbale était un moyen d'entrer en relation avec les autres par le biais de la parole. Selon Orchidée ainsi que Lavande, la communication avec l'enfant passe dans un premier temps par la parole et l'explication du soin « *Un enfant faut lui parler* » (entretien n°1, L.22), « *j'explique toutes les étapes à chaque fois.* » (entretien n°2, L.23). Alors que pour Tulipe, et Lilas, cette communication verbale va être employé à travers divers moyens tels que les vibrations vocales, le ton, le volume, le chant, les berceuses, les histoires, ... En effet, lors de l'élaboration de mon cadre conceptuel j'ai pu découvrir que le verbal ne comprenait pas seulement les mots, mais les intonations, les vibrations, le ton, et bien d'autres. Tout ce para verbal fait partie de cette communication verbale.

De plus, lors de mes entretiens, j'ai pu constater que les infirmières interrogées adaptent leur communication en fonction du profil de l'enfant. Orchidée s'adapte à l'enfant en utilisant des illustrations pour imager le soin afin que l'enfant ait une meilleure compréhension de celui-ci. « *J'essaie toujours de leur donner, en fait, un, une image, en fait, qui correspond à quelque chose qui connaissent.* » (entretien n°1, L.30-31). Lavande s'adapte aussi, en utilisant le jeu et l'humour, « *« on est beaucoup dans le jeu quand même (silence) dans l'humour »* » (entretien n°2, L.21-22). Tulipe et Lilas font de même en ajustant leurs mots « *j'utilise ma parole, mes mots, euh, mais tout dépend, quel âge l'enfant a aussi* » (entretien n°3, L.33-34), « *ça dépend vraiment comment est l'enfant* » (entretien n°4, L.23). Selon les auteurs étudiés, nous avons pu voir que l'adulte devait adapter de manière globale, sa communication envers l'enfant. Cela peut comprendre les mots, l'écoute, la bienveillance, les gestes mais également la posture que l'on adopte.

Pour Lilas, cette communication s'adresse à l'enfant mais doit également, s'orienter vers le parent, « *dans un premier temps adressée à l'enfant, mais aussi adressée aux parents qui l'accompagnent* » (entretien n°4, L.18-19). Selon les auteurs, on a pu observer que la parole de l'adulte est tout aussi importante que celle de l'enfant. Cependant, celle de l'adulte ne doit pas empiéter sur celle de l'enfant.

La communication non verbale :

Il existe de nombreux modes de communication en plus du verbal, notamment le non verbal. Selon Paul Watzlawick, tout comportement est un message qui va influencer la réponse de l'autre. Ce non verbal a un impact sur autrui, et sur l'enfant. D'après Orchidée et Tulipe, l'enfant ressent tout ce qu'il va se passer autour de lui, « *tout ce non-verbal, tout ce qui est comportement, tout ce qui est regard, [...] l'enfant capte tout quoi.* » (entretien n°1, L.53-54), « *ils sentent absolument tout, et c'est pour ça aussi qu'ils réagissent par rapport à l'état émotionnel de leurs parents.* » (entretien n°3, L.65-66). Selon Lilas, nos comportements peuvent être un soutien comme un défaut. Lavande rejoint cette idée en expliquant qu'il est important de faire attention à notre posture en tant que soignant lorsqu'il y a les parents, car « *faire très attention de, de ne pas dépasser une barrière qui, qui est propre à, propre à chaque individu dont les parents* » (entretien n°2, L.31-32).

De plus, selon les auteurs, le non verbal est le moyen de communication que les enfants utilisent le plus souvent, pour entrer en relation avec les autres. D'après Lilas, « *il y a tous ces temps d'espaces où il peut y avoir des temps de blanc comme ça, où peut émerger aussi la communication du bébé.* » (entretien n°4, L.28-30). On comprend que laisser des temps de silence dans une conversation avec un enfant, va permettre de lui laisser de la place pour s'exprimer.

Les distractions :

La distraction est une pratique psychocorporelle. Il s'agit d'un autre moyen d'entrer en communication. D'après Pascale Thibault, la distraction va permettre l'abstraction d'un soin douloureux ou anxiogène. Elle va également, renforcer l'adhésion au soin et créer un lien de confiance. Orchidée et Lavande utilisent le jeu avec l'enfant à but thérapeutique. Toutes les deux sont en accord avec le fait que le jeu est un moyen de créer un climat de confiance entre l'enfant et le soignant, « *ça établie la relation de confiance pour le coup d'avoir, de, de l'amuser* » (entretien n°2, L.54-56). Orchidée rajoute le fait que la distraction comme le jeu est un moyen de désamorcer un soin stressant « *je trouve que la dimension du jeu, en fait enlève la, déjà enlève le stress à l'enfant parce qu'en fait il est plus dans le domaine du soin* » (entretien n°1, L.74-75). Elle est donc en accord avec l'idée de l'auteur.

Cependant, Tulipe et Lilas, n'utilisent pas les pratiques psychocorporelles pour faire abstraction d'un soin, en raison de leur service. Selon Tulipe, un seul objet suffit plutôt que plusieurs afin de permettre à l'enfant de découvrir toutes les possibilités de celui-ci, « le plus important c'était l'exploration et on explore pas énormément quand on est rempli de plein de trucs qui arrivent directement dans la figure. » (entretien n°3, L.109-111). D'après elle, le plus important, c'est la simplicité. Lilas rejoint également l'idée de Tulipe. Comparé aux soins généraux, dans des services de pédopsychiatrie comme l'UPB, les professionnels de santé utilisent peu d'objet, peu de lumière, peu d'éléments sonores, afin de permettre à l'enfant de rester focaliser sur un seul objet et sur son exploration. « *On ne fait pas un soin où on a besoin d'une grande luminosité, c'est plutôt feutré. Les sons, pareil. On n'a pas de jeux sonores ou très peu* » (entretien n°4, L.57-58)

L'enfant au cœur du soin

Le développement de l'enfant :

La prise en charge d'un enfant que ça soit un nourrisson, un bébé, ou bien un adolescent, va être possiblement influencée par le développement psychomoteur de l'enfant. D'après les auteurs, le développement de l'enfant se construit selon trois critères : la maturation neurologique, les expériences et apprentissages, ainsi que l'environnement affectif. Les interactions sociales sont aussi un élément clé de leur évolution. Orchidée sera plus dans les explications, la détente, et le jeu. Selon elle tout dépendra de l'adhésion de l'enfant et de la famille. Ensuite, pour Lavande, plus l'enfant grandit et moins elle sera dans le jeu, « *on est plus réaliste en fait dans, dans l'acte de soin.* » (entretien n°2, L.65). Puis, selon Tulipe et Lilas, leur prise en charge va dépendre de la problématique, et de là où en est l'enfant, « *on va construire petit à petit, selon ce que le bébé montre, son intérêt à son environnement, là où il en est lui au niveau moteur, et on va l'amener à découvrir.* » (entretien n°3, L.173-175). Lilas ajoute : « *On ne peut pas dire un bébé égal un stade, égal une attitude* » (entretien n°4, L.80-81). En effet, elle confirme que sa prise en charge va s'adapter en fonction de la préoccupation, la problématique de l'enfant et des parents l'accompagnant.

Les droits de l'enfant hospitalisé :

L'enfant comme l'adulte possède des droits. Lors de mon cadre conceptuel, je me suis appuyée sur la Charte de l'enfant hospitalisé, mais également sur le code de la santé publique. Par exemple, l'enfant est en droit de donner son consentement, ainsi que ses parents. Orchidée intègre ce droit dans sa pratique professionnelle, « *Tu peux pas aller contre la volonté de, de celui qui est soigné* » (entretien n°1, L.128-129). De plus, si les représentants légaux ne sont pas présents, elle ne procure pas le soin à moins qu'ils aient donné leur accord « *je ne toucherai jamais un enfant s'il est tout seul* » (entretien n°1, L.125-126). Tulipe rejoint les propos d'Orchidée sur le consentement des parents, car pour un bébé c'est plus compliqué de donner son consentement. Cependant, l'enfant n'est pas oublié, elle précise : « *on respecte l'intégrité de l'enfant* » (entretien n°3, L.188). Ensuite, le droit à l'information est mis en avant avec le discours de Lilas concernant la présence de la charte de l'enfant hospitalisé dans le livret d'accueil, ainsi que les explications données, « *on va lui parler, on va lui expliquer. On va lui proposer de participer* » (entretien n°4, L.102).

Cependant, Lilas explique qu'il est difficile de demander le consentement à l'enfant, mais que prendre en compte ses besoins c'est aussi répondre à ses droits également, « *beaucoup plus difficile d'avoir le consentement. Parce que, parce que c'est déjà comprendre ce qui est nécessaire pour soi, ses limites. C'est compliqué comme notion pour les enfants. Nous, on va s'appuyer sur les parents, mais aussi ce qu'on observe des bébés.* » (entretien n°4, L.110-112).

Puis, Lavande va prendre en compte la situation, le caractère de l'enfant plutôt que ses droits, « *je m'adapte en fait au caractère de l'enfant et pas aux droits de l'enfant forcément* ». (entretien n°2, L.75-76)

La relation de soin

Le soin :

Le soin est défini par les auteurs comme prendre soin du patient dans sa globalité, de la maladie mais également, de sa personne. D'après Winnicott, le soin regroupe à la fois le care et le cure. Le soin est un terme complexe qui englobe plusieurs notions et qui peut être interprété différemment selon le soignant. D'après Orchidée, Lavande et Tulipe, l'empathie fait partie du soin. Pour Tulipe et Lilas, il s'agit également d'un processus, et d'une rencontre avec l'autre. Cependant, il regroupe de nombreuses notions telles que la douceur pour Orchidée et Lavande.

Mais aussi, lors des entretiens il a pu être caractérisé par la temporalité, l'équipe, le calme, le non-jugement, ... Selon Lilas, « *C'est comment on le fait sien. Comment le patient l'expérimente, et peut le moduler. Comment il peut s'appuyer sur le soignant.* » (entretien n°4, L.189-191)

La place du parent :

Dans la relation triangulaire parent, enfant et soignant, le parent a une place tout aussi importante dans cette relation de soin. En effet, on a pu voir selon des auteurs que le parent avait un rôle clé dans l'accompagnement et le soutien de son enfant. Il est actif dans la prise en charge de son enfant car, il favorise la coopération et l'adhésion au soin. Lors de mes entretiens avec Lavande et Lilas, l'absence du parent dans le soin est ressortie comme étant une difficulté dans la prise en charge d'un enfant, « *Parce qu'on s'adresse au bébé mais sans son parent c'est compliqué.* » (entretien n°4, L.138-139).

En comparant mon cadre conceptuel avec mes entretiens, j'ai pu constater que la place du parent n'est pas toujours un point fort dans cette relation de soin. En effet, chacune des infirmières a déjà vécu une expérience où la place du parent était délicate. Par exemple pour Orchidée, c'est arrivée que le parent ait un effet anxiogène sur l'enfant et le soignant lors du soin., « *vosre enfant est beaucoup plus détendu, beaucoup plus réceptif à son soin quand vous n'êtes pas là* » (entretien n°1, L.156-157), « *quand quelqu'un qui te stresse par-dessus, c'est pas évident non plus.* » (entretien n°1, L.152-153).

Néanmoins, d'après Tulipe et Lilas, il est nécessaire de prendre en compte le parent en essayant de le comprendre, en l'accompagnant. Pour Tulipe il est important de prendre soin du parent car son mal être peut avoir des répercussions sur l'enfant, « *si les parents eux-mêmes ont été très abîmés dedans, il n'y a peut-être même plus trop de capacité de se mettre à la place de l'autre, et donc, ils font peut-être comme on a fait avec eux.* » (entretien n°3, L.233-234). Puis, pour Lilas, il est important de ne pas mettre le parent à l'écart, et de prendre le temps de l'écouter, « *C'est important d'écouter le parent dans ce qu'il décrit des difficultés de son enfant. Et de l'accompagner dans le cheminement. Et de respecter ce qu'il voit de son enfant. Et pas de le mettre à l'écart* » (entretien n°4, L.171-173).

La confiance dans la relation de soin :

La confiance est un sentiment qui permet d'éliminer la méfiance qu'on place envers autrui, selon les auteurs. C'est un élément essentiel à la création d'un lien social. Selon Noëlle Carlin, ce sont les capacités relationnelles comme la bienveillance qui sont mis en avant afin de créer cette confiance. Ça peut être également la communication, des activités ludiques, ou porter de l'attention envers l'autre. En effet, Orchidée utilise le jeu. Elle précise que si l'enfant accepte de jouer avec nous c'est qu'il nous fait déjà confiance, « *si tu arrives à jouer avec lui, c'est qu'il t'a accepté dans son cercle de jeux* » (entretien n°1, L.180-181). Pour Lavande, c'est la communication en générale. Puis, pour Tulipe et Lilas, le lien de confiance se crée par la rencontre avec l'autre, porter de l'attention, « *pouvoir rencontrer l'autre, là où il est c'est de le rassurer* » (entretien n°3, L.278-279). Lilas ajoute également, que la répétition et la continuité dans la prise en charge a pour objectif de favoriser ce lien de confiance, « *ça va rejoindre la temporalité, mais ça va être dans la, dans la répétition, et dans la euh, la continuité qu'on va pouvoir offrir, qu'on va pouvoir créer un climat de confiance et du coup de soin* » (entretien n°4, L.201-203).

Le rôle de l'infirmière puéricultrice dans la relation triangulaire :

Le rôle de l'infirmière est essentiel dans cette relation triangulaire, autant pour l'enfant que pour les parents. En effet, d'après les auteurs, ses deux rôles principaux sont l'optimisation du développement et de l'éveil de l'enfant, ainsi que la prise en compte de parent. Pour Orchidée, sa place est en retrait, et soutien la relation parent et enfant, « *je suis un petit point à côté de la ligne, voilà qui peut interférer de temps en temps dans, dans la relation pour communiquer avec les parents.* » (entretien n°1, L.199 -201). En ce qui concerne Lavande, elle exprime qu'elle reste sur sa place de soignante. Quant à Tulipe, elle se positionne comme un soutien autant pour le parent que pour l'enfant, en précisant qu'elle n'est pas là pour remplacer le parent « *on est pas là pour, pour enlever quelque chose qui lui appartient, et qui est en train de naître* » (entretien n°3, L. 310-311). Puis, pour Lilas, son rôle est d'être un appui pour la famille, être disponible et d'accueillir la souffrance et le portage psychique, « *on est (silence) euh, un appui important pour cette triangulation* » (entretien n°4, L.232).

6. DE LA PROBLÉMATIQUE À LA QUESTION DE RECHERCHE

Au regard des différents entretiens effectués, le thème qui se démarque un peu plus selon moi, est l'intégration des parents pendant les soins apportés à l'enfant. Lors de ces entrevues, plusieurs points de vue sont apparus sur ce sujet.

Tout d'abord selon les deux infirmières libérales, le parent est en droit de rester aux côtés de son enfant pendant un soin. Cependant, si l'enfant ressent son angoisse, ou bien si le soignant éprouve une pression ou un stress à la suite du comportement de celui-ci, il va se permettre de le faire sortir de la pièce pour assurer le soin dans de bonnes conditions. « *votre enfant est beaucoup plus détendu, beaucoup plus réceptif à son soin quand vous n'êtes pas là* » (entretien n°1, L.156-157).

Pour ce qui est des infirmières exerçant à l'Unité Parent Bébé, travailler avec l'enfant sans son parent est compliqué. Sa présence est nécessaire afin de répondre à la problématique du bébé et ainsi favoriser l'instauration ou la restauration du lien entre le parent et son enfant. Selon elles, le parent ne peut pas être mis à l'écart, il est important qu'il soit entendu et accompagné tout au long de ce processus de soin. « *C'est important d'écouter le parent dans ce qu'il décrit des difficultés de son enfant. Et de l'accompagner dans le cheminement. Et de respecter ce qu'il voit de son enfant. Et pas de le mettre à l'écart* » (entretien n°4, L.171-173).

J'ai pu constater que l'intégration du parent dans cette relation de soin peut être perçue différemment en fonction de l'unité de soin, de l'âge de l'enfant, de sa problématique, de la situation familiale ... Néanmoins, cette place qu'occupe les parents dans la prise en charge médicale de leur enfant est essentiel. Selon Girerd-Potin Elsa, infirmière puéricultrice, dans l'article *La considération des parents lors de la prise en charge de l'enfant en situation aigüe* de 2023, expose cette même idée « *Leur rôle constitue un élément clé dans le parcours de soins, et la légitimité de leur présence n'est plus à prouver* ». En effet, le parent a une place active dans la prise en charge de son enfant. Sa présence va permettre d'avoir un climat de confiance qui va favoriser la coopération et l'adhésion aux soins de l'enfant.

A travers ce raisonnement, je m'amène à réfléchir sur une nouvelle question de recherche :

En quoi la perception du soignant peut elle influencer l'intégration du parent lors des soins apportés aux enfants ?

