



Juliette
ROTH

Promotion 2023 - 2026

I.F.S.I. de l'E.R.F.P.P.

G.I.P.E.S d'Avignon et du
Pays du Vaucluse

Au-delà des idées reçues, une relation de confiance à construire

Unité d'enseignement : 5.6.S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 26/05/2026

Note aux lecteurs et lectrices :

« Nous ne voyons pas les choses telles qu'elles sont, nous les voyons telles que nous sommes »

- Anaïs Nin

REMERCIEMENT

Je tiens tout d'abord à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée tout au long de la réalisation de ce mémoire, mais également durant ces trois années de formation en soins infirmiers.

Je remercie ma directrice de mémoire, Mme Viau, pour son accompagnement, ses conseils et sa disponibilité tout au long de ce travail.

Je souhaite également remercier les soignants ayant accepté de participer à mes entretiens, pour leur temps, leur bienveillance et le partage de leurs expériences qui m'ont permis d'enrichir ma réflexion.

Je remercie l'ensemble des équipes soignantes rencontrées lors de mes stages, qui m'ont transmis leurs connaissances, leurs expériences et leur passion du métier. Chaque stage m'a permis d'évoluer aussi bien sur le plan professionnel que personnel.

Un grand merci à ma famille et à mes amis pour leur soutien, leur patience et leurs encouragements durant ces années d'études. Enfin, je remercie toutes les personnes qui ont cru en moi et m'ont accompagnée dans la construction de mon projet professionnel.

Table des matières

1	INTRODUCTION	1
2	SITUATIONS D'APPEL.....	2
2.1	DESCRIPTION DE LA SITUATION	2
2.2	QUESTIONNEMENT	4
3	QUESTION DE DEPART.....	6
4	CADRE DE REFERENCE	6
4.1	L'ENFANT	6
4.2	LA PARENTALITE	8
4.3	LES REPRESENTATIONS SOCIALES.....	9
4.4	LA RELATION TRIANGULAIRE	10
4.3.1	<i>La relation soignant/enfant/parent (triade).....</i>	<i>11</i>
4.3.2	<i>Rôle de l'infirmière et des parents lors de l'hospitalisation d'un enfant</i>	<i>12</i>
4.5	SYNTHESE DU CADRE DE REFERENCE	13
5	ENQUETE EXPLORATOIRE	15
5.1	OUTILS UTILISES	15
5.1.1	<i>La méthode clinique</i>	<i>15</i>
5.1.2	<i>L'entretien semi-directif.....</i>	<i>15</i>
5.1.3	<i>Population et lieux d'enquête.....</i>	<i>15</i>
5.2	ANALYSE DES RESULTATS.....	16
5.2.1	<i>Analyse comparative des entretiens.....</i>	<i>16</i>
5.2.2	<i>Analyse croisée</i>	<i>22</i>
5.3	LIMITES DE L'ENQUETE	26
6	PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE DE RECHERCHE	26
7	CONCLUSION.....	28
8	BIBLIOGRAPHIE	29
9	SOMMAIRE DES ANNEXES	30

1 Introduction

Ce travail de fin d'étude débute par une situation vécue lors de mon stage en pédiatrie. Cette situation concernait un soin réalisé auprès d'un nourrisson hospitalisé pour une bronchiolite, dans un contexte familial et social complexe. Les parents étaient peu présents et difficilement joignables, ce qui a amené l'équipe soignante à réaliser le soin en leur absence. Cette expérience m'a particulièrement marquée et m'a questionnée sur la place des parents lors de l'hospitalisation de leur enfant, mais aussi sur les représentations sociales que les soignants peuvent avoir face à certaines situations familiales.

Durant ma formation, j'ai pu observer que la prise en charge en pédiatrie est complexe, elle ne repose pas uniquement sur les soins techniques, mais également sur la relation soignant/enfant/parents. Cette relation nécessite une adaptation constante de la posture soignante afin de préserver une relation de confiance tout en assurant la sécurité et le bien-être de l'enfant. Cependant, certaines situations peuvent venir fragiliser cet équilibre, notamment lorsque les parents présentent des difficultés sociales, éducatives ou relationnelles.