CONCLUSION

Pour conclure ce travail m'a permis de développer une réflexion grâce aux nombreuses recherches réalisées en lien avec l'impact des modes de communication au sein de la relation triangulaire parent, enfant, et soignant. Il m'a fait prendre un certain recul sur l'importance de l'aspect relationnel en pédiatrie notamment en adaptant sa communication ainsi que sa posture en fonction du profil de l'enfant et de sa situation familiale. Également, en plus de l'enfant, il est nécessaire de porter une attention aux parents l'accompagnant

Ma situation d'appel a été une expérience marquante qui a suscité de nombreux questionnements, notamment sur la communication, mes représentations, mes valeurs, la relation de soin, la place du parent, ... Elle m'a permis de comprendre que toute forme de communication a une influence sur la confiance de l'enfant et de ses parents, mais également sur le déroulé et la continuité des soins.

Le cadre conceptuel ainsi que les entretiens menés sur le terrain, auprès de quatre infirmières m'ont permis d'approfondir mes connaissances en confrontant la théorie abordée par mes différentes lectures avec la réalité du terrain. Les différents points de vue recueillis ont permis d'enrichir mon analyse ainsi que faire émerger un thème : l'intégration des parents lors des soins apportés aux enfants, afin de construire ma nouvelle question de recherche.

Cet écrit est l'aboutissement de mes trois années d'études. Il entre dans le cadre de mon projet professionnel. Une fois le diplôme obtenu et quelques années d'expérience, j'aimerais me spécialiser en puériculture. Toutes ces recherches ainsi que les rencontres avec les professionnels de santé m'ont permis d'appréhender en partie la compétence relationnelle en pédiatrie.

BIBLIOGRAPHIE

Amorim, M. (2012). *Parler à l'enfant, parler enfant. La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 87(1), 89-96. <https://doi.org/10.3917/lett.087.0089>

Académie française. *Confiance*. [confiance | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition*](#)

Carlin, N. (2024). *Risques et confiance dans la relation de soin*. *Ethique et Santé*. Volume 21, Issue 1, Pages 23-27. [Risques et confiance dans la relation de soin](#)

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. *Communiquer*. [COMMUNIQUER : Définition de COMMUNIQUER](#)

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. *Distraction*. [DISTRACTION : Définition de DISTRACTION](#)

Centre national de Ressources Textuelles et Lexicales. *Soins*. [SOIN : Définition de SOIN](#)

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. *Triade*. [TRIADÉ : Définition de TRIADÉ](#)

Code de déontologie des infirmiers. *Article R.4312.16*. [Code de Déontologie Infirmiers-01102021 \(1\)_0.pdf](#)

Code de la santé publique. *Article L.1111-5*. [Code de la santé publique - Art. L. 1111-5 | Dalloz](#)

Devoldère, C. (2012). *Soignants, parents : une place pour chacun*. https://pediadol.org/wp-content/uploads/2012/12/U2012_soignants_parents.pdf

Duval Bissoudre, V. (2019). *Le développement moteur, tonique et sensoriel*. *Cahiers de la Puéricultrice*. Volume 56, Issue 323, Pages 37-39. [Le développement moteur, tonique et sensoriel](#)

Formarier, M. (2007). *La relation de soin, concepts et finalités*. [formarier-2007-la-relation-de-soin-concepts-et-finalites \(6\).pdf](#)

Girerd-Potin, E. (2023). *La considération des parents lors de la prise en charge de l'enfant en situation aiguë*, *Soins pédiatrie*, Volume 44, Issue 333, Pages 28-32. <https://www.clinicalkey.com/student/nursing/content/book/1-s2.0-S1259479223000743>

Hayez, J.-Y. et De Becker, E. (2010). *La communication verbale avec l'enfant. La parole de l'enfant en souffrance : Accueillir, évaluer, accompagner* (p. 163-186). Dunod. <https://shs-cairn-info.lama.univ-amu.fr/la-parole-de-l-enfant-en-souffrance--9782100540792-page-163?lang=fr>

Langue française. *Non verbal*. [Définition de non-verbal | Dictionnaire français](#)

Larousse. *Communication*. [Définitions : communication - Dictionnaire de français Larousse](#)

Larousse. *Développement psychomoteur*. [développement de l'enfant - LAROUSSE](#)

Larousse. *Enfant*. [Définitions : enfant - Dictionnaire de français Larousse](#)

Lombart, B. (2015). *Le care en pédiatrie. Recherche en soins infirmiers*. 122(3), 67-76. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.3917/rsi.122.0067>

Molénat, X. (2020). *Paul Watzlawick (1921-2007) Une logique de la communication, 1967*. Dans J. Marmion Bibliothèque idéale de psychologie (p. 197-198). Éditions Sciences Humaines. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.3917/sh.marmi.2020.02.0197>

Montagner, H. (2012). *Le lien et l'apaisement. L'enfant et la communication : Comment gestes, attitudes et vocalisations deviennent des messages* (p. 57-82). Dunod. <https://shs-cairn-info.lama.univ-amu.fr/l-enfant-et-la-communication--9782100577309-page-57?lang=fr>

ONISEP. *Puériculteur/Puéricultrice*. [Puériculteur / Puéricultrice - Onisep](#)

Richard, J.-F. (1980). Chapitre VI - *La distraction. L'attention* (p. 152-168). Presses Universitaires de France. <https://shs-cairn-info.lama.univ-amu.fr/l-attention--9782130360889-page-152?lang=fr>

Roche, C (2022). *Soignant-enfant-parent, un partenariat essentiel en pédiatrie*. Soins pédiatrie. Volume 43, Issue 325, 2022, Pages 18-20. <https://www.clinicalkey.com/student/nursing/content/book/1-s2.0-S1259479222000050>

Thibault, P. (2015). Chapitre 31. *Des pratiques psychocorporelles au parcours de soin intégratif en soins infirmiers : développement et perspectives*. Dans I. Célestin-Lhopiteau Soigner par les Pratiques Psychocorporelles : Pour une stratégie intégrative (p. 267-274). Dunod. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.3917/dunod.lhopi.2015.01.0267>

Thominet, P (2013). *Éthique et relation de confiance*, Soins, Volume 58, Issue 779, Pages 28-29. <https://www.clinicalkey.com/student/nursing/content/book/1-s2.0-S0038081413003034>

UNESCO (1988). *Charte de l'enfant hospitalisé*. [charte_enfant_hospitalise.pdf](#)

Vion, R. (2000). *La Communication Verbale*. Hachette Education. <https://shs-cairn-info.lama.univ-amu.fr/la-communication-verbale--9782011453563?lang=fr>

(2015). Donald W. Winnicott Cure (1970) Dans C. Marin et F. Worms *À quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott : Conversations avec Winnicott* (p. 19-38). Presses Universitaires de France. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.3917/puf.worms.2015.01.0019>.

Worms, F. (2006). Les deux concepts du soin Vie, médecine, relations morales. *Esprit*, Janvier(1), 141-156. <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.3917/espri.0601.0141>.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

Thèmes et sous thèmes	Objectifs	Questions
Présentation de l'IDE	- Connaître la population interrogée - Parcours professionnel - Expérience professionnelle	➤ Pouvez-vous présenter votre parcours professionnel ? ➤ Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ? ➤ Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ?
Modes de communication • La communication verbale • La communication non verbale • Les distractions	- Comprendre l'adaptation du soignant dans ses paroles afin de faciliter la compréhension et rassurer l'enfant - Identifier l'impact du non verbal dans la relation de soin - Comprendre l'intérêt des distractions dans la relation de soin	➤ Quel type de communication employez-vous pour mettre l'enfant en sécurité et en confiance durant le soin ? ➤ D'après vous, quel(s) effet(s) peut avoir le non verbal dans la relation de soin avec l'enfant et les parents ? ➤ Selon vous, en quoi les distractions lors d'un soin influencent l'adhésion aux soins, et la confiance de

		l'enfant envers le soignant ?
L'enfant au cœur du soin • Le développement de l'enfant • Les droits de l'enfant hospitalisé • La place du parent dans le soin	- Identifier l'impact de l'âge de l'enfant dans sa prise en charge - Identifier si les droits de l'enfant hospitalisé sont pris en compte dans la prise en charge de l'enfant - Comprendre le bénéfice risque de la place du parent dans le soin	➤ Comment adaptez-vous votre pratique en fonction du stade de développement de l'enfant pris en charge ? ➤ De quelle manière intégrez-vous les droits de l'enfant dans sa prise en charge ? ➤ Avez-vous une expérience où la place du parent dans le soin a été délicate ? Si oui, qu'avez-vous mis en place ?
La relation de soin • Le soin • La confiance dans la relation de soin • Le rôle de l'infirmière puéricultrice dans la relation triangulaire	- Définition du soin - Comprendre l'importance de la confiance dans la coopération du soin - Identifier la place de la puéricultrice au sein de la relation triangulaire	➤ Pouvez-vous donner 3 mots qui selon vous caractérise le soin ? ➤ Par quels moyens instaurez-vous un climat de confiance avec l'enfant lors des soins ? ➤ Quelle place tenez-vous dans cette relation triangulaire parent enfant et soignant ?

ANNEXE 2 : Demande d'autorisation



Mme BLANQUER Flavie
Etudiante en soins infirmiers



À Madame, la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des Soins

À Avignon, le 4 Mars 2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le service : Unité Parent Bébé ;

Auprès de la population : infirmiers(ères) puériculteurs(trices).

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est « *L'impact des modes de communication au sein de la triade, sur la relation de soin* ». J'aimerais interroger si possible deux infirmiers(ères).

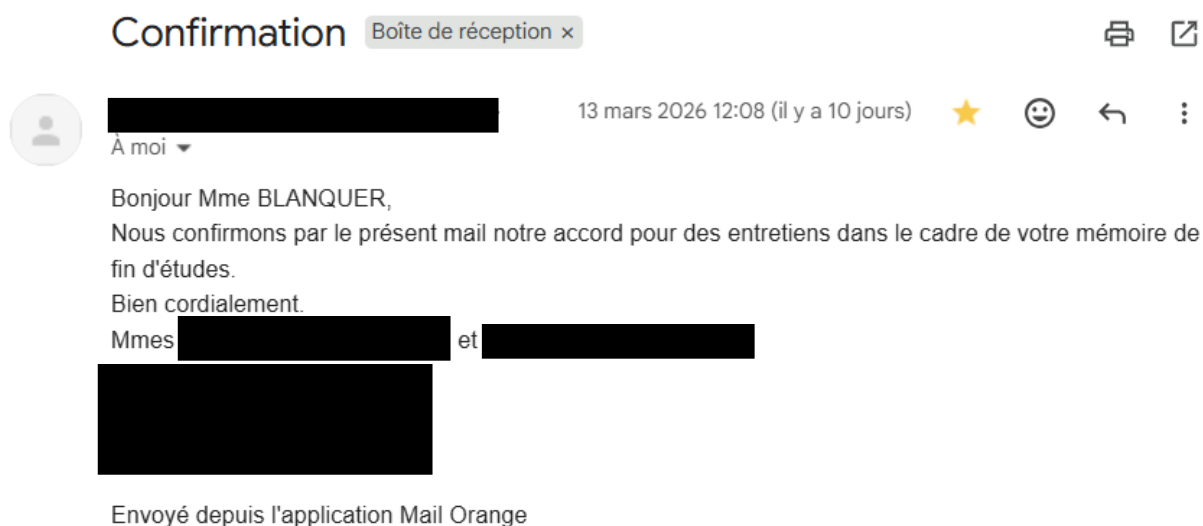
Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

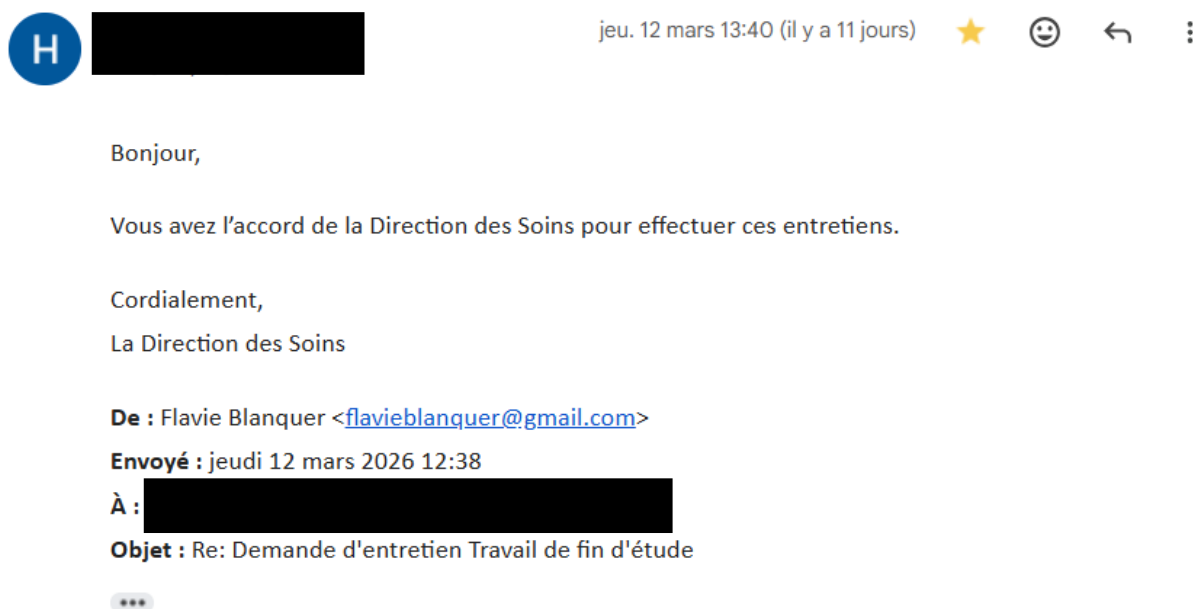
BLANQUER Flavie

ANNEXE 3 : Autorisations des entretiens

Autorisation pour les entretiens en libéral :



Autorisation pour les entretiens à l'Unité Parent Bébé :



ANNEXE 4 : Entretien n°1

Entretien avec Orchidée :

1 **Moi : Alors peux-tu me présenter ton parcours professionnel ?**

2 Orchidée : Alors, je suis infirmière maintenant, depuis plus de 35 ans. Euh, j'ai eu, donc, j'ai
3 commencé en clinique dans un service de chirurgie. Donc, on avait chirurgie viscérale,
4 traumatisme, et on avait, à l'époque aussi, on recevait les urgences. Euh, donc, j'ai travaillé
5 de jour et de nuit. J'y suis restée à peu près un peu plus qu'une demi-année et ensuite, j'ai
6 commencé à faire des remplacements en libéral. Et en fait ça m'a plu. Euh, j'ai une des deux
7 associées en fait, avec qui je travaillais, qui a eu un problème de santé, qui est partie par la
8 force des choses. Il a fallu quelqu'un, donc comme j'étais remplaçante et beh je suis devenue
9 titulaire du poste. Et je me suis retrouvée en libéral en fait, un peu comme ça, par le hasard des
10 choses. Et ça fait donc maintenant, beh 35 ans donc que j'y suis et voilà. Donc, j'ai eu pour à
11 vrai dire, depuis 2017, des cabinets un peu mouvants. Mais je suis restée presque 30 ans
12 également associée. Et puis, là maintenant, j'ai des jeunes collègues avec moi, voilà. Et donc,
13 je, je suis plutôt sur la fin de parcours on va dire, près de la retraite.

14 **Moi : Ah ou bientôt ? Ducoup depuis quand est tu diplômée ?**

15 Orchidée : (hochement de tête). Alors, j'ai été diplômée donc 89.

16 **Moi : Ok. Exercices tu depuis longtemps dans le libéral ?**

17 Orchidée : Dans le libéral, ouais, 35 ans, ouais. J'ai fait quasiment, enfin j'ai fait toute ma
18 carrière en libéral, je n'ai fait que ça, ouais.

19 **Moi : Quel type de communication emploies tu pour mettre un enfant en sécurité et en**
20 **confiance durant le soin ?**

21 Orchidée : Alors, un enfant c'est, fin tout dépend de l'âge de l'enfant, mais euh, déjà je trouve
22 qu'un enfant faut lui parler. De base, même si euh, c'est vraiment un jeune enfant, on se dit il
23 ne comprend pas ou voilà. Un enfant, il faut lui expliquer avant de faire quel que soit le soin,
24 il faut lui expliquer : je vais te toucher, je vais, ça risque de faire froid, ça risque de faire chaud,
25 euh voilà tu vas avoir quelque chose. Alors moi, par exemple pour tout ce qui est injectable, je
26 leur prends, alors surtout chez les petites filles qui se tire les cheveux, je leur dis toujours : une

27 piqure, par exemple, ça va faire la sensation de te tirer un cheveu. Je lui dis : le matin quand tu
28 te coiffe que tu te tires un cheveu, euh tu as mal, mais pas au point d'hurler, là tu as mal. Beh
29 là c'est pareil, tu vas avoir une petite sensation douloureuse mais tu ne vas pas hurler dans le
30 cabinet parce que ça fait mal. Voilà, j'essaie toujours de leur donner, en fait, un, une image, en
31 fait, qui correspond à quelque chose qui connaissent. Pour une piqure, un cheveu, bon, un
32 pansement ça peut être la gamelle à vélo. Fin voilà, j'essaie de leur donner une idée avant le
33 soin de ce que va être le soin. Voilà, euh, de l'imager, de le rendre un peu réel pour euh, avant
34 qu'il commence.

35 **Moi : D'accord. Euh, d'après toi, quel(s) effet(s) peut avoir le non verbal dans la relation**
36 **de soin avec l'enfant et ses parents ?**

37 Orchidée : Alors, le non verbal dans le, alors, le non verbal est, euh, hyper important parce
38 qu'en fait il y a tout ce qui est comportement. Euh, pour avoir eu par exemple, on a eu une
39 grande période, là maintenant ça se fait beaucoup moins, on en a beaucoup moins. Mais passer
40 un temps, on avait beaucoup d'injections de Rocéphine donc, Ceftriaxone pour les enfants.
41 Alors, c'est hyper douloureux comme injection. Euh, et en fait, on se rendait compte que les
42 gamins, bon ont mal au moment de la piqure. Mais en fait, ce qui est terrible, c'est la réaction
43 des parents. Alors les parents ne disent rien, mais justement dans ce comportement non verbal,
44 où en fait, ils vous regardent avec des yeux agars, parce qu'en fait ils ont peur de voir l'aiguille
45 quand on est en train de la sortir de l'étui. Euh, il faut, on leur demande de tenir leur enfant, en
46 fait, sur leurs genoux en le maintenant pour pas que l'enfant bouge. Et en fait, ils n'arrivent pas
47 à le maintenir parce qu'ils ont peur déjà de lui faire mal, ils ont eu peut-être, eux, par le passé,
48 des injections qui ont été douloureuse, donc en fait, ils transmettent cette peur à l'enfant. Moi,
49 j'ai même eu une maman, euh, je m'en rappelle une maman en fait, qui à un moment donné
50 m'a dit : non, mais moi je ne peux pas, euh il faut que j'aie pleurer dehors. Et voilà donc,
51 même si rien n'a été dit à l'enfant, l'enfant a bien vu qu'en fait la maman est venue me parler,
52 est allée pleurer dehors. Voilà, ça, ça, c'est pas, c'est pas du verbal, mais c'est pour ça, je disais
53 tout à l'heure, justement, avant le soin, il faut parler, parce qu'en fait tout ce non verbal, tout
54 ce qui est comportements, tout ce qui est regards, tout ce qui est euh, l'enfant capte tout quoi.
55 C'est un, c'est un filtre émotionnel un enfant. Donc, en fait si les parents sont inquiets, euh, lui
56 va être inquiet. Si les parents ont peur, lui va avoir peur. J'avais un petit garçon qui avait, euh,
57 je sais pas il devait avoir 1an, 2ans, je sais plus. Euh, quand il y avait la maman, c'était une
58 horreur. La piqure c'était une horreur. Quand il y avait la grand-mère, c'était comme un gâteau,
59 gâteau, il se laissait faire, il était docile. Bon il réagissait au moment de l'injection et voilà quoi,

60 fin, ça se faisait et de façon naturelle et sans cris, sans pleurs. Mais dès qu'il y avait les parents
61 c'était une horreur parce que je pense que voilà ils transmettaient involontairement en fait leur
62 angoisse à leur enfant.

63 **Moi : Euh. Selon toi, en quoi les distractions lors d'un soin influencent l'adhésion aux**
64 **soins et la confiance de l'enfant envers le soignant ?**

65 Orchidée : Alors déjà quand tu joues avec un enfant, tu, tu mets en confiance parce qu'en fait,
66 il, il, il te, fin, il t'insère dans son cercle de jeu. Donc, si tu arrives avec lui, c'est déjà qu'il te
67 fait confiance, c'est déjà qu'il voilà, je suis pas quelqu'un d'étranger. Il joue avec toi, c'est déjà
68 un premier cercle dans lequel tu es rentré. Euh, nous les petits diabétiques qu'on a, donc
69 maintenant, il y en a un qu'on a depuis plusieurs années, qui a 9 ans, il se débrouille tout seul.
70 Et on a un petit garçon qu'on a pris en charge là, qui a 3ans, qui a une pompe à insuline. Donc,
71 des fois il faut changer le cathéter, des fois bon, fin, il faut, faut tester parce que si la pompe
72 marche pas, il faut tester la glycémie capillaire, enfin bon. Mais voilà, en fait on fait tout. Alors
73 lui il adore Spiderman, donc ben on joue sur Spiderman, don voilà Spiderman machin,
74 Spiderman. Voilà, je trouve que la dimension du jeu, en fait enlève la, déjà enlève le stress à
75 l'enfant parce qu'en fait il est plus dans le domaine du soin. Quelque part, il part dans son
76 univers de jeu donc ça, ça le distrait. Euh. Et puis, ça lui permet, voilà, d'avoir la tête ailleurs
77 et pas de forcément de voir ce que tu es en train de faire comme geste technique. Si tu lui parles,
78 de voilà, ce petit garçon là par exemple, si tu lui parles de Spiderman ou de, du déguisement
79 qu'il avait il y a deux jours à l'école parce que voilà. Ben il va partir dans son rêve de Spiderman
80 et du coup il va être moins attentif à la préparation que tu vas faire devant lui ou voilà. C'est,
81 c'est, je trouve que oui, le jeu est très, fin, est un moyen en fait, de détourner l'attention du
82 soin, tout en lui disant attention quand même. Moi, voilà, je pars du principe que le gamin, il
83 faut lui dire, faut lui parler, faut lui expliquer. Mais à partir du moment où tu as expliqué que
84 le soin commence, rien ne t'empêche, tout en faisant ton soin, de lui parler d'autre chose pour
85 le distraire, le faire partir la tête ailleurs quoi. Voilà, et souvent ça marche très bien.

86 **Moi : Comment adaptes-tu ta pratique en fonction du stade du développement de l'enfant**
87 **pris en charge ?**

88 Orchidée : Alors des tout petits petits, j'ai jamais eu, donc j'ai jamais trop eu besoin de me
89 poser la question. Après, euh, après moi, comme je disais, j'ai quand même tendance à toujours,
90 même si l'enfant ne me comprend pas, toujours à faire un peu la même chose. C'est-à-dire,
91 j'explique toujours quand même à une enfant, parce qu'en fait... Moi c'est ce que je dis en fait,

92 nous, nous en temps qu'adultes, on a, on a des, des idées sur les choses. Ça veut dire, on se dit,
93 voilà, une piqure, ça fait mal parce qu'il y a une aiguille. Quand on est en train de faire une
94 détersion mécanique, on voit une lame, on se dit : ouille aie aie ça fait mal, parce que c'est une
95 lame, ça coupe. Fin, on a des réflexes comme ça en tant qu'adultes. Un enfant, il n'a pas toutes
96 ces pensées-là, il n'a pas tous ces réflexes en fait. Donc, il faut lui expliquer en amont tout ce
97 qu'on va faire. Euh. Quand, voilà, si j'ai un truc a découpé sur, sur une plaie, si la, la maman
98 par exemple, de l'enfant voit la lame, elle, elle va stresser parce qu'elle va voir une lame et elle
99 va se dire : on va découper mon enfant en morceau. Mais le petit, lui, pour lui, ça va pas être
100 quelque chose de dangereux, ça va pas être quelque chose de douloureux. Donc en fait, si je lui
101 explique juste qu'en fait je vais gratter pour lui enlever ce qui ne sert à rien dans son corps, et
102 donc qu'il faut se débarrasser, il va accepter les choses telles que je lui dis. Voilà, donc moi je
103 pars du principe qu'il faut toujours expliquer. Après c'est sûr que sur un nourrisson, je pense
104 que c'est compliqué. Bon, je sais pas. Honnêtement, je, nourrissons, je réfléchis, j'ai jamais eu
105 de nourrissons, euh en soin. Donc, je ne sais pas du tout, comment je pourrai me comporter.
106 Mais voilà, les tout petits, on va dire à partir d'un an. Par exemple, moi j'ai eu des petits, je
107 m'en rappelle un tout petit. Je sais plus quel âge il avait. Il s'était coincé un doigt, en fait la, la
108 pulpe du doigt dans un canapé parce qu'il jouait avec le clic clac avec son frère. Voilà, donc,
109 il avait un énorme pansement sur le bout du doigt, évidemment bien collé à chaque fois qu'on
110 arrivait. Fin voilà, donc en fait, ce gamin-là, et ben voilà, on reprend toutes les questions
111 précédentes. C'est à dire qu'en fait faut lui expliquer, faut détendre, donc, faut l'amener par le
112 jeu à ce qu'il te donne son doigt. Par le jeu, faut l'amener à tremper dans de l'eau, du sérum
113 phy à décoller. Par le jeu il faut l'amener à ça. Et puis, après, lui expliquer qu'en fait ce qu'il
114 voit, ben c'est normal. C'est parce qu'en fait il a coincé le doigt, qu'après tout ça, ça va partir,
115 que l'hématome va disparaître. Voilà, moi je, je, après je dis, c'est pour les plus grands. C'est
116 ceux déjà qui peuvent oraliser, on va dire leur, leur stress, leurs trucs, leurs questions et tout
117 ça. Mais euh, ouais, un gamin, alors ça peut être très compliqué comme ça peut être très facile
118 en fait. Ça dépend en fait de l'adhésion de, de l'enfant et comme on disait tout à l'heure,
119 l'adhésion des parents aussi. Voilà, très, très, très important. (Elle sourit)

120 **Moi : De quelle manière intègres tu les droits de l'enfant dans sa prise en charge ?**

121 Orchidée : Les droits de l'enfant ?

122 **Moi : Oui.**

123 Orchidée : Euh. Qu'est-ce que tu appelles droits de l'enfant ?

124 **Moi : Le consentement, la présence des parents auprès de l'enfant, ...**

125 Orchidée : D'accord. Et ben en fait moi c'est, enfin déjà, je ne toucherai jamais un enfant s'il
126 est tout seul et d'une. Et en plus, voilà, mais comme on revient toujours pareil, lui expliquer,
127 voilà. Je pense qu'un gamin, beh tu peux pas l'attraper de force, le mettre sur la chaise, et puis
128 lui prendre son doigt et lui faire son pansement. Il faut que, qu'il te donne son accord pour que
129 tu puisses travailler avec lui. En plus, chez un enfant, généralement si tu n'as pas son aval, tu
130 peux rien faire donc le problème, je crois de de cela ne se pose même pas. Non, après, il faut
131 respecter l'enfant, et puis même, pour sa construction future, pour l'adulte qu'il va devenir
132 aussi. Je pense que si tu braques un enfant dès qu'il est petit sur, fin comme il y en a. Moi je
133 sais que ça c'est un truc que je ne supporte pas, quand on dit aux enfants : si t'es pas sage tu
134 vas avoir une piqûre. Une piqûre c'est pas une punition. Euh, tu fais une piqûre parce que t'es
135 malade, parce que tu as besoin d'un antibiotique, parce que tu as besoin... Voilà, c'est, c'est
136 quelque chose qui va t'aider à avancer, à te soigner. Euh, donc non, il faut l'accord, il faut que
137 l'enfant te donne son accord. Après si c'est pas l'enfant, c'est sûr que s'ils sont petits, ils vont
138 pas te dire : oui je te donne mon doigt. Mais, il faut que les parents soient d'accord. Voilà, il
139 faut que... Tu peux pas faire, tout de façon tu peux pas faire un soin contre, c'est pour l'enfant,
140 c'est vrai pour l'adulte aussi. Tu peux pas aller contre la volonté de de celui qui est soigné quoi.
141 (Silence). D'où l'importance comme je le disais tout à l'heure, ouais, toujours expliquer ce que
142 tu vas faire avant.

143 **Moi : As-tu une expérience où la place du parent dans le soin a été délicate ? Et si oui,**
144 **qu'à tu mis en place ?**

145 Orchidée : Alors délicate, ben oui. Par exemple, la maman dont je parlais tout à l'heure, qui
146 était hyper hyper stressée en fait de la piqûre de son, son enfant, et qui sortait pour... Ben en
147 fait c'était sa solution, mais c'était finalement quelque chose de très bien. Donc, c'est vrai que
148 cette maman, en fait, on la gardait plus avec nous pendant le soin. Chaque fois qu'il y avait des
149 injections, c'est ou le papa, ou la grand-mère, c'était l'idéal. Mais voilà, il fallait qu'il voit
150 personne, mais à partir du moment où la maman était dans la pièce, euh, c'était pas possible.
151 Donc, en fait, voilà, là ben dans ce cas-là, par exemple, on s'est adapté. On s'est rendu compte
152 en fait, que pour que la situation soit paisible pour le soigner en l'occurrence, et pour nous
153 aussi, parce que c'est vrai quand quelqu'un qui te stresse par-dessus, c'est pas évident non plus.
154 Mais pour l'enfant, en fait, ce qui était bien c'est qu'il ait un espace paisible et, et donc du
155 coup, on mettait la maman dehors, on a fini par mettre la maman dehors d'ailleurs. Voilà, on

156 lui disait pas pour punir non plus, c'est juste qu'en fait votre enfant est beaucoup plus détendu,
157 beaucoup plus réceptif à son soin quand vous n'êtes pas là. Donc, et puis elle, ça l'arrangeait
158 bien parce que de tout de façon, elle allait dehors pour pleurer, donc. Voilà, je pense que oui,
159 il faut arriver à adapter en fait la place de chacun au moment du soin. C'est pas parce que tout
160 le monde est là que forcément ça va aller bien, il faut voilà, trouver la place de chacun, même
161 si c'est dehors pour pleurer voilà.

162 **Moi : Peux-tu me donner trois mots qui selon toi caractérisent le soin ?**

163 Orchidée : Qualifient les enfants ? Euh trois mots qui qualifient les enfants ? Euh trois mots
164 qui qualifient les enfants au moment du soin ?

165 **Moi : Qui caractérisent le soin en général.**

166 Orchidée : Le soin ? Tous les soins ?

167 **Moi : Oui, trois mots qui ...**

168 Orchidée : Euh trois mots, trois mots, bon on va rester sur les enfants. Donc, on va dire, alors
169 déjà calme. Il faut pas que ça soit, je pense que le calme c'est important, il faut pas arriver
170 pressé, il faut pas être voilà. Un soin ça se fait au calme déjà. Euh je pense qu'il y a l'empathie.
171 Euh il faut pas voilà ben comme la maman ou quoi qui avait peur, faut pas la juger en disant :
172 oui, oh, elle n'est même pas foutue de s'occuper de son fils, non ben elle est comme ça, elle a
173 peur, elle a peur. On ne va pas la juger pour autant. Euh, et un troisième, je pense que c'est
174 quand même la douceur mais pas le calme au niveau de la, comme je disais le premier mot,
175 c'est le calme par rapport à l'ambiance. Là je dirais la douceur au niveau du soin. Voilà, un
176 soin ça doit pas être brusque, ça doit pas être brutal, ça doit être quelque chose qui se fait. Oui,
177 tout en douceur quoi.

178 **Moi : Par quel moyen instaures-tu un climat de confiance avec l'enfant lors du soin ?**

179 Orchidée : Ben c'est le jeu, je pense. Ça va être beaucoup de confiance comme je l'ai dit tout
180 à l'heure. En fait, le fait de jouer avec lui, si tu arrives à jouer avec lui, c'est qu'il t'a accepté
181 dans son cercle de jeux. Donc, déjà, ça veut dire qu'il a fait un pas vers toi, donc comme ça
182 déjà, tu rentres. Tu arrives à l'approcher un petit peu plus. Parce qu'il y a des enfants qui en
183 fait. On a eu un petit garçon, je crois que c'était un doigt, je ne sais plus ce qu'il avait fait aussi.
184 Et en fait, il fallait que son frère vienne pour qu'on joue avec son frère. En fait lui ne nous
185 donnait pas cette confiance-là. C'est-à-dire qu'en fait le petit garçon, si on arrivait et qu'on

186 essayait de jouer avec lui. C'était refus complet. Par contre, il y avait le petit frère qui était un
187 petit peu plus grand. Quand le frère était là, en fait on jouait à trois. Et ben là, ça, ça se passait
188 bien. Voilà donc après, à voir sur place, mais je pense que le jeu, ouais, amène beaucoup.

189 **Moi : Quelle place tiens-tu dans la relation triangulaire parent, enfant et soignant ?**

190 Orchidée : Alors moi la place, euh, ben elle, elle est en retrait. En fait je me dis que j'ai, je suis
191 qu'un intervenant. Euh, moi je, fin je privilégie la relation parent/enfant. Et moi je suis
192 quelqu'un un peu à part en fait qui, qui vient ponctuellement, euh, amener quelque chose dont
193 justement ce lien parent/enfant a besoin. Ça veut dire, moi je vais être là, nous on a, on a des
194 petits diabétiques. En fait, ben je suis là en fait, pour amener ce que les parents n'amènent pas.
195 Voilà quelque part, j'aide les petits garçons, puisqu'on en a ces deux petits garçons qu'on a.
196 J'aide ces deux petits garçons à gérer leur repas quand ils sont à la cantine, quand ils sont au
197 centre aéré, etc., parce que les parents ne sont pas là à ce moment-là et qu'ils ont besoin de
198 bolus d'insuline au moment des repas. Voilà donc en fait, moi je me situe on va dire, entre la
199 liaison parent/enfant. Moi je suis à côté, moi je suis un petit point à côté en fait de la ligne,
200 voilà, qui peut interférer de temps en temps dans, dans la relation pour communiquer avec les
201 parents. Pour leur dire : vous savez il n'y a plus d'aiguille dans le sac de votre fils, on va mettre
202 des aiguilles pour la, le cathéter fin voilà. Mais voilà, je suis un petit point, on va dire il y a une
203 liaison enfant/parent. Et moi, je suis le petit point à côté qui interfère, pas dans la relation mais,
204 je suis pas un grain de sable dans la relation. C'est juste que voilà, quand on a besoin de moi,
205 en fait, j'arrive.