Cette situation m'a donc amenée à réfléchir sur l'influence que peuvent avoir les représentations sociales sur la manière dont les soignants perçoivent les parents et interagissent avec eux dans le cadre des soins. Je me suis interrogée sur la capacité du professionnel à maintenir une posture bienveillante sans porter de jugements malgré ses représentations, ses émotions et son vécu.

Afin d'approfondir cette réflexion, j'ai effectué des recherches qui ont amené à la construction de mon cadre de référence autour de plusieurs concepts : l'enfant, la parentalité, les représentations sociales et la relation soignant/enfant/parent. J'ai ensuite réalisé une enquête exploratoire, à travers quatre entretiens semi-directifs réalisés auprès d'infirmiers, infirmières et puéricultrices travaillant dans différents services pédiatriques.

Dans un premier temps, je présenterai la situation d'appel ainsi que le questionnement qui en découle. Ensuite, j'aborderai le cadre de référence permettant d'approfondir les différents concepts de ce travail. Enfin, je présenterai l'enquête exploratoire, l'analyse des entretiens puis la problématique ainsi que l'hypothèse de recherche.

2 Situations d'appel

2.1 Description de la situation

J'effectue mon deuxième stage de deuxième année de formation en soins infirmiers dans le service de pédiatrie d'un hôpital du Vaucluse. Le service pédiatrie a une capacité de 25 lits et jusqu'à 43 lits en période de bronchiolite.

Le service est divisé en 2 secteurs, un secteur de médecine générale qui accueille les enfants de 2 semaines à 4 ans de mars à novembre et de 2 semaines à 2 ans de novembre à mars (période de bronchiolite) et 1 secteur de chirurgie qui accueille des enfants de 2 à 15 ans. Ce service médico-chirurgical permet de prendre en charge des pathologies médicales aiguës et chroniques ainsi que les chirurgies orthopédiques, abdominales et urinaires. L'équipe est constituée d'infirmières puéricultrices (IPDE), d'auxiliaires de puériculture (AP), d'ASH, de psychologues, d'assistantes sociales, de diététiciennes, de kiné, d'une éducatrice jeunes enfants et d'une enseignante.

Durant ma 1 semaine de stage, nous sommes le matin, je tourne avec une IPDE que je nommerai Agathe et une AP que je nommerai Rose. Nous sommes affectées au secteur de médecine où se trouve Alia. C'est un nourrisson de 5 mois, hospitalisé pour une bronchiolite depuis 4 jours. Alia est née à terme, dans la maternité du même hôpital. Après sa naissance, elle a été hospitalisée pour sevrage en néonatalogie pendant 1 mois. En effet, durant la grossesse la maman a consommé du Tramadol, du cannabis et autres substances prétendant ne pas pouvoir dormir sans. Alia a un frère et une sœur placés en famille d'accueil. La famille est suivie par l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) qui passe 2 fois par semaine au domicile de la famille, et ce même pendant l'hospitalisation d'Alia.

Les parents sont présents le plus souvent la nuit, auprès de leur fille, et restent ouverts aux différents conseils des soignants. Ils alternent leur présence auprès d'Alia, généralement la maman passe 2h dans la journée pour voir Alia. C'est une maman de 3 enfants, malgré tout, ses gestes ne sont pas assurés, elle a du mal à faire les soins de base surtout qu'Alia est porteuse d'un optiflow ce qui complexifie les soins. La maman s'occupe de sa fille c'est-à-dire qu'elle lui donne ses biberons, la change et lui fait beaucoup écouter des comptines en arabe. Elle passe le reste du temps dans le lit avec son téléphone, Alia à ses côtés. La maman n'est pas véhiculée il arrive parfois qu'elle ne puisse pas venir, soit parce que personne ne peut l'accompagner soit parce qu'elle n'est pas disponible. Le papa quant à lui, arrive vers 18h et reste jusqu'à 7h du

matin. Le papa dit être plus assuré et plus proche d'Alia, il veut nous montrer qu'il sait faire parfois un peu trop.

Lors de ma première semaine de stage, du fait de l'absence des parents, la journée, le personnel soignant m'a confié en soin Alia, je m'occupe des soins de confort (changement de couche, biberon...) et quand elle pleure j'essaye de la calmer.

Lors de mon 2^{ème} jour de stage, le pédiatre prescrit la pose d'une sonde nasogastrique (SNG), afin de pallier la prise de biberon car en effet, la bronchiolite a beaucoup affaibli Alia, et de ce fait elle n'arrive plus à téter correctement. De plus, elle est sous optiflow, (oxygénothérapie nasale à haut débit) depuis son arrivée pour détresse respiratoire et désaturation. Les soins en pédiatrie se font généralement en salle de soin et toujours en binôme, c'est-à-dire la IPDE se concentre sur son soin et l'AP maintient et divertit l'enfant. De plus, la particularité en pédiatrie est aussi l'implication des parents dans les soins. Donc, ce jour-là, nous nous rendons dans la chambre pour informer la maman que nous allons procéder à la pose de la SNG, cependant la maman n'est pas présente. Compte tenu de l'activité du service Agathe prend la décision de la poser en chambre sans la maman, car nous ne savons pas quand elle va revenir. Après ce que j'ai pu observer sur les soins en pédiatrie, je me suis demandée si on aurait dû attendre la maman. La maman arrive au milieu du soin, elle nous demande ce que l'on fait donc une fois la sonde posée, Rose lui explique pourquoi on lui met une sonde, comment bien prendre sa fille dans les bras sans tirer sur la sonde et l'importance de nous prévenir si elle doit la changer afin de l'accompagner dans ses gestes.

Le lendemain matin, lors du tour du matin à 8h00, arrivées dans la chambre avec Agathe et Rose, Alia pleure dans les bras de sa maman qui nous dit qu'Alia est fatiguée. Nous constatons que les sondes de l'optiflow et la SNG ne sont plus en place. La maman gênée, nous explique qu'elle a dû procéder à la toilette de sa fille, du fait d'une selle importante. Je lui demande pourquoi elle ne nous a pas appelés, comme nous lui avions suggérer la veille, elle me répond qu'elle ne voulait pas nous déranger. Agathe, un peu agacée, se dirige vers la petite fille pour voir ce qu'elle peut faire. Alia a les sondes de l'optiflow et la SNG dans le dos, sous son body ce qui la rend inconfortable. Surprises par la position des dispositifs médicaux, je lui demande pourquoi sa fille est inconfortable selon elle, elle me répond que cela fait une heure qu'elle pleure et qu'elle n'avait pas remarqué qu'elle avait mal positionné les dispositifs mais qu'elle pleurait avant même qu'elle ne la change car elle est fatiguée. La maman est plutôt agacée des pleurs de sa fille, elle la berce rapidement en la serrant dans ses bras. Agathe lui explique qu'il va falloir tout remettre en place. Elle tente alors de s'approcher d'Alia, afin de repositionner les dispositifs, mais celle-ci continue de pleurer, accentuant ainsi ses signes de lutte et sa dyspnée.

La maman paniquée, essaye de la calmer en la serrant contre elle mais cela nous empêche de faire le soin correctement et accentue l'inconfort de la petite fille. Agathe demande à plusieurs reprises à la maman, de mettre Alia dans son lit afin de faciliter la mise en place des dispositifs, la maman insiste pour la garder sur elle et refuse de la mettre dans son lit en disant qu'elle va s'endormir plus rapidement dans ses bras et qu'elle arrivera à la calmer. Malgré les tentatives, la position du nourrisson ne permet pas à Agathe d'effectuer un geste efficace. À cet instant, j'ai ressenti un sentiment d'impuissance face à la situation, pouvais-je prendre Alia des bras de sa mère pour la calmer afin de procéder au soin ? Mon statut d'étudiante me permet-il de prendre une telle décision ? Agathe prend alors la décision de la prendre des bras de la maman en exprimant son impatience en disant « *bon je n'y arrive pas, donnez-la-moi* » sans laisser le choix à la maman. La maman ne réagit pas et se lève en se positionnant face au lit à barreaux. Une fois sur le lit, Alia se calme et on a pu l'immobiliser en sécurité afin que la puéricultrice lui repositionne sa sonde. Une fois le soin terminé, Alia se calme et Rose lui donne sa tétine. Agathe redit à la maman qui est assise sur son lit, que si elle a besoin d'aide de ne pas hésiter à sonner pour éviter de reproduire cette situation.