206 **Moi : Mais merci beaucoup.**

ANNEXE 5 : Entretien n°2

Entretien avec Lavande :

1 **Moi : Alors, pouvez vous commencer par présenter votre parcours professionnel s'il vous**
2 **plaît ?**

3 Lavande : Alors, euh, j'ai fait beaucoup de choses. Donc, moi je suis infirmière depuis à peu
4 près 15 ans. Je ne compte pas exactement. Euh, alors j'ai fait énormément, euh, de structures,
5 parce que en fait, à la base je viens du nord. Donc il faut savoir là-bas que il y a énormément
6 d'écoles euh, d'infirmières, d'IFSI dans le nord, et en plus moi je suis juste à côté de Paris,
7 donc euh voilà. Il y a, il y a beaucoup d'écoles de ce côté-là. Et quand on sort diplômé, on est
8 des centaines à sentir, à sortir diplômé donc, du coup c'est compliqué de trouver un CDI ou un
9 emploi stable en tout cas. Donc, j'ai commencé par euh salle de réveil, centre de rééducation,
10 euh j'ai fait donc de la psychiatrie en pavillon d'intra fermé.

11 **Moi : D'accord**

12 Lavande : J'ai fait labo, euh j'ai travaillé dans un FAM. C'est un foyer d'adultes handicapés.
13 Euh ensuite, dans le sud, ben du coup, j'ai fait euh, ben j'ai fait pendant 7 ans, les urgences de
14 la main à Fontvert. Et donc là, je suis en libéral depuis 2ans, voilà.

15 **Moi : D'accord. Ensuite, quels types de communication employez-vous pour mettre un**
16 **enfant en sécurité et en confiance durant le soin ?**

17 Lavande : Ben la communication verbale hein, euh, principalement. Après j'adapte aussi ma
18 gestuelle. Donc, c'est, c'est des petites choses bêtes mais comme mettre la main sur l'épaule
19 de l'enfant, ou sur sa main. Mais du coup, ça le met en confiance, euh ça le rassure. Après au
20 niveau de la communication verbale, j'emploie des mots très simples euh, et on est beaucoup
21 dans le jeu quand même (silence) dans l'humour, le jeu, l'humour et, euh, lui, lui faire aussi
22 une, une éducation thérapeutique en même temps que quand on explique ce qu'on va faire. En
23 tout cas, j'explique toutes les étapes à chaque fois. Voilà.

24 **Moi : D'accord. Merci. Ensuite, d'après vous quel(s) effets(s) peut avoir le non verbal**
25 **dans la relation de soin avec l'enfant et les parents ?**

26 Lavande : (Silence). L'enfant et les parents. Donc pas que euh, pas que l'enfant là, c'est
27 vraiment dirigé sur l'enfant et les parents.

28 **Moi : Oui c'est ça.**

29 Lavande : Ah. Euh. (Silence). Alors euh, je saurais répondre euh à cette question en séparant
30 les deux. Mais là euh. La communication non verbale je, je, je pense que quand il y a la présence
31 des parents, il faut faire euh, faut mesurer ses gestes. Faut, faut faire très attention de, de ne pas
32 dépasser une barrière qui, qui est propre à, à, à chaque individu dont les parents. Donc, en
33 général, c'est vrai que si il y a la présence des parents, moi j'évite la communication non
34 verbale. J'évite de, de, d'avoir un geste parce que pour éviter de, de froisser le, le parent. Donc,
35 je pense que c'est très délicat comme situation.

36 **Moi : D'accord. Selon vous, en quoi les distractions lors d'un soin influencent l'adhésion**
37 **aux soins et la confiance de l'enfant envers le soignant ?**

38 Lavande : (Silence). Alors les distractions, ben c'est que le, un enfant ça se perd facilement en
39 chemin, donc euh, la moindre distraction, du coup ça va, on va plus capter son attention. Et,
40 voilà il va se perdre un peu. Je pense que ça influence le, le soin parce qu'il va commencer à
41 se mouvoir, à pas tenir en place. Don du coup, on est souvent obligé de, de le recadrer un petit
42 peu pour, pour mettre, euh, pour que le soin en fait soit agréable pour lui comme pour nous
43 également. Et c'était quoi la deuxième question du coup qui allait avec ?

44 **Moi : Euh, il y en avait qu'une seule. C'était juste : selon vous, en quoi les distractions**
45 **lors d'un soin influencent l'adhésion aux soins et la confiance de l'enfant envers le**
46 **soignant ?**

47 Lavande : Après la confiance, je pense que tant qu'on est clair, qu'on explique toujours ce
48 qu'on fait. Euh, même si lui est distrait par autre chose. Euh, c'est, il, la relation de confiance
49 s'est déjà établie donc en fait il revient à, au moment présent. Parce que du coup, quand tu dis
50 distraction, c'est bien euh, c'est bien une distraction euh, autre. En fait c'est quand l'enfant, il
51 est attiré par quelque chose d'autre.

52 **Moi : Non, là c'était les distractions, par exemple les jeux qu'on utilise pour...**

53 Lavande : Ah pardon, j'y étais pas du tout. J'y étais pas du tout. Ah, alors là, euh, ben sur les
54 jeux, ben du coup oui ça marche super bien (elle rit). Euh, parce que ça établie la relation de
55 confiance pour le coup d'avoir, de, de l'amuser, de faire son, son auto, son éducation
56 thérapeutique en fait, en, en trouvant des petites (elle souffle), des, des solutions, voilà qui le
57 fasse rire et qui soient ludiques pour lui. Donc forcément, si l'enfant, euh, est content en fait, il
58 va être plus à même à avoir confiance en, aux soignants. Voilà.

59 **Moi : D'accord. Ensuite, comment adaptez vous votre pratique en fonction du stade de**
60 **développement, donc les différents âges, de l'enfant pris en charge ?**

61 Lavande : (Silence). La pratique, euh c'est-à dire ? Euh, le soin comment il évolue ?

62 **Moi : Oui, oui exactement.**

63 Lavande : Euh ben plus l'enfant du coup, grandi, plus on est, on est un peu, on est moins déjà
64 dans la, la, on est moins dans le jeu déjà ça c'est sûr. Et on explique avec des mots un peu plus,
65 euh, approprié et, et on est plus réaliste en fait dans, dans l'acte de soin. C'est-à dire par
66 exemple, chez un enfant de 3 ans, on va pas, fin, forcément lui dire ben là admettons : tu as une
67 plaie, tu as un peu de fibrine, c'est rouge, c'est pas très beau. On va l'amener différemment que
68 un enfant de 12 ans, ben on va, on va pouvoir lui dire : voilà faut faire attention, parce que là
69 c'est pas très beau, on va surveiller. Voilà. Je suis un peu, en tout cas moi, pour ma part, je suis
70 un peu plus euh, je, je dis plus facilement les choses à un jeune, à un adolescent qu'à un petit
71 de 3 ans quoi. Voilà.

72 **Moi : D'accord. Euh, de quelle manière intégrez-vous les droits de l'enfant donc comme**
73 **le consentement, la présence des parents pendant le soin, ... dans sa prise en charge ?**

74 Lavande : (Silence). Euh, elle est pas facile cette question. Euh. Parce que si je dois répondre
75 honnêtement, euh, je m'adapte en fait au caractère de l'enfant et pas aux droits de l'enfant
76 forcément. Euh, donc par exemple, si je vois que lors d'un soin, le parent euh, stresse l'enfant,
77 l'angoisse, euh, l'angoisse, et ben en fait, je fais sortir le, le parent de la pièce, et euh, en général
78 ça se passe beaucoup mieux. L'enfant est plus apaisé et, mais je ne demande rien à personne.
79 C'est de mon propre chef. Je, je, je suis pas... (elle rit) sur ça, je sais pas quoi dire, parce que
80 c'est vraiment euh. Moi j'adapte mon comportement à la situation. Je réfléchis pas forcément
81 aux droits de l'enfant. C'est pas bien, mais voilà.

82 **Moi : D'accord.**

83 Lavande : Ça fait un peu, excuse-moi, ça fait un peu question piège (elle rit), non ?

84 **Moi : Non, en fait il y a aucun jugement dans ce que je fais, je pose juste des questions**
85 **pour, pour mon mémoire.**

86 Lavande : Oui, oui, je sais que de tout de façon, c'est hors sujet le, la critique dans un mémoire,
87 mais c'est pas facile, du coup de répondre à cette question euh.

88 **Moi : Il n'y a pas de soucis, vous répondez ce que vous voulez, comme vous le sentez.**

89 Lavande : D'accord, bon ça va. (Elle rigole)

90 **Moi : Avez-vous une expérience où la place du parent a été délicate, et si oui qu'avez-vous**
 91 **mis en place ?**

92 Lavande : (Silence), euh, alors euh, là ben on va parler du libéral, là actuellement on a un petit
 93 de 3ans, où la situation relationnelle donc, infirmière/parents est très délicate. Il y a une absence
 94 de communication qui, qui n'est malheureusement pas de notre propre chef. Euh, et on a du
 95 mal à trouver des, des choses, euh, des choses qui pourraient améliorer en fait la situation. Là
 96 en tout cas, on est plus sur, on essaye d'avoir une communication via le téléphone, des
 97 messages surtout, et après on se réfère aux personnels de l'école pour faire passer des messages.
 98 C'est ça notre solution en fait. Mais, en tout cas, ça n'empêche pas notre relation
 99 soignant/soigné. Donc, on différencie bien la famille, de l'enfant.

100 **Moi : D'accord. Pouvez vous donner 3 mots qui selon vous caractérise le soin du coup**
 101 **avec l'enfant ?**

102 Lavande : (Silence), euh (silence), alors douceur, euh animation, et euh, et (elle souffle), et
 103 alors attendez (silence), et ben je dirai empathie.

104 **Moi : D'accord. Par quels moyens instaurez-vous un climat de confiance avec l'enfant**
 105 **lors des soins ?**

106 Lavande : (Silence), euh, après le moyen pour moi, c'est la communication qu'elle soit verbale
 107 ou non verbale.

108 **Moi : Et quelle place tenez-vous dans cette relation triangulaire parent, enfant et soignant**
 109 **?**

110 Lavande : (Silence), je, je. Pour moi vraiment, je reste sur ma place de, de soignant. Euh, je
 111 fais bien la différence entre chaque, chacun. Chacun a son rôle. J'arrive en fait à mettre une
 112 barrière hein, tout simplement, entre, entre le, moi et l'enfant et vice versa avec le parent. Je
 113 pense qu'il faut vraiment rester sur sa place de soignant, parce que sinon c'est là qu'on se perd
 114 je pense.

115 **Moi : D'accord, ben merci d'avoir répondu du coup à mes questions.**

116 Lavande : Ben de rien, j'espère que ça a été.

117 **Moi : Oui très bien et merci de m'avoir accordé votre temps du coup.**

ANNEXE 6 : Entretien n°3

Entretien avec Tulipe :

Moi : Alors, pour rappel, l'entretien, du coup, il sera entièrement anonymisé et il n'y aura aucun jugement. Donc, est-ce que tu pourrais présenter ton parcours professionnel ?

Tulipe : (raclement de gorge) Mon parcours professionnel comme infirmière ? J'imagine. C'est après mes études. Euh, donc, j'ai fait mes études infirmières à Bagnoles-sur-Seize, à l'IFSI de Bagnoles-sur-Seize, où j'ai eu connaissance de l'unité parent-bébé, par une ancienne cadre. Première cadre qui était là, qui prenait euh, son mal en patience, euh comment dire son, son, ses, ses différents tableaux etc., et qui venait nous parler de ce que c'était l'unité parent-bébé, et les, les troubles de relations précoces, et tout ce qui était dépression du postpartum, et la difficulté de devenir parent, etc, et ce que ça pouvait avoir comme trouble, effectivement, pour le bon développement de l'enfant, etc. Et donc, moi, ça m'avait interpellée à l'époque, et euh, parce que tout m'intéressait, et après, je me suis dit, waouh, c'est super intéressant. Il y avait des portes ouvertes ici, en 2006, je pense, et je suis venue. J'ai eu la chance de faire un stage chez les enfants à côté, donc on m'a montré l'unité, et ensuite, j'ai fait un stage prépro, ici, à l'unité parent-bébé, pendant deux mois, avant l'obtention de mon diplôme. Et ensuite, beh ça s'est super bien passé, j'étais vraiment (silence), j'étais à ma place (rire), je me sentais vraiment bien dans, dans ça, et non pas que je connaissais, parce qu'on ne connaît jamais, on découvre. Et ensuite, je suis allée, puisqu'il n'y avait pas de poste ici, je suis allée travailler chez les ados, en service fermé, temps plein, juste à côté, ça s'appelait la clairière. Où j'ai passé trois ans et demi, en attendant qu'il y ait un poste infirmier qui se, infirmier qui se libère ici. Donc après, je suis venue ici, et donc, je travaille ici depuis euh, depuis 2010-11, voilà, et je travaille avec énormément de plaisir, je me sens très, très privilégiée de pouvoir travailler dans ce domaine-là, avec la prévention, l'accueil des, des, des futurs parents, des parents et leurs enfants, leurs bébés, et les aider à retrouver leur, à trouver et des fois retrouver leur chemin sur le parcours de la parentalité, et comment on fait avec l'arrivée d'un enfant, et ce n'est pas du tout évident. Et qu'on cherche ensemble. Et des fois on trouve rapidement, des fois on ne trouve pas rapidement, mais c'est en tout cas un parcours de soins où on est, on est ensemble, et on soutient, on soutient les parents, on soutient les bébés, afin de pouvoir grandir le plus tranquillement possible sur les bonnes bases, voilà. Et c'est ça que je trouve intéressant et vraiment passionnant dans ce travail ici à l'UPB, voilà.

30 **Moi : D'accord. Quel type de communication emploies-tu pour mettre l'enfant en sécurité**
31 **et en confiance pendant les soins ?**

32 Tulipe : Quel type de communication que j'utilise pour mettre l'enfant en sécurité dans le soin
33 ? Alors ici, la communication, euh, bon on a des bébés de 0 à 18 mois. Euh, beh j'utilise ma
34 parole, mes mots, euh, mais tout dépend, quel âge l'enfant a aussi, mais on parle quand même
35 au bébé. (Racllement de gorge) On utilise aussi, moi je fais partie des soins berceuses aussi,
36 depuis le début que je suis ici, même pendant mon stage à l'époque. Donc, on utilise
37 effectivement là, le, le chant, les berceuses, le, le, le, le, le portage, le, le, tout ce qui est le
38 contact aussi, le portage dans les bras, les vibrations vocales, etc. Tout ça, ce qu'on peut appeler
39 un peu le peau à peau, si on a besoin, mais c'est aussi pour aider les mamans à peut-être le
40 mettre en place, et qu'est-ce qui fonctionne auprès de son bébé pour les rassurer, pour être
41 ensemble. Hum, on explique quand même au bébé un peu ce qui se passe aussi. Euh, on utilise
42 notre mimique, nos yeux, notre, notre visage, nos sourires, nos étonnements, on fait nos
43 mimiques, on exagère un peu. Euh voilà, on essaie de rentrer en communication avec le bébé,
44 par toutes les voies de communication qu'on a tous, c'est-à-dire que lui aussi il cherche, mais il
45 cherche beaucoup le visage, il cherche beaucoup le contact, effectivement dans les bras, qu'ils
46 reprennent un peu in utero, c'est-à-dire être réconforté, mais en, mais en même temps on parle,
47 on parle. Il y a un langage déjà qu'il est en train d'apprendre, et il comprend d'une manière
48 absolument, c'est absolument formidable de voir comment ils comprennent bien. Et petit à petit
49 je commençais à découvrir que même moi je ne le connais pas très bien ça, les signes, on a des
50 bébés qui font ça (réalise des gestes du langage des signes), plein de petits signes, il veut dire
51 encore, stop, etc. Donc c'est eux qui me font découvrir des signes (rire) maintenant,
52 puisqu'apparemment c'est un peu ça maintenant, pour pas qu'ils soient frustrés dans le langage
53 qu'ils ne possèdent pas encore. Mais bon, on parle, on chante, on raconte des histoires, on fait
54 de la lecture avec les bébés. Et on est dans la vie avec notre communication, on n'a pas de, on
55 n'a pas de restrictions, on peut dire ça, parce qu'on communique par, par qui on est, par notre
56 étonnement, par notre, par qui on est aussi, on a différentes manières de être, on est avec notre
57 être, voilà. Ouais.