2.2 Questionnement

Cette situation vécue lors de mon stage m'a amené à réfléchir sur de nombreux aspects de la prise en charge en pédiatrie. De plus, durant la formation, je n'ai reçu aucun enseignement sur la pédiatrie et l'implication des parents dans le soin. En effet, c'était mon premier contact avec les enfants hospitalisés et l'implication des parents dans un soin. Donc, dans un premier temps, je m'interroge sur la notion de parentalité. En effet, il me semble évident au regard de ma situation de définir ce concept, avant de m'intéresser au rôle et à la place des parents lors de l'hospitalisation d'un enfant. De ce fait, cela m'a amené à me questionner non seulement, sur la place et le rôle des parents lors d'un soin mais aussi sur les limites. Est-ce toujours bénéfique pour l'enfant ? Si on se réfère à ma situation, je constate que la présence de la maman, lors du repositionnement des sondes, n'apaise pas Alia. Il se peut donc que la présence des parents soit un frein au bon déroulement du soin. Par conséquent, comment en tant que soignant faire en sorte que le parent soit un levier dans la relation soignant/soigné/parents ?

En effet, comme le dit Thomas Bonnet : « *La présence continue d'un parent est encouragée dans le service afin d'avoir des enfants, comme l'exprime la cadre, "moins angoissés, ce qui facilite les soins* ». Le soignant est là pour prodiguer les soins que les parents ne peuvent pas effectuer. Leur rôle est aussi d'essayer d'expliquer le soin au parent présent et à l'enfant tout

en essayant de les convaincre à ne pas assister aux actes invasifs ou douloureux qui ne sont pas forcément agréables à vivre mais nécessaires pour l'enfant. Cependant les soignants n'ont pas la capacité de leur interdire de rester.

Les parents jouent un rôle clé dans le bien-être de leur enfant hospitalisé. Leur présence offre à l'enfant un sentiment de sécurité et de repère dans un lieu inconnu. Ainsi leur présence favorisera une prise en charge médicale optimale pour l'enfant, car seul le parent connaît intimement son enfant et permettra d'individualiser et de personnaliser les soins.

On peut se demander en quoi la place des parents dans la triade permet d'optimiser le bon déroulement d'un soin. En effet, comme dit précédemment les parents peuvent jouer un rôle primordial dans le soin, ils peuvent rassurer l'enfant, le distraire mais le parent peut aussi communiquer son angoisse, son stress à son enfant. Je me suis donc interrogée sur les conduites que les parents peuvent avoir et qui peuvent impacter le déroulement d'un soin. Dans ma situation, nous savons que la famille est suivie par l'ASE et que la fratrie a été placée pour donner suite à une décision judiciaire. Je peux m'interroger sur l'impact que cela peut avoir sur les émotions d'Alia, mais aussi me questionner sur les préjugés de l'équipe soignante.

Je me suis donc questionnée sur la manière dont le soignant peut créer une relation de confiance avec des parents dont les enfants sont sous la protection de l'ASE ? Il ne s'agit pas de porter un jugement mais de comprendre comment les soignants passent outre leurs représentations, leurs préjugés et leurs valeurs afin d'éviter la stigmatisation et ainsi favoriser la relation soignant/enfant/parents. En pédiatrie, la place du parent est pourtant essentielle, aussi bien pour le soin que pour le bien-être de l'enfant. La qualité du lien de confiance entre les soignants et les parents permet la continuité, la qualité et la sécurité des soins. Cependant, comment et quels moyens le soignant met-il en place ? Existe-t-il un risque que le professionnel adopte inconsciemment une attitude de distance, de méfiance ou de jugement ?

Dans la situation que j'ai vécue, je me demande si le fait de ne pas avoir attendu la mère avant la pose de la sonde aurait été la même si elle n'avait pas été suivie par l'ASE. Peut-être l'aurait-on attendue dans un autre contexte. En même temps, je réalise qu'attendre son arrivée aurait pu retarder le soin et nuire au confort d'Alia. Cette réflexion me questionne sur la manière d'équilibrer la bienveillance et la posture professionnelle, tout en tenant compte des besoins immédiats de l'enfant.

Cette situation m'a permis de prendre conscience que, même en tant que future infirmière, je peux être influencée par mes propres a priori ou par ceux de l'équipe. Cette situation m'a

questionné sur la manière d'équilibrer la bienveillance et la neutralité professionnelle, tout en tenant compte des besoins immédiats de l'enfant.

Lors de ce stage j'ai été amenée à prendre en charge plusieurs enfants et j'ai pu observer que quel que soit leur âge, ils réagissent très différemment à la présence des soignants : certains sont craintifs, d'autres plus confiants ou curieux. Selon notre attitude, notre ton de voix, notre posture ou encore notre manière d'approcher l'enfant, la relation peut se construire dans la confiance ou au contraire dans la peur.

Cette observation m'a amenée à réfléchir à ma posture professionnelle : comment être à la fois bienveillante, sécurisante et efficace dans les soins, sans imposer ma présence ni banaliser la peur de l'enfant ?

Travailler auprès d'enfants implique une adaptation constante car chaque enfant réagit différemment bien que les soins soient identiques. Cette posture demande de s'ajuster selon l'âge, la compréhension et l'état émotionnel de l'enfant, mais aussi selon la présence ou non de ses parents. Par exemple, avec un nourrisson, le regard, le ton de la voix ou le toucher sont des éléments essentiels de communication. Avec un enfant plus grand, le dialogue, la préparation au soin et le fait de prendre en compte ses émotions sont primordiaux. Trouver le bon positionnement, c'est donc savoir écouter, observer, rassurer et expliquer, tout en maintenant un cadre sécurisant et professionnel. C'est aussi reconnaître la place des parents comme partenaire du soin pour accompagner au mieux l'enfant, et préserver son sentiment de sécurité.

Ce questionnement m'a montré que la posture d'infirmière ne se limite pas à la technique : elle repose sur la qualité de la relation, la bienveillance et l'adaptation. Savoir se positionner, c'est finalement donner du sens au soin, en plaçant l'enfant au cœur de la prise en charge.

3 Question de départ

En quoi les représentations sociales influencent-elles la relation soignant/enfant/parents ?

4 Cadre de référence

4.1 L'enfant

Étymologiquement le mot « enfant » vient du latin *infans*, qui signifie « celui qui ne parle pas ». Dans la Rome antique, ce terme désignait le très jeune enfant, encore incapable de parler. Avec

le temps, le sens du mot s'est élargi pour désigner toute personne dans la période de l'enfance. Historiquement, ce n'est qu'à partir du XVII^e siècle que l'enfance est reconnue comme période distincte nécessitant éducation et prévention, donnant ainsi au fil des années, à une reconnaissance juridique des droits de l'enfant. La charte de l'enfant hospitalisé a été réalisée en 1988 par 12 associations européennes, elle rappelle que l'enfant a besoin de la présence d'un de ses parents pour son bien-être et pour sa sécurité affective, que l'enfant doit être informé de manière adaptée à son âge et à sa compréhension, que les soins doivent être réalisés dans le respect de son intimité, de sa dignité et de son rythme. Ainsi, l'enfant est mis au centre de son hospitalisation, comme un sujet et non seulement comme un patient.