58 **Moi : D'après toi, quel(s) effet(s) peut avoir le non-verbal dans la relation de soin avec**
59 **l'enfant et les parents ?**

60 Tulipe : Le non-verbal dans la relation ? Beh, le non verbal, il ne ment pas. D'ailleurs on ne
61 peut pas mentir, on ne peut pas euh, on ne peut pas se cacher derrière son petit doigt, on ne

62 peut qu'être honnête quand on travaille avec des bébés et des gens tout courts. Je veux dire, le
63 non-verbal, il est là. Le bébé va sentir si on n'est pas juste, on, on, on se doit d'être intègre et
64 juste, voilà. On se doit d'être, on ne peut pas se cacher derrière quelque chose et se mentir. Les
65 bébés sont là pour nous rappeler que beh, qu'ils sentent absolument tout, et c'est pour ça aussi
66 qu'ils réagissent par rapport à l'état émotionnel et, de leurs parents. Et que c'est si important que
67 ça soit des, que leurs besoins soient, comment dire, qu'on répond d'une manière plutôt ajustée
68 aux besoins d'un enfant qui n'a absolument rien demandé, et qui est complètement dépourvu
69 d'énormément de choses. Il communique, mais enfin, il peut pas se nourrir tout seul, il peut pas
70 se vêtir tout seul, il peut pas se, il peut pas se, il a entièrement besoin d'un adulte, et de là, le
71 non-verbal, effectivement, beh il euh, le non-verbal ne ment pas. Et donc c'est là que c'est du
72 corps à corps, si on n'est pas bien par exemple, le bébé va peut-être pouvoir le sentir, ou en tout
73 cas, on peut dire, on, on, on (silence) on est quand même, mais c'est là que c'est aussi très
74 important, et dans le rôle de soignant, je pense aussi que si on doit tout le temps lutter, qu'on
75 ne se sent pas justement à sa place, ça va se sentir aussi dans le soin qu'on prodigue, qu'on
76 donne à qui que ce soit. Et les bébés, ils le sentent, ils sont très purs, et ils vont sentir qu'on fait
77 des choses malgré nous, qu'on n'est pas là. Et donc, c'est très important de pouvoir être présent,
78 et de pouvoir être honnête envers soi-même, et si par exemple il y a des situations où on est
79 trop, soit ça renvoie trop à quelque chose que soit même a vécu, etc., et bien dans ce cas-là, on
80 se doit peut-être aussi de pouvoir se le partager avec ses collègues, et de pouvoir dire, soit je
81 connais trop bien la personne, alors c'est pas moi qui vais m'en occuper, ou je suis, j'ai le même
82 âge que la jeune fille, voilà, donc c'est presque comme non. Ou il peut y avoir, il faut être
83 honnête, parce que sinon ça se sent, le bébé sent les choses, et il sent si on est trop exagéré dans
84 quelque chose, si on fait trop le clown, ils aiment bien qu'on fasse le clown, mais si on fait le
85 clown... Si on a trop de masques, on est rapidement, j'ai envie de dire, démasqué par le bébé,
86 et c'est ça aussi le soin, je crois que vraiment, on soigne au mieux, vraiment le mieux, si on est
87 le plus intègre, le plus honnête possible, voilà. Donc le non verbal est très important.

88 **Moi : Selon toi, en quoi les distractions, donc, comme les jeux, la musique, la lumière, lors**
89 **d'un soin, influencent l'adhésion au soin et la confiance de l'enfant envers le soignant ?**

90 Tulipe : La distraction ?

91 **Moi : Oui.**

92 Tulipe : (Raclement de gorge). Après, on n'a pas besoin d'énormément de distractions. Il y a
93 des choses qui viennent presque polluer. On voit aujourd'hui, que les enfants sont tellement,

94 nous tous on est tellement accro aux écrans, les téléphones et tout ça, et les bébés, ils sont
95 tellement petits, ils adorent aller vers un téléphone. Bon, tout ce qui est son et lumière, etc., on
96 découvre à quel point ce qui est le plus important, c'est finalement la voix, c'est notre visage,
97 c'est encore une fois ce qui est le plus important, le plus, le plus disponible, c'est ce qu'on a, le
98 plus simple. C'est-à-dire, c'est qu'on peut chanter une petite berceuse, et on n'a pas besoin ni
99 d'instruments ou autre chose, on a la voix. Et la maman, ou le papa peut chanter, on dit que la
100 voix c'est le premier opéra de l'enfant. Et la maman, elle a la voix très juste, (Une éducatrice
101 entre dans la pièce), la voix qu'elle doit avoir pour son bébé. Cette voix, il l'a toujours entendue,
102 donc il n'y a pas besoin de son et de lumière plus. Après, il est toujours intéressé de voir ce qui
103 se passe ailleurs, et on peut donner différents stimuli, voilà, un tut tut ou un... Voilà, mais c'est,
104 c'est pas, c'est pas pour distraire, je pense que c'est aussi important de, de pouvoir découvrir
105 que finalement on peut jouer avec une casserole ou une cuillère et que finalement l'enfant, il a
106 envie de jouer avec ce que nous avons nous et qu'ils n'ont pas besoin d'être occupés avec des
107 sons et de lumière en permanence pour les distraire. Parce que finalement ça les... ça les remplit
108 de plein de choses, mais... Nous on a enlevé, par exemple ici à l'UPB, on a enlevé tout ce qui
109 pouvait faire finalement énormément de bruit, de lumière, etc., parce que finalement le plus
110 important c'était l'exploration et on n'explore pas énormément quand on est rempli de plein de
111 trucs qui arrivent directement dans la figure. Et je pense ça aussi, ça a énormément de liens
112 avec que les parents pensent que l'enfant ne doit pas s'ennuyer, il doit pas y avoir des moments
113 de... il risque de s'ennuyer s'il n'a pas une boîte qui est à côté de lui ou des sons et de lumière
114 qui est au-dessus de son lit, parce qu'il ne faut surtout pas qu'il se sente seul, abandonné. Il faut
115 un remplissage tout le temps avec des choses un peu artificielles. Voilà. Et donc, finalement,
116 on découvre qu'un bébé, il peut se distraire en regardant sa main et il peut se distraire en
117 regardant qu'il a deux mains et qu'il peut les mettre ensemble et que tout d'un coup il peut se
118 tourner et il fait sa première petite exploration. Après tout d'un coup il peut déjà avoir un ou
119 deux petites choses dans son lit, un doudou et un petit hochet, et ça suffit. Si on remplit le
120 berceau avec 50 objets, il ne va même pas distinguer l'objet, voilà, de l'autre. Et ça va être une
121 espèce de surconsommation d'objets pour satisfaire la personne. Et là on rentre dans quelque
122 chose qui s'appelle cette espèce de consommation pour satisfaire, quelque chose qu'on ne sait
123 même plus ce que c'est qu'on doit satisfaire. Et on crée un espèce de, on crée un besoin et on
124 crée des insatisfaits en permanence parce qu'ils ne vont jamais vraiment découvrir ce que c'est
125 l'objet ou la chose, ou l'objet ou l'autre, parce que c'est une espèce de remplissage pour ne pas
126 risquer d'avoir du vide. Mais avoir du vide, c'est pas, c'est pas du vide en soi. C'est aussi de
127 pouvoir regarder par la fenêtre et découvrir que les arbres ça bougent et de pouvoir peut-être

128 rêver, et de pouvoir s'évader aussi. Et je pense que les enfants, les bébés aussi, de temps en
129 temps, ils rêvent aussi, ils découvrent, ils ont dans leur temporalité, etc. Mais si on remplit cette
130 temporalité en permanence avec plein plein plein de choses, parce que notre société de
131 consommation pousse à ça. Ils disent des fois comment il faut réussir son bébé si on achète cet
132 objet-là. Beh des fois c'est là qu'on est peut-être aller un peu trop loin. Voilà. Donc on découvre
133 peut-être que les bébés encore là aussi nous amènent à ce qui est réellement essentiel, et que
134 finalement c'est quelque chose de tellement simple. C'est juste d'être là. C'est juste de donner
135 peut-être un petit bout de tissu avec un truc très simple, et ce n'est pas avoir 50 jouets qui font
136 du bip bip, du bop bop, voilà. Mais on peut chanter une petite chanson, des fois ils le reprennent
137 aussi à sa façon, et ça suffit, des choses assez simples mais essentielles.

138 **Moi : D'accord. Comment adaptes-tu ta pratique en fonction du stade de développement**
139 **de l'enfant pris en charge ?**

140 Tulipe : Comment j'adapte ma pratique selon le stade de développement de l'enfant en charge
141 ? Ben, on ne peut pas demander à un enfant, on va le mettre dans... Par exemple, si c'est un
142 tout petit qui a deux mois et demi, on ne va pas commencer à le, à vouloir qu'il soit par exemple
143 en train de, je ne vais pas l'installer tout d'un coup dans une chaise haute, par exemple. Je ne
144 vais pas lui demander de choses, je vais quand même, je connais un petit peu où il en est par
145 rapport à son âge. Mais des fois il y a des enfants qui sont un peu plus en avance, et des fois il
146 y en a des enfants qui ne sont vraiment pas en avance. Si par exemple c'est un enfant qui a 5-6
147 mois et qui est toujours sur le dos et qui ne sait pas se tourner, je vais peut-être favoriser plus
148 l'installation sur le dos, sur le tapis, avec un ou deux jouets à côté, et peut-être voir, comment
149 petit à petit il arrive à pouvoir, peut-être être intéressé de ce qui se passe autour de lui. Mais
150 peut-être il a été trimbalé dans un transat à travers sa maison, ou jamais eu la possibilité d'être
151 posé sur une surface un peu ferme, ou un tapis, etc, où il a pu apprendre, si on peut dire, où il
152 a été mis dans une possibilité, dans la possibilité d'explorer, qui favorise quand même son
153 développement. Mais qu'il a toujours été trimballé, parce que la mère était tellement peur qu'il
154 soit perdu tout seul, et qu'il ne pouvait pas s'être posé sur un tapis au sol, parce qu'il risquait de
155 cogner sa tête, ou je ne sais pas, il y a beaucoup de choses comme ça. Et donc, ces bébés-là,
156 des fois ils ont ce qu'on appelle une plagiocéphalie, la tête toute plate, parce qu'ils ont jamais,
157 il ont été fixés pendant des mois et des mois, et n'ont pas eu la possibilité d'explorer. Il peut y
158 avoir aussi des bébés qui n'ont jamais le contraire, qui doivent se débrouiller tout seuls, et donc
159 qui vont à gauche, à droite, d'une manière assez indifférenciée. Ils vont se jeter dans le bras de
160 n'importe qui. On va peut-être là aussi aider à faire la différence entre ça c'est maman, et ça

161 c'est la référente, et ça c'est des gens que tu ne connais pas. Et créer des limites dans l'espace,
162 et pour garantir sa sécurité aussi pour tout court et pour plus tard, savoir dire non. Les enfants
163 qui n'ont jamais un non. Par exemple, parce que la maman, ou les parents ont peur de perdre
164 son amour, s'il va dire non, il va être malheureux, il va croire que je ne l'aime pas, par exemple,
165 des choses comme ça. Donc on essaie, on s'ajuste en regardant, et en ayant les parents à côté
166 aussi, qui sait peut-être tout à fait ce que l'enfant peut, ou ce qu'il ne peut pas, ou des fois ils
167 n'osent pas le mettre dans cette situation-là. Il dit non je n'oserais pas le mettre comme ça, ou
168 dans un parc, il va être malheureux, il va se sentir enfermé. Ah bon, c'est vous qui le dites. Ou
169 tout seul dans son lit, vous vous rendez compte, il croit que je l'abandonne, ah bon beh, et donc,
170 c'est en fonction quand même là où il en est, la problématique, et voilà. On regarde ensemble,
171 on ne va pas mettre un tout petit bébé dans un énorme baignoire, comme on ne va pas mettre
172 un grand bébé dans une toute petite baignoire. On ne va pas mettre un bébé non plus à jouer
173 dans une baignoire, s'il n'aime pas l'eau, on va faire doucement, etc, etc. Donc, on va construire
174 petit à petit, selon ce que le bébé montre, son intérêt aussi pour son environnement, là où il en
175 est lui au niveau moteur, et on va l'amener à découvrir. Je ne vais pas poser un bébé de trois
176 mois sur une petite voiture, et le rouler avec, ce serait comme un, ou sur le cheval à bascule.
177 Là je vais voir quand l'enfant va commencer à avoir l'intérêt pour monter dessus (sourire), je
178 vais l'accompagner, je vais le soutenir dans son exploration, voilà. Mais petit à petit, ici on
179 initie à cette exploration en proposant peut-être des nouveautés aux parents, afin de les rassurer.
180 Et qu'ils puissent regarder leur bébé, qui tout d'un coup fait des merveilles, qui se tourne, et qui
181 les rend tellement fiers, de dire, waouh, mon bébé peut faire ça maintenant, voilà, oui.

182 **Moi : Ensuite, de quelle manière intègres-tu les droits de l'enfant dans sa prise en charge**
183 **? C'est-à-dire le consentement du bébé, la place des parents dans le soin ...**

184 Tulipe : De toute façon, au début, quand on vient ici, les parents doivent être tous les deux
185 d'accord pour que leur bébé soit pris en charge ici. Ils signent des papiers d'autorisation de la
186 mère, du père, voilà. Ce sont bien les représentants légal du bébé, père, mère, mère, etc. Ceux
187 qui ont la responsabilité de l'enfant. Bon, ça c'est au niveau administratif. (Raclément de gorge)
188 et après, on respecte l'intégrité de l'enfant, comme toute personne. C'est-à-dire, euh, son bien-
189 être, qu'on respecte qu'il est en sécurité, qu'il ait son lit qui est bien, je veux dire tout ce qui
190 peut être la sécurité de l'environnement. Mais aussi la sécurité de comment on parle à cet enfant,
191 comment effectivement des violences verbales ou des violences physiques, beh c'est, c'est,
192 c'est pas possible. On essaie de, de, de , de créer un climat de, oui de confiance, que ce soit
193 pour le bébé ou pour ses parents. Pour que ses parents aussi puissent sentir peut-être, s'identifier

194 à quelque chose qu'ils n'ont peut-être jamais vécu, hum et peut-être l'intégrer, s'approprier, et
195 ensuite éventuellement peut-être changer ou essayer de transmettre quelque chose à leur bébé
196 qui est digne d'un être humain et qui respecte les droits de tout être humain, et pas que les
197 bébés, voilà.

198 **Moi : Ensuite, as-tu une expérience où la place du parent dans a été délicate ? Et si oui,**
199 **qu'as-tu mis en place ?**

200 Tulipe : (Silence). Alors où le soin, où la place du parent dans le soin était délicate. (Silence).
201 Ben c'est toujours, il y a plein de sit... De toute façon c'est comment, par exemple comment un
202 adulte, effectivement on parle des droits de l'enfant, par exemple respecte, bizarrement s'habille
203 très chaudement soi-même, voilà, mais qui peut trimballer un bébé dehors entre le véhicule à
204 l'arrivé avec un bébé habillé en hiver qu'en pyjama et en body par exemple, pas être habillé.
205 Mais la maman par exemple, elle est bien habillée. Là on peut s'interroger : qu'est-ce qui se
206 passe ? qu'est-ce qu'elle veut montrer là ? est-ce que c'est conscient ? est-ce qu'on est dans la
207 provocation ? est-ce qu'on est dans quelque chose où la maman montre, beh puisque je suis à
208 Montfavet, autant vraiment montrer que je suis pas adaptée avec mon enfant. Euh, ou l'enfant
209 par exemple, elle ne comprend, elle ne voit pas que c'est très très grave de juste pas couvrir
210 l'enfant correctement entre le taxi et arriver à l'UPB, par exemple. Euh, de pas voir que souvent
211 on a ça, quand même que les parents, souvent... Par exemple, n'arrivent pas à voir leur bébé
212 grandir, c'est trop douloureux. Donc, on habille son enfant dans des pyjamas qui sont trop petits,
213 on peut pas supporter de voir le pyjama grandir, parce qu'on perd son enfant, on perd le tout
214 petit bébé, ça va trop vite. Et donc ça c'est pas ajusté. Euh, et là il y a quand même des choses
215 où on trouve que... Beh après il y a eu des choses aussi, où on avait été obligé des fois vraiment
216 à mettre le, fin, comment, comment on peut dire, menacer, c'est pas à menacer, mais de rappeler
217 quand même le droit de l'enfant. C'est-à-dire qu'un enfant doit avoir suffisamment à manger,
218 ne doit pas avoir des bleus, ne doit pas être posé dans n'importe quelles conditions, doit avoir
219 un environnement sécuri, qui est sécurisant, en sécurité, doit ne pas dormir dans un grand lit et
220 risquer de tomber par terre où il y a un chien par exemple, pas dormir entre chien et chat dans
221 le lit, avoir son environnement, pas avoir des bleus partout, des morsures et des choses comme
222 ça. C'est pas parce que le grand frère, il mord que... On doit protéger son petit. On doit aussi
223 nourrir correctement son enfant. Euh, j'ai eu des parents très tordus à une époque, par exemple,
224 la sage-femme a découvert le bébé à 4 mois qui ne pesait encore que 4 kilos. Voilà, un tout
225 petit, comme s'il était nouveau-né, parce que la maman ne supportait pas voir son petit garçon
226 grandir. Alors là, et lui, il ne pouvait presque pas manger, il devait commencer la

227 diversification. Il avait peut-être 7-8 mois, et il avait des hauts de cœur, il ne pouvait pas manger
228 parce qu'il était mal nourri, sous-nourri, (rire) sous, je ne sais plus comment on dit, oui, mal
229 nourri. Donc, il n'avait que du liquide, comme si c'était encore un tout petit bébé, et qu'à petite
230 dose pour ne pas qu'il grandisse trop, mais c'était très. Et là, on était obligé de faire, à un
231 moment donné, c'était une information préoccupante. Et là, des fois, les parents, tout d'un coup,
232 ils peuvent commencer à comprendre, à avoir de l'empathie pour l'enfant, si on peut dire ça.
233 Mais si les parents eux-mêmes ont été très abîmés dedans, il n'y a peut-être même plus trop de
234 capacité de se mettre à la place de l'autre, et donc, ils font peut-être comme on a fait avec eux.
235 Où tout d'un coup, ça part sur la perversion, ou des choses où l'enfant n'est même plus un sujet,
236 mais devient objet pour revenir combler quelque chose chez une mère qui joue à la poupée
237 avec son enfant, et non pas, qui joue à la poupée avec son enfant. Et ça, c'est très compliqué.
238 C'est très compliqué. Mais là, à un moment donné, on va travailler, mais des fois, on va arriver
239 avec quand même la loi, voilà. (Une infirmière entre dans la pièce). Il y a de la loi, il y a de la
240 loi qui nous protège. Mais le problème est aussi qui nous protège tous, mais le problème est
241 aussi à savoir entre quand des fois, on doit être un peu, dire stop. Ok que vous vous ne vous
242 nourrissez pas, mais votre enfant on ne peut pas le voir comme ça. Et donc là, finalement, ils
243 commencent à comprendre, ah vous voulez dire que je suis une mauvaise mère, et tout ça, non,
244 pas une mauvaise mère, mais en tout cas, là, ce que vous faites vivre avec votre enfant, ce n'est
245 pas adapté du tout, et ce n'est pas du tout bon pour son développement. Là, vous êtes, là il va
246 régresser, il va être abîmé, etc. Donc là, il y a les protections de l'enfance, il y a des choses,
247 mais peut-être avant d'arriver là, il y a peut-être des choses à comprendre, et peut-être par
248 identification, par le soin, par le portage, par plein de choses ici, on espère que peut-être les
249 parents trouvent qu'il y a d'autres manières d'être avec l'enfant que de le traiter comme si c'était
250 une, je ne sais pas, un objet en cage. Je veux dire, un sens, et quand on prend soin du bébé dans
251 le parent, là, tout d'un coup, on peut-être, on reprend quelque chose qui a été mis en éveil à la
252 petite enfance du parent. Donc, on prend soin aussi du petit bébé dans le parent ici, pour qu'il
253 puisse s'identifier avec ce que fait mon bébé. Mais ça, ça dépend aussi, la pathologie. Par
254 exemple, il y a des pathologies euh... Ben les gens qui ont des pathologies, la psychose par
255 exemple, comment se mettre à la place de l'autre quand l'autre n'existe pas, c'est compliqué.
256 Mais en tout cas, il y a quand même une compréhension et peut-être un accompagnement sur,
257 parce que tous les parents je pense qu'ils veulent du bien pour leur bébé. Mais simplement,
258 comment le comprendre et comment le mettre en place, euh quand on n'a peut-être pas les
259 capacités et c'est là que des fois, il faut peut-être des aides à l'extérieur pour aider cet enfant et
260 ses parents à pouvoir être parent. Il y a des gens qui ne peuvent pas être des parents, ils ont des

261 parents... On est des parents, des gens, ce sont ses parents biologiques etc. Mais des fois, on
262 peut exercer l'exercice de la parentalité, qui peut peut-être que se faire en, 4h par semaine et
263 ça c'est l'exercice. Il y a l'exercice la pratique et l'expérience. C'est pas la même chose voilà.

264 **Moi : Peux-tu donner 3 mots qui selon toi caractérisent le soin ?**

265 Tulipe : Hum, processus. (Silence). Hum, (silence). Euh (silence). Période, période de
266 transition entre, comment dire de, de, de de la souffrance et de retrouver un, de pouvoir être,
267 ça c'est le processus. De pouvoir pallier, nous on pallie... A un moment donné il y a un manque,
268 il y a quelque chose qui, qui ne fonctionne pas, qui n'existe pas. Et notre rôle, quand même
269 dans le soin et de soins infirmiers est de pallier à ce manque et essayer de mettre des choses en
270 place, pour ensuite recréer de l'autonomie. Voilà, donc processus de soin, regain d'autonomie
271 et hum attention et empathie. Voilà. Avec l'attention et l'empathie.

272 **Moi : D'accord, par quels moyens instaures-tu un climat de confiance avec l'enfant lors**
273 **des soins ?**

274 Tulipe : (Racllement de gorge). Ben peut être avec un peu tout ce que je viens déjà de dire.
275 C'est-à-dire d'abord de le rencontrer. Peut-être aussi c'est un mot (rire), il y a plein de mots. Il
276 n'y a pas que trois mots. Rencontre, rencontre, je pense aussi dans l'empathie, rencontre dans
277 le soin, rencontre. Euh rencontre avec l'autre, et c'est dans rencontre, petit à petit avec l'enfant,
278 avec, avec, avec qui on est, on était et du temps. Voilà. Et ça, de pouvoir rencontrer l'autre, là
279 où il est c'est de le rassurer, euh, pour qu'il puisse, euh, aller mieux voilà. C'est, c'est ça. Et
280 on, et là on essaie d'utiliser un peu toutes les différentes : le langage, les berceuses, le soin, le
281 portage, euh la nourriture affective, ou la nourriture, voir ce qu'il apprécie, poser des limites.
282 Tout ça, c'est-à-dire cette contenance, euh le plus rassurant possible, avec des limites où il peut
283 naviguer là-dedans. Et ensuite, grandir à peu près tranquillement sur de bonnes bases. Beh je
284 crois, c'est ça dans la rencontre d'un enfant, de le mettre en sécurité et de pouvoir, et de pouvoir
285 faire sentir qu'il puisse se sentir de plus en plus en confiance. Voilà.

286 **Moi : Ensuite, quelle place tiens-tu dans cette relation triangulaire parent, enfant et**
287 **soignant ?**

288 Tulipe : Mais je me tiens comme un soutien pour, pour les deux. Hum, on cherche ensemble.
289 Euh, si la mère, il y a des choses où elle se sent complètement perdue ou je ... Je vais lui
290 demander si elle veut bien mon aide, mes bras ou que je l'aide à, qu'on trouve ce qu'y est le
291 plus confortable pour elle, pour son bébé. On cherche ensemble. On est le soutien pour les deux

292 et on cherche ensemble à pouvoir trouver comment, comment tisser ce lien entre elle et son
293 bébé de la meilleure manière possible sans que ça puisse euh, l'impacter dans ce processus euh
294 maternel qui en train, donc parental qui est en train de naître en elle. Qui ne vient pas tout de
295 suite peut-être. Qui est un processus de, voilà, de cet exercice de cet enfant rêvé, l'exercice
296 parental qui est en train de naître. Comment on l'aide à se sentir valoriser dans ce rôle-là de
297 maman ou papa. Et de, de... Mais pas se sentir, que je suis meilleure que vous, parce que je
298 ne suis pas la maman de cet enfant. C'est elle la maman, et c'est elle, c'est ça qui est juste. Et
299 c'est elle qui est impactée par son enfant, c'est, c'est pas nous. Donc, c'est vraiment important
300 de les faire sentir que ils sont pas dépossédés de, de ce qui est en train d'émerger de leur
301 compétence et de leur ressentis etc. Parce que si c'est moi qui va amener, récupérer ça, ça me
302 sert à rien. Parce que c'est pas moi qui va me restaurer avec ça. Moi je rentre chez moi et ils
303 vont... Le plus important, c'est par exemple, une maman elle, c'est quand même important
304 qu'on restitue avec elle et que ça soit elle qui petit à petit à des outils pour endormir son enfant,
305 et que ça soit pas elle qui rentre chez elle en disant mais ça marche bien à l'UPB parce que
306 Tulipe arrive bien à l'endormir par exemple. Le but c'est quand même que ça soit cette maman
307 qui arrive petit à petit à pouvoir apaiser son enfant. Mais ensemble on a cherché les, les, les,
308 les moyens et qui il est cet enfant, comment il réagit, et qu'est-ce que c'est qu'il préfère. Et que
309 si le mieux, et que si le lait l'apaise mieux, c'est bien. Et que s'il préfère le lit, beh c'est peut-
310 être ça. Et donc, on cherche ensemble ce qui est le meilleur pour les deux. Mais, on est pas là
311 pour, pour enlever quelque chose qui lui appartient, et qui est en train de naître. Parce qu'on
312 dit qu'il faut 9 mois pour faire un bébé mais, il faut peut-être 9 mois de plus pour être maman,
313 ou papa.

314 **Moi : Beh merci d'avoir répondu à mes questions et de m'avoir accordé votre temps.**

315 Tulipe : Merci beaucoup, j'espère que j'ai répondu à, d'une manière correcte (rire).

316 **Moi : Oui.**

317 Tulipe : Juste à tes questions. Merci

318 **Moi : Merci.**

ANNEXE 7 : Entretien n°4

Entretien avec Lilas :

1 **Moi : Donc juste, l'entretien sera entièrement anonymisé et il n'y aura aucun jugement**
2 **de ma part.**

3 Lilas : Moi non plus.

4 **Moi : Donc, est-ce que vous pouvez présenter votre parcours professionnel, s'il vous plaît**
5 **?**

6 Lilas : Oui. Alors, je suis infirmière diplômée en 2008. J'ai travaillé en pédopsychiatrie
7 immédiatement, parce que c'est là où je suis le plus allée en stage et c'est ce qui m'intéressait le
8 plus. J'ai fait un peu de libéral 6 mois en 2012, puis je suis revenue... Ah oui, en
9 pédopsychiatrie, j'ai commencé en hôpital de jour avec des enfants autistes. Euh troubles du
10 spectre autistique et troubles du comportement à l'époque. Ça s'appelait comme ça pour
11 d'autres pathologies. Ensuite, donc, libéral, puis centre médico-psychologique enfants et
12 adolescents à Sorgue. Et j'avais un mi-temps à Avignon aussi. Euh, donc c'était retour à l'hôpital
13 de Montfavet, ça dépend de Montfavet. Puis, hôpital de jour avec des enfants troubles du
14 spectre autistique aussi régressés. Et c'est là où j'ai beaucoup travaillé avec les médiations
15 psychocorporelles. Hum et ensuite, UPB depuis euh 2017.

16 **Moi : D'accord. Quel type de communication employez-vous pour mettre l'enfant en**
17 **sécurité et en confiance durant un soin ?**

18 Lilas : (Silence) Alors, la communication à l'enfant, je pense qu'elle est, elle est dans un premier
19 temps adressée à l'enfant, mais aussi adressée aux parents qui l'accompagnent. Parce que le
20 parent c'est la sécurité de l'enfant. Donc voilà, il y a d'abord l'environnement, puis le parent,
21 puis le bébé. Je pense que ces espaces-là sont importants de communication. Et la
22 communication va être plus ralentie. Euh, avec un ton (rire), un volume sonore moins
23 important. Et en fait, ça dépend vraiment comment est l'enfant. Parce que là, je pense à ma
24 journée voilà. Mais il y a des enfants pour qui on va se baisser, et à qui on va s'adresser, ça
25 suffit. Puis il y a des enfants, des bébés surtout, s'ils sont en difficulté, il va falloir aussi un
26 contact par le toucher. Donc la communication, il peut aussi y avoir du toucher. Quand on
27 connaît l'enfant, mais voilà c'est possible. (Silence) Voilà, je dirais que c'est ce qui me vient
28 dans un premier temps sur la communication. (Silence). Et puis, je crois aussi qu'il y a tous ces

29 temps d'espace où il peut y avoir des temps de blanc comme ça, où peut émerger aussi la
30 communication du bébé. Ça prend plus de temps. Donc laissez l'espace aussi à pouvoir
31 échanger. Et pas juste remplir (rire) et voilà laisser la place au bébé. Je pense que c'est
32 important.

33 **Moi : D'accord. D'après vous, quels effets peut avoir le non-verbal dans la relation de**
34 **soins avec l'enfant et les parents ?**

35 Lilas : Pour moi, le non-verbal, il est, il est très important. Le corps parle. Évidemment, il fait
36 partie complète de la communication. Redis-moi la question, s'il te plaît. (Rire).

37 **Moi : D'après vous, quels effets peut avoir le non-verbal dans la relation de soins avec**
38 **l'enfant et les parents ?**

39 Lilas : (Silence) Le non-verbal, euh il peut à la fois... Fin c'est toujours pareil, ça dépend
40 comment on y va. Mais en tout cas, il peut être soit un soutien, soit faire défaut. (Rire). Mais il
41 faut y faire attention, nous en tant que soignants, quand on s'adresse aux parents et aux bébés,
42 aux enfants, euh dans notre posture. Et il y a toujours cette, cette pensée de, avant de
43 communiquer de manière verbale, déjà être attentif à, à, à ce qu'on ressent et ce qui est traversé
44 aussi dans notre corps. J'agite mes mains, je, je parle beaucoup plus vite, je rigole
45 nerveusement. Oui, j'ai des auto-contacts. (Rire). C'est, c'est toutes ces choses de notre
46 communication non-verbale, euh, auxquelles il faut qu'on fasse attention, nous, quand on
47 communique, en même temps qu'on communique avec la famille. Et ça nécessite de euh, d'être
48 complètement disponible et de pouvoir, oui un peu filtrer notre posture et peut-être de l'avoir
49 travaillée (rire), au préalable. (Rire)

50 **Moi : Selon vous, en quoi les distractions, les jeux, les lumières, lors d'un soin, influencent**
51 **l'adhésion au soin et la confiance de l'enfant envers le soignant ?**

52 Lilas : C'est vrai que là, je me rends compte à quel point la clinique du jour m'interpelle
53 immédiatement là dans notre échange. Parce qu'aujourd'hui, le bébé que j'accompagne avec sa
54 maman est euh, est en difficulté et la maman elle me parle très bien mais est psychotique. Elle
55 dit très bien elle tout ce qui la dérange dans la journée, le bruit, les lumières (rire), et son bébé
56 un peu aussi. Donc oui, je pense que le bruit et les lumières ont un impact très important. Hum,
57 alors bon, après, nous ici, c'est facile. (Rire). On ne fait pas un soin où on a besoin d'une grande
58 luminosité, c'est plutôt feutré. Les sons, pareil. On n'a pas de jeux sonores ou très peu. Euh, et
59 puis, on ne sort pas une multitude d'objets. L'idée, c'est plutôt d'être avec un objet et voir toutes

60 les modalités pour pouvoir l'utiliser plutôt qu'une multitude. Euh, mais oui, c'est sûr qu'on n'a
61 pas la même attention, j'imagine, en tant que patient sous des projecteurs de lumière que dans
62 un espace un peu plus intimiste. Ça n'amène pas à la même chose. Hum, donc oui, après, euh,
63 comment faire pour que ça ne prenne pas le pas sur le soin ? Je pense que là, ça va être en appui
64 sur nous, les soignants. Comment nous, on va amener à la relation et du coup à une relation
65 plus intimiste, plus tranquille, plus en sécurité, j'espère.

66 **Moi : D'accord. Comment adaptez-vous votre pratique en fonction du stade de**
67 **développement de l'enfant pris en charge ?**

68 Lilas : La pratique, du coup, qu'est-ce qu'on... Je vais réécouter la question. (Rire)

69 **Moi : Comment adaptez-vous votre pratique en fonction du stade de développement de**
70 **l'enfant pris en charge ?**

71 Lilas : Oui, tout est...(silence). La pratique, elle change en fonction du développement et en
72 fonction de tout, en fait. (Rire) Elle s'adapte à chaque famille. Alors, comment on fait ? Je ne
73 sais pas. Par exemple, ce qu'on va proposer. On a en tête le développement, on l'a. Euh, après,
74 on observe aussi les possibilités du bébé. En tout cas, on essaie de proposer des choses pas au-
75 delà de ses compétences, toujours, quitte à réajuster dans un deuxième temps. Et puis, oui, ça
76 va être de l'observation du bébé et puis aussi dans ce que peuvent en dire les parents. Euh, par
77 exemple, pour l'installation, pour le jeu ou pour, je ne sais pas, le ballon, ben on va poser la
78 question directement aux parents. Comment ça se passe à la maison ? Comment vous l'installez
79 ? Quelle position il aime ? Et en fait, ça va nous permettre de nous réajuster sur le stade euh.
80 Et encore, j'ai envie de dire, c'est tellement... On ne peut pas se dire qu'un bébé égal un stade
81 égal une attitude. Il y a d'autres choses qui vont rentrer en compte dans notre communication.
82 Parce que quand bien même un bébé serait à son âge, dans un stade de son âge, et si la
83 préoccupation des parents est ailleurs, on va être plutôt dans la préoccupation des parents. On
84 va entendre ça plutôt que de répondre juste à l'âge de développement du bébé. Donc, ça ne
85 suffit pas de voir le stade de développement du bébé. Euh, elle est large, cette question. Oh oui
86 oui. Comment on adapte ? Oui, je crois que pour pouvoir l'adapter, le plus simple, c'est d'être
87 avec, de se rencontrer, euh, de voir quels sont les échanges avec le bébé, d'être vraiment à
88 l'écoute de ce que disent les parents. Euh effectivement, notre posture ne va pas être la même
89 si c'est un enfant qui se déplace, qui éventuellement peut se mettre en danger, euh, qui parle.
90 Ça ne va pas être la même... On ne va pas avoir la même attitude si le parent reste assis, s'il se

91 lève pour suivre son bébé, ou si le parent est complètement déprimé. En tout cas, ça ne dépendra
92 pas que du stade de développement, ça c'est sûr. Je ne sais pas si ça répond à la question.

93 **Moi : Si, si.**

94 Lilas : Ah, bon. (Rire)

95 **Moi : De quelle manière intégrez-vous les droits de l'enfant dans sa prise en charge, c'est-**
96 **à-dire le consentement, la place des parents ?**

97 Lilas : Beh, le droits des enfant, alors... On a la charte de l'enfant, des droits de l'enfant qui est
98 dans le livret d'accueil qui est donné. Ici, la particularité, c'est qu'on est un service de
99 pédopsychiatrie. On pourrait être un service, par ailleurs, il y a des unités comme nous qui
100 dépendent de la maternité, de la pédiatrie, ou de la psychiatrie de manière générale. Là, on est
101 pédopsy, donc on est bien au niveau des besoins psychiques du bébé. Euh, donc, comment on
102 va respecter ça ? Beh, on va lui parler, on va lui expliquer. On va lui proposer de participer. Je
103 pense par exemple au soin massage. Au soin massage, on explique le cadre, on l'explique avant,
104 on l'explique d'abord aux parents. Tout le monde est d'accord, papa, maman, bébé. Mais voilà,
105 si le bébé râle tourne le dos et qu'il ne veut pas qu'on le touche le dos, on ne va pas y aller. S'il
106 nous lance le pied et qu'il veut qu'on le touche, à ce moment-là, on va le toucher. Mais on fait
107 participer le plus possible les bébés. On leur explique ce qu'on fait, c'est vraiment, c'est
108 vraiment la base. Là, je parle du coup beaucoup bébé. Euh mais si je pense à des unités, comme
109 dans lesquelles j'étais, avec des enfants très régressés, on peut bien imaginer que là, c'est
110 beaucoup plus difficile d'avoir le consentement. Parce que, parce que c'est déjà comprendre ce
111 qui est nécessaire pour soi, ses limites. C'est compliqué comme notion pour les enfants. Nous,
112 on va s'appuyer sur les parents, mais aussi ce qu'on observe des bébés. Parce que, dans l'autre
113 sens, un parent pourrait, pourrait déposer un enfant comme ça dans les bras de l'un, les bras de
114 l'autre. Nous, on va mettre des limites à ça. On ne fait pas ça. On va soutenir le besoin du bébé.
115 Et peut-être que de partir des besoins du bébé, on répond déjà un peu à ses droits. Qu'il soit
116 respecté en tant que personne. Euh, avec ses propres besoins. Avec son espace psychique. C'est
117 tout l'enjeu des soins ici. (Rire) C'est vrai qu'on ne lui parle pas en termes de droits. Euh, mais
118 comme on a en tête toute la journée que c'est un bébé avec ses besoins et son appareil
119 psychique, je pense qu'on y est là sur son droit et sur le respect de qui il est, qui il veut, dans
120 quel rythme, et qu'en plus, ça peut changer. Aujourd'hui, je peux aimer quelque chose et demain
121 pas. Donc ça, il faut qu'on se réajuste tout le temps. Et c'est ça la clinique du bébé.

122 **Moi : Avez-vous une expérience où la place du parent a été délicate ? Et si oui qu'avez-**
123 **vous mis en place ?**

124 Lilas : Hum, la place du parent dans un soin où a été délicate. Oui. C'est marrant comme j'ai
125 besoin de raccrocher à des exemples. Euh, je suis obligée de penser à ce bébé aujourd'hui, j'y
126 suis, alors j'y vais. Un bébé qui est né avec une prématurité. Avec des parents qui étaient en
127 grande difficulté pour lire les besoins, euh, de l'autre et en particulier de leur bébé. Et par
128 exemple, fin, oui dans ses rythmes ou dans son portage, le bébé n'existait pas. Il fallait qu'il
129 suive le besoin des parents. Et on avait proposé notamment par exemple le soin Berceuse. Et
130 les parents ne comprenaient pas ce que c'était, ni ce qu'on y faisait, ni pourquoi on le faisait.
131 Euh, et il a fallu, bon on a pris du temps, beaucoup, mais c'est de les accompagner au mieux,
132 d'expliquer au mieux. Et puis il a fallu que la maman de ce bébé, qu'on puisse lui dire que c'était
133 nécessaire pour le bébé. Et en fait on a fait ce soin pour le bébé directement, sans forcément
134 euh, soutien pendant le soin de sa maman. Elle acceptait, elle était d'accord. Elle pouvait dire
135 qu'elle était d'accord parce que ça faisait du bien à son bébé. Mais qu'elle, elle n'y prenait rien,
136 elle n'y avait aucun plaisir. Elle s'endormait. Donc c'est très difficile, ce soin était difficile. Et
137 c'est vrai qu'on est sur une limite là. Parce qu'on s'adresse au bébé mais sans son parent c'est
138 compliqué. C'est compliqué on imagine pour le bébé. Voilà. Malgré toute une équipe de
139 soignants super motivés (rire) et compétents, on sait bien que le soutien principal du bébé c'est
140 le parent. Donc ça met le soin à mal. C'est très difficile de travailler. Et on n'a pas, on n'a pu
141 faire (rire) le soin comme on imagine pouvoir le faire. Avec un soin relationnel, avec un soutien
142 émotionnel, avec un accompagnement euh, oui, maternel. Là il n'y a pas eu. Donc c'est vrai
143 que c'est très très délicat. De savoir si, si on peut s'adresser directement au bébé, à l'enfant, sans
144 le parent. Alors je ne dirais pas sans consentement parce que ça c'est pas possible, de toute
145 façon légalement c'est pas possible. Mais quand psychologiquement le parent n'y est pas, même si
146 notre travail c'est de faire exister le parent, de plus possible ramener à ce qui est en train de se
147 passer, de décrypter ce qu'on observe, de faire au mieux, d'aller interroger le parent. Qu'est-ce
148 que vous en pensez et vous ? (Rire). Voilà, est-ce qu'à la maison, comment vous faites ? Qu'est-
149 ce que là vous pensez ? Qu'est-ce que vous lisez de votre bébé ? On essaie mais là notamment
150 pour cette dyade, on a sorti un peu les rames quoi. Aujourd'hui aussi j'ai sorti les rames. (Rire)
151 Voilà. Encore aujourd'hui. Mais c'est vrai que c'est compliqué sans le parent. Et je me dis que
152 quand je suis arrivée sur l'hôpital, ça faisait partie du protocole, c'est-à-dire que... (Aperçu
153 d'une maman avec son enfant par l'infirmière) Ah, je dis au revoir. Je dis au revoir à la maman.
154 Ah, elle ne m'a pas vue. Au revoir. (Rire) Au revoir. Ça faisait partie du protocole, c'était des

155 enfants un peu plus grands, avec je pense notamment des enfants qui avaient des troubles du
156 comportement très importants, de la violence, beaucoup. Euh, bon des situations familiales
157 quand même particulièrement difficiles. Et en fait ça faisait partie du protocole de ne pas faire
158 entrer les parents dans l'institution, c'est à-dire que c'était l'espace des enfants où ils pouvaient
159 exprimer leurs symptômes. Et on travaillait avec les parents en entretien avec le médecin et le
160 référent-soignant. Je fais le signe avec la main parce que c'était à l'étage, c'était pas du tout dans
161 le lieu de vie de journée de l'hôpital de jour des enfants. Et j'ai vu au fur et à mesure des années,
162 euh, cette position qui a changé. Dire des parents qui étaient complètement hors des murs. Je
163 pense que ça a fait beaucoup de mal à la pédopsychiatrie. Et au fur et à mesure, on a (rire)
164 invité les parents à rentrer. Alors voilà, un entretien, puis un groupe, puis un accueil. Je me
165 rappelle, en fait, on se heurtait à des questions, oui, de secret professionnel, à ce que les parents
166 rentrent dans l'institution, voient éventuellement d'autres enfants. Mais nous ils ne rentraient
167 pas. C'est-à-dire que même des enfants très régressés, avec des besoins de rituel, des besoins
168 de déroulement, oui, d'expliquer bien la journée, etc. Pour des enfants avec troubles du spectre
169 autistique, de ne pas faire rentrer le parent, ça me semblait compliqué. Et je crois que ça, ça a
170 bougé d'année en année. Maintenant, voilà, on y va avec le parent. Et je le vois maintenant, je
171 suis (rire) chez les bébés. C'est important d'écouter le parent dans ce qu'il décrit des difficultés
172 de son enfant. Et de l'accompagner dans le cheminement. Et de respecter ce qu'il voit de son
173 enfant. Et pas de le mettre à l'écart en fait. Parce que je pense qu'on ... Fin voilà, euh,
174 aujourd'hui, je ne referai plus le soin que j'ai fait en arrivant sur l'hôpital par exemple. Voilà.
175 Ça me semble impossible. Et je le faisais parce que ça faisait comme ça. Et puis j'ai appris que
176 ça se faisait comme ça. Mais maintenant, non. Je pense que ça ne se fait plus du tout. Et donc
177 là, on voit que ça a changé en quelques années en fait. Parce que 2008, ce n'est pas loin. Euh,
178 donc oui, ça a beaucoup bougé. Heureusement.

179 **Moi : Pouvez-vous donner trois mots qui selon vous caractérisent le soin ?**

180 Lilas : (Silence) Le soin, c'est une rencontre. Avec tout ce que ça entend de l'écoute, de la
181 posture, de la disponibilité. Hum (silence) le soin, c'est un espace-temps qui a été pensé,
182 travaillé. Bon le mieux, c'est en équipe. C'est encore plus riche. (Rire) Si on peut faire ça, c'est
183 bien. Nous, on peut le faire et c'est quand même super, je pense. Ça, c'est vraiment le soin,
184 ouais. D'arriver à penser ce qu'on va... Après, dans cet espace-là, il peut se passer complètement
185 autre chose que ce qui était prévu. Mais en tout cas, nous, on avait pensé et on attendait les
186 patients à cet endroit-là. Déjà, on n'est pas trop mal. Donc, j'ai dit l'écoute. Enfin, la rencontre,
187 j'ai dit. J'ai dit l'espace-temps. Je triche un peu sur les mots. Trois mots. Et j'ai envie de dire la

188 temporalité. Euh, il faut respecter la temporalité du patient. Et nous aussi, aussi de sa famille.
189 (Rire) C'est un processus, le soin. Et peut-être même un soin somatique. C'est comment on le
190 fait sien. Comment le patient l'expérimente et peut le moduler. Comment il peut s'appuyer sur
191 le soignant. Donc, oui, je dirais la temporalité.

192 **Moi : Par quels moyens instaurez-vous un climat de confiance avec l'enfant et lors des**
193 **soins ?**

194 Lilas : (Silence) Hum La confiance. Alors, nous, on ne reçoit jamais juste le patient. Le bébé,
195 il n'est pas tout seul. Euh, donc moi, je ne me place pas du côté de la confiance. C'est-à-dire
196 que ce que je vais soutenir, c'est que le bébé puisse s'appuyer sur son parent. Et c'est ça l'enjeu
197 de la relation parent-bébé. Je vais donner les conditions au parent d'être le plus sécure possible,
198 pour qu'il puisse être le plus sécure possible pour son bébé. Et il n'y a que là que je vais pouvoir
199 aller vers le bébé. Je ne peux pas switcher le parent. Ce n'est pas possible. Ce n'est pas ma
200 place. Euh, après, le climat de confiance, fin la confiance pour le bébé, je pense que ça va
201 rejoindre la temporalité, mais ça va être dans la, dans la répétition et dans la euh, la continuité
202 qu'on va pouvoir offrir, qu'on va pouvoir créer ce climat de confiance et du coup de soin. Euh,
203 sur une fois, une rencontre, beh je ne peux pas faire grand-chose, or, adresser au bébé ce que
204 j'observe de lui peut-être. Le prendre en compte dans ce qu'il traverse, avec ce que me dit le
205 parent. Parce que même quand on est au téléphone et qu'on a une famille qui nous appelle pour
206 la première fois, on a en tête l'enfant, le bébé. Même quand c'est des fratries, si on accueille le
207 bébé ici, on a en tête les autres enfants mais. Ça va vraiment être de, de porter une attention à
208 ce moment de la rencontre. Je crois que le bébé il est, il comprend bien ça. Euh, quand je prends
209 le temps de, même dans la salle d'attente, quand dans ma posture et dans mon intention je
210 m'adresse au bébé. Le bébé, il le capte de suite et souvent, d'ailleurs les parents sont très
211 surpris. Mais il vous écoute ! Beh ouais, alors je suis quelqu'un qui connaît pas, je vais
212 m'adresser dans une intention, euh, claire au bébé. Euh, je vais parler lentement, je vais oui, le
213 prendre en compte dans ce qu'il montre. Beh tu me dis oui de la tête, tu me montres ta main,
214 tu te frottes les yeux. Euh, je pense que ça le met en confiance. Si j'ai mis d'abord dans la poche
215 d'abord le parent. (Rire). Mais si déjà on accueille la souffrance du parent, je pense que ça
216 permet d'accéder au bébé.

217 **Moi : Quelle place tenez-vous dans cette relation triangulaire parent, enfant et soignant**
218 **?**

219 Lilas : Oh ben multiple, il faudrait demander ça aux mamans, et aux parents. (Rire). Quelle
220 place on a ? Ben celle qui veulent bien nous octroyer. Euh parce que, parce que c'est d'abord
221 ça. C'est, euh, c'est les parents qui décident ou non de (rire) d'accepter nos soins. On propose,
222 puis, eux ils sont ok pour y aller avec nous ou pas. Donc euh... Je reprends ta question, tu peux
223 me redire ?

224 Moi : **Quelle place tenez-vous dans cette relation triangulaire parent, enfant et soignant ?**

225 Lilas : Hum. On est à l'endroit de... On est à l'endroit de (silence) de l'accueil de la souffrance
226 et du portage psychique. Ouais. Et en fait, cette place, euh, de les accueillir à ce moment-là, au
227 moment où c'est le plus..., fin venir adresser que c'est compliqué, qu'on est en souffrance.
228 C'est le plus dur, c'est le parent qui fait le pas le plus grand quand il demande de l'aide.
229 Accueillir ce moment-là. Et après avoir ce portage psychique de... Ouais, ils viennent la fois
230 d'après, on va les rencontrer ou on les rappelle et on se souvient bien de ce qu'ils nous ont dit
231 parce que, ben parce qu'on est disponible à ce moment là dans la relation. Et c'est ce qui fait
232 qu'on est (silence) euh, un appui important pour cette triangulation. Euh. Que le bébé peut
233 s'appuyer sur nous, et le parent aussi, et nous on sait qu'on va pouvoir échanger, dans une, oui,
234 dans une confiance dans le soin, une acceptation, une confiance. Donc, c'est super à voir, euh,
235 d'observer le parent qui peut venir s'adresser comme ça toute sa souffrance ou... Mais oui, et
236 puis, pendant ce temps-là, le bébé qui nous agrippe là, qui accroche notre regard et il sait qu'il
237 se passe quelque chose. Ou je sais pas moi, une maman en grande détresse qui donne à manger
238 à son bébé, puis, qui, qui est prise par ailleurs par ses pensées ou par autre chose, qui n'est pas
239 complètement disponible à son bébé. Bébé va venir s'appuyer sur nous, il va nous regarder. Ça
240 va l'aider, ça va l'aider à patienter. Et puis, nous on va être dans la continuité pour le parent.
241 On va lui adresser quelque chose au bébé. Ah tu attends, tu attends la cuillère ? Mais maman,
242 elle est là, mais maman elle était dans ses pensées. Et hop, maman raccroche et voilà. Et ça se
243 fait, oui, dans la continuité, toujours, toujours. Beh chez le bébé c'est, fin partout, partout. En
244 vrai partout, si on avait ça dans tous les soins ça serait merveilleux. Mais malgré le dossier
245 patient individualisé, on en est très très très très loin. Et euh, et je pense que ça, euh ce, ce
246 portage de la souffrance du patient qui se diluent comme ça dans les soins, c'est le plus délétère,
247 partout, dans tous les soins. Ici, on a la chance de (rire), de travailler que là-dessus donc voilà.
248 C'est peut-être plus facile pour nous de le pointer vu qu'on travaille la relation. Et c'est pour
249 ça qu'on a tendance à dire aux étudiants qui viennent ici qu'ils pourront (rire) utiliser le travail
250 qu'ils fournissent ici, partout ailleurs. Parce que je pense que dans n'importe quel service,
251 quand on a en tête un patient, et qu'on connaît un peu son fonctionnement, ses habitudes, et

252 qu'on raccroche à la fois d'avant. Et beh, forcément ça peut que mieux se passer sur les soins.
253 Et puis, on a la chance aussi, de pas trop tourner là, l'équipe, ça aussi ça fait je pense, la
254 différence. Quand on est référent d'une situation et qu'on y est du début à la fin. Ça veut pas
255 dire tout seul hein, en appui sur l'équipe, mais ça soutient quand même ce qui se passe dans
256 cette triangulation. Voilà.

257 **Moi : Beh merci d'avoir répondu à mes questions.**

258 Lilas : Beh de rien, elles étaient pas facile hein.(rire)

259 **Moi : (Rire), et d'avoir pris le temps de répondre.**

260 Lilas : Merci

ANNEXE 8 : Tableau d'analyse

Les modes de communication

Sous Thèmes	Entretien n°1 : Orchidée	Entretien n°2 : Lavande	Entretien n°3 : Tulipe	Entretien n°4 : Lilas
La communication verbale	L.22« Un enfant faut lui parler » L.23-24 « il faut lui expliquer avant de faire quel que soit le soin, il faut lui expliquer : je vais te toucher, je vais, ça risque de faire froid, ça risque de faire chaud » L.30-31 « J'essaie toujours de leur donner, en fait, un, une image, en fait, qui	L.20 « j'emploie des mots très simples » L.20-21 « on est beaucoup dans le jeu quand même (silence) dans l'humour » L.23 « j'explique toutes les étapes à chaque fois. »	L.33-34 « j'utilise ma parole, mes mots, euh, mais tout dépend, quel âge l'enfant a aussi » L.37 « le chant, les berceuses » L.38 « vibrations vocales » L.43-44 « on essaie de rentrer en communication avec le bébé par toutes les voies de communication » L.53-54 « on parle, on chante, on raconte des	L.18-19 « dans un premier temps adressée à l'enfant, mais aussi adressée aux parents qui l'accompagnent » L.20-21 « il y a d'abord l'environnement, puis le parent, puis le bébé. Je pense que ces espaces-là sont importants de communication » L.22 « plus ralentie »

	correspond à quelque chose qui connaissent. »		histoires, on fait de la lecture. » L.54-55 « on est dans la vie avec notre communication, on n'a pas de, on n'a pas de restrictions ».	L.22-23 « avec un ton(rire), un volume sonore moins important » L.23 « ça dépend vraiment comment est l'enfant »
Le non-verbal	L.53-54 « tout ce non-verbal, tout ce qui est comportement, tout ce qui est regard, [...] l'enfant capte tout quoi. » L.55 « c'est un filtre émotionnel un enfant. »	L.17-18 « j'adapte ma gestuelle » L.18-19 « mettre la main sur l'épaule de l'enfant ou sur sa main » L.19 « ça le met en confiance, euh ça le rassure » L.30-31 « quand il y a la présence des parents, [...], faut mesurer ses gestes » L.31-32 « faire très attention de, de ne pas dépasser une barrière qui, qui est propre à,	L.37-38 « tout ce qui est le contact aussi, le portage dans les bras » L.39 « le peau à peau » L.42-43 « notre mimique, nos yeux, notre visage, nos sourires, nos étonnements, on fait nos mimiques, on exagère un peu. » L.60 « le non verbal, il ne ment pas » L.63 « Le bébé va sentir si on n'est pas juste » L.63-64 « on se doit d'être intègre et juste »	L.26 « il peut aussi y avoir du toucher » L.28-30 « il y a tous ces temps d'espaces où il peut y avoir des temps de blanc comme ça, où peut émerger aussi la communication du bébé. » L.40 « il peut être soit un soutien, soit faire défaut » L.42-44 « avant de communiquer de manière verbale, déjà être attentif à, à ce qu'on ressent et ce qui

		propre à chaque individu dont les parents » L.33-34 « si il y a la présence des parents, moi j'évite la communication non verbale. »	L.65-66 « ils sentent absolument tout, et c'est pour ça aussi qu'ils réagissent par rapport à l'état émotionnel de leurs parents. » L.85 « Si on a trop de masques, on est rapidement démasqué par le bébé »	est traversé aussi dans notre corps » L.47-49 « d'être complètement disponible et de pouvoir, oui un peu filtrer notre posture et peut être de l'avoir travaillée (rire), au préalable (rire).
Les distractions	L.65-66 « quand tu joues avec un enfant, tu, tu mets en confiance parce qu'en fait [...], il t'insère dans son cercle de jeu. » L.74-75 « je trouve que la dimension du jeu, en fait enlève la, déjà enlève le stress à l'enfant parce qu'en fait il est plus dans le domaine du soin »	L.54-56 « ça établie la relation de confiance pour le coup d'avoir, de, de l'amuser » L.57-58 « si l'enfant euh, est content en fait, il va être plus à même à avoir confiance en, aux soignants. »	L.93 « presque polluer » L.96 « ce qui est le plus important, c'est finalement la voix, c'est notre visage » L.97-98 « c'est ce qu'on a, le plus simple » L.109-111 « le plus important c'était l'exploration et on explore pas énormément quand on est rempli de plein de trucs	L.56 « je pense que le bruit et les lumières ont un impact très important » L.57-58 « On ne fait pas un soin où on a besoin d'une grande luminosité, c'est plutôt feutré. Les sons, pareil. On n'a pas de jeux sonores ou très peu » L.59-60 « L'idée, c'est plutôt d'être avec un objet et voir toutes les modalités

	L.81-82 : Moyen en fait, de détourner l'attention du soin, tout en lui disant attention quand même. »		qui arrivent directement dans la figure. » L.126 « Mais avoir du vide, c'est pas, c'est pas du vide en soi » L.137 « des choses assez simples mais essentielles. »	pour pouvoir l'utiliser plutôt qu'une multitude »
--	---	--	---	---

L'enfant au cœur du soin

Sous Thèmes	Entretien n°1 : Orchidée	Entretien n°2 : Lavande	Entretien n°3 : Tulipe	Entretien n°4 : Lilas
Le développement de l'enfant	L.102-103 « je pars du principe qu'il faut toujours expliquer » L.111-112 « faut lui expliquer, faut détendre, donc faut l'amener par le jeu à ce qu'il te donne son doigt » L.118-119 « Ça dépend en fait de l'adhésion de, de l'enfant [...] l'adhésion des parents aussi. »	L.63-64 « plus l'enfant du coup, grandi, plus [...] on est moins dans le jeu. » L.65 « on est plus réaliste en fait dans, dans l'acte de soin. » L.70-71 « je dis plus facilement les choses à un jeune, à un adolescent qu'à un petit de 3 ans »	L.165 « on s'ajuste en regardant, et en ayant les parents à côté » L.170 « c'est en fonction quand même là où il en est, la problématique » L.173-175 « on va construire petit à petit, selon ce que le bébé montre, son intérêt à son environnement, là où il en est lui au niveau moteur, et on va l'amener à découvrir. » L.178-179 « on initie à cette exploration en proposant peut être des	L.71-72 « change en fonction du développement et en fonction de tout [...] s'adapte à chaque famille. » L.74-75 « on essaie de proposer des choses, pas au-delà de ses compétences, toujours, quitte à réajuster dans un deuxième temps » L.80-81 « On ne peut pas dire un bébé égal un stade, égal une attitude » L.82-84 « si la préoccupation des parents est ailleurs, on va être

			nouveautés aux parents, afin de les rassurer. »	plutôt dans la préoccupation des parents. On va entendre ça plutôt que de répondre juste à l'âge de développement du bébé. » L.86-88 « pour pouvoir l'adapter, le plus simple, c'est d'être avec, de se rencontrer, euh, de voir quels sont les échanges avec le bébé, d'être vraiment à l'écoute de ce que disent les parents. »
Les droits de l'enfant hospitalisé	L.125-126 « je ne toucherai jamais un enfant s'il est tout seul » L.128-129 « Il faut que, qu'il te donne son accord,	L.75-76 « je m'adapte en fait au caractère de l'enfant et pas aux droits de l'enfant forcément ».	L.184-185 « les parents doivent être tous les deux d'accord pour que leur bébé soit pris en charge ici »	L.97-98 « On a la charte de l'enfant, des droits de l'enfant qui est dans le livret d'accueil »

	pour que tu puisses travailler avec lui » L.129-130 « chez un enfant, généralement si tu n'as pas son aval, tu peux rien faire » L.130-131 « il faut respecter l'enfant, et puis même, pour sa construction future, pour l'adulte qu'il va devenir » L.138 « il faut que les parents soient d'accord. » L.140 « Tu peux pas aller contre la volonté de, de celui qui est soigné »	L.80 « j'adapte mon comportement à la situation »	L.188 « on respecte l'intégrité de l'enfant » L.192-193 « créer un climat de, oui de confiance, que ce soit pour le bébé ou pour ses parents »	L.102 « on va lui parler, on va lui expliquer. On va lui proposer de participer » L.110-112 « beaucoup plus difficile d'avoir le consentement. Parce que, parce que c'est déjà comprendre ce qui est nécessaire pour soi, ses limites. C'est compliqué comme notion pour les enfants. Nous, on va s'appuyer sur les parents, mais aussi ce qu'on observe des bébés. » L.115 « peut-être que de partir des besoins du bébé, on répond déjà un peu à ses droits. »
--	--	--	--	---

La relation de soin

Sous thèmes	Entretien n°1 : Orchidée	Entretien n°2 : Lavande	Entretien n°3 : Tulipe	Entretien n°4 : Lilas
Le soin	L.169 « calme » L.169-168 « il faut pas arriver pressé » L.170 « empathie » L.171 « faut pas la juger » L.174 « douceur » L.175-176 « un soin ça doit pas être brusque, ça doit pas être brutal »	L.102 « douceur » L.102 « animation » L.103 « empathie »	L.265 « processus » L.265-266 « période de transition » L.270 « regain d'autonomie » L.271 « attention et empathie » L.276 « Rencontre »	L.180 « rencontre » L.180-181 « ça entend de l'écoute, de la posture, de la disponibilité. » L.181 « espace-temps » L.182 « en équipe. C'est encore plus riche » L.188 « temporalité » L.189 « C'est un processus, le soin. » L.189-191 « C'est comment on le fait sien. Comment le patient l'expérimente, et peut le moduler. Comment il peut s'appuyer sur le soignant. »

La place des parents dans le soin	L.152-153 « quand quelqu'un qui te stresse par-dessus, c'est pas évident non plus. » L.154 « Mais pour l'enfant, en fait ce qui était bien c'est qu'il ait un espace paisible » L.155 « on a fini par mettre la maman dehors d'ailleurs. » L.156-157 « votre enfant est beaucoup plus détendu, beaucoup plus réceptif à son soin quand vous n'êtes pas là » L.159 « il faut arriver à adapter en fait la place de chacun au moment du soin. »	L.92-93 « là actuellement on a un petit de 3ans, où la situation relationnelle donc, infirmière/parents est très délicate » L.93-94 « absence de communication » L.99 « on différencie bien la famille, de l'enfant. »	L.233-234 « si les parents eux-mêmes ont été très abîmés dedans, il n'y a peut-être même plus trop de capacité de se mettre à la place de l'autre, et donc, ils font peut-être comme on a fait avec eux. » L.252-253 « on prend soin aussi du petit bébé dans le parent ici, pour qu'il puisse s'identifier avec ce que fait mon bébé » L.256 « il y a quand même une compréhension et peut-être un accompagnement » L.258-260 « comment le comprendre et comment le mettre en place, euh quand on n'a peut-être pas les	L.131 « on a pris du temps » L.131-132 « c'est de les accompagner au mieux, d'expliquer au mieux. » L.137-138 « Parce qu'on s'adresse au bébé mais sans son parent c'est compliqué. » L.142-144 « c'est vrai que c'est très très délicat. De savoir si, si on peut s'adresser directement au bébé, à l'enfant, sans le parent » L.171-173 « C'est important d'écouter le parent dans ce qu'il décrit des difficultés de son enfant. Et de l'accompagner dans le
---	--	---	--	--

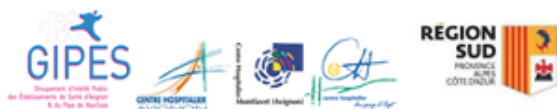
			capacités et c'est à que des fois, il faut peut-être des aides à l'extérieur pour aider cet enfant et ses parents à pouvoir être parent. »	cheminement. Et de respecter ce qu'il voit de son enfant. Et pas de le mettre à l'écart »
La confiance dans la relation de soin	L.179 « c'est le jeu » L.180-181 « si tu arrives à jouer avec lui, c'est qu'il t'a accepté dans son cercle de jeux »	L.106-107 « le moyen pour moi, c'est la communication verbale ou non verbale. »	L.278-279 « pouvoir rencontrer l'autre, là où il est c'est de le rassurer » L.282-283 « cette contenance, euh le plus rassurant possible, avec des limites où il peut naviguer là-dedans » L.284-285 « c'est ça dans la rencontre d'un enfant, de le mettre en sécurité et de pouvoir, et de pouvoir faire sentir qu'il puisse se sentir de plus en plus en confiance »	L.196 « ce que je vais soutenir, c'est que le bébé puisse s'appuyer sur son parent » L.197-199 « Je vais donner les conditions au parent d'être le plus sécurise possible, pour qu'il puisse être le plus sécurise possible pour son bébé. Et il n'y a que là que je vais pouvoir aller vers le bébé. » L.201-203 « ça va rejoindre la temporalité, mais ça va être dans la,

				dans la répétition, et dans la euh, la continuité qu'on va pouvoir offrir, qu'on va pouvoir créer un climat de confiance et du coup de soin » L.207-208 « porter une attention à ce moment de la rencontre. » L.215-216 « Mais si déjà on accueille la souffrance du parent, je pense que ça permet d'accéder au bébé. »
Le rôle de l'infirmière dans la relation triangulaire	L.190 « Alors moi la place, euh, ben elle, elle est en retrait » L.190-191 « je suis qu'un intervenant » L.191 « je privilégie la relation parent/enfant »	L.110 « je reste sur ma place de, de soignant. » L.111 « je fais bien la différence entre chaque, chacun. Chacun à son rôle. »	L.288 « je me tiens comme un soutien pour, pour les deux » L. 292-294 « on cherche ensemble à pouvoir trouver comment, comment tisser ce lien »	L.225-226 « On est à l'endroit de (silence) de l'accueil de la souffrance et du portage psychique. » L.231 « disponible »

	L.199 -201 « je suis un petit point à côté de la ligne, voilà qui peut interférer de temps en temps dans, dans la relation pour communiquer avec les parents. »	L.113 « il faut vraiment rester sur sa place de soignant, parce que sinon c'est là qu'on se perd »	entre elle et son bébé de la meilleure manière possible, sans que ça puisse euh, l'impacter dans ce processus maternel qui est en train, donc parental, qui est en train de naître en elle » L. 310-311 « on est pas là pour, pour enlever quelque chose qui lui appartient, et qui est en train de naître »	L.232 « on est (silence) euh, un appui important pour cette triangulation » L.233-234 « on sait qu'on va pouvoir échanger, dans une, oui, dans une confiance dans le soin, une acceptation » L.251-252 « quand on a en tête un patient, et qu'on connaît un peu son fonctionnement, ses habitudes et qu'on raccroche à la fois d'avant. Et beh, forcément ça peut que mieux se passer sur les soins » L.253-254 « on a la chance aussi, de pas trop tourner là, l'équipe, ça aussi ça
--	--	---	--	---

				fait, je pense, la différence. »
--	--	--	--	-------------------------------------

ANNEXE 9 : Autorisation de diffusion du TEFÉ



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) : **BLANQUER Flavie**

Promotion : **2023-2026**

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 :

(Titre du TFE) **La communication au cœur de la triade parent-enfant et soignant**

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 **14/05/2026** Signature :

La communication au cœur de la triade parent, enfant et soignant

Résumé : Mon travail de fin d'étude porte sur la communication au sein de la triade parent, enfant et soignant. Il s'agit d'un élément essentiel pour établir un climat de confiance, afin d'assurer un soin et un accompagnement de qualité. Lors d'une situation vécue en stage, je fus interpellée par l'impact que la communication pouvait avoir sur l'enfant et son parent lors d'un soin. La question de départ posée est : « En quoi les modes de communication au sein de la triade, impactent la relation de soin ? ». Mon cadre de référence met en avant les modes de communication, l'enfant au cœur du soin, ainsi que la relation de soin. Puis, l'enquête exploratoire qualitative centrée sur une méthode clinique a permis de recueillir des données au cours d'entretiens semi directifs auprès de quatre infirmières. L'analyse de ces entretiens souligne l'importance d'adapter sa communication ainsi que sa posture en fonction du profil de l'enfant, de sa problématique, de sa situation familiale, ... De plus, elles mettent en avant différemment la place du parent dans cette relation de soin. Pour conclure, la communication est un pilier important au sein de la triade favorisant l'implication des parents, le lien de confiance et la coopération de l'enfant.

Mots-clés : Communication, Relation de soin, Triade, Enfant, Confiance

Nombre de mots : 203

The communication at the heart of the triad parent, child, and caregiver

Abstract : My end of course assignment is about the communication within the triad parent, child and caregiver. This is an essential element to build trust, in order to insure quality care and support. To give an example which occurred during my work placement, I witness the impact of the communication between the child and their parents during a medical care. The research question emerged « To what extent the ways of communication within the triad impact the caregiving relationship. My reference framework insists on the ways of communication, the child at the heart of care, as well as the caregiving relationship. Then, the field study was focused on a clinical method, it allowed to collect data during semi-structured interviews with four nurses. The analysis of these interviews underline the importance to adapt her communication, and her medical posture to suit child's profile, her problematic and her family situation. Furthermore, they emphasise differently the parent's place in the caregiving relationship. In conclusion, the communication is an important pillar within the triad encouraging the implication of parents, the bond of trust, and the child's cooperation.

Keywords : Communication, Caregiving relationship, Triad, Child, Trust

Number of words : 182