Selon l'UNICEF, l'enfant est défini comme tout être humain âgé de moins de 18 ans. De ce fait, cette période de vie nécessite une protection et un accompagnement particuliers afin de favoriser le développement mais aussi le respect des droits fondamentaux. Cette définition peut être complétée par celle de l'OMS : « *Un enfant est un jeune être humain en cours de développement et dépendant de ses parents ou d'autres adultes... comme la période de la vie humaine allant de la naissance à 18 ans* ».

Donald Winnicott, pédiatre et psychanalyste, insiste sur le développement du nourrisson, mettant en évidence l'importance de l'environnement dans la construction psychique de l'enfant. Il montre ainsi que son développement dépend essentiellement de la qualité des interactions précoces avec la figure maternelle. Il affirme que « *le potentiel inné d'un enfant ne peut devenir un enfant que s'il est couplé à des soins maternels* » (Winnicott, s.d ; cité dans Vousvoukis, 2014). Ce qui montre que le développement de l'enfant se fait dans un environnement suffisamment sécurisant et adapté à ses soins. Dans *L'enfant et le monde extérieur : le développement des relations*, Winnicott insiste sur l'état de dépendance du nourrisson, surtout au cours de ses premiers mois de vie. Comme il le dit « *un bébé ne peut exister tout seul, il fait essentiellement partie d'une relation* » (Winnicott, 1947, cité dans Psychologue Montpellier, 2019). Ce qui nous montre que l'enfant n'est pas différencié du lien qui l'unit à ses parents, en particulier sa figure d'attache primaire (mère ou personne considérée comme celle-ci).

Donc, nous considérons l'enfance comme une période de développement et de socialisation au cours de laquelle l'enfant se construit cognitivement, affectivement et socialement. De ce fait, compte tenu de cette période de développement, l'hospitalisation peut perturber ce développement mais aussi l'équilibre familial.

4.2 La parentalité

Le terme « parent » désigne le père ou la mère, mais le terme « parentalité » est plus complexe. Ce terme apparu dans les années 1960 dans le domaine de la psychiatrie a évolué au fil des années, différents auteurs l'ont défini de manière différente mettant en avant sa richesse et sa complexité.

Selon Serge Lebovici, pédopsychiatre et psychanalyse, la parentalité est un processus psychique qui se construit lorsque l'on devient parent. Elle ne se limite pas au fait d'avoir un enfant, c'est un travail intérieur qui commence pendant la grossesse. C'est une transformation qui prend du temps, permettant aux individus d'appréhender leur nouvelle identité, celle de devenir parent et de trouver sa place. Elle est influencée par l'histoire personnelle et familiale des parents, de plus elle n'est pas seulement biologique ou juridique. Pour Lebovici, « *on ne devient jamais parent sans redevenir, d'une certaine manière, l'enfant que l'on a été* ». En effet la question de la dimension intergénérationnelle est un point important dans la parentalité, l'histoire personnelle, les relations que les parents ont vécues avec leurs parents, mais aussi les problèmes toujours existants, influencent la façon d'être parent. Lebovici le décrit comme des « *fantômes dans la chambre d'enfant* » pouvant être à l'origine de difficulté dans la construction du lien parent-enfant.

Quant à Gérard Neyrand, sociologue français, dans *Dis Gérard, c'est quoi, la parentalité ?* définit la parentalité plutôt comme une construction sociale, puisqu'elle est influencée par les normes, les valeurs et les attentes que peut avoir la société. De plus, il rappelle que « *la parentalité n'est pas une réalité naturelle, mais une notion historiquement et socialement située* » car en effet, au fil des époques, selon les cultures ou les contextes sociaux, la manière d'être parent est différente ce qui nous montre que la parentalité a plusieurs facettes. Dans son ouvrage *Évolution des représentations de la famille et soutien à la parentalité*, il met en évidence les transformations importantes de la famille moderne. Il rappelle aussi qu'il n'existe plus un modèle familial sur lequel se reposer mais une diversité de configurations familiales : « *la parentalité s'exerce aujourd'hui dans des cadres familiaux diversifiés* ».

Donald Winnicott, pédiatre et psychanalyste, apporte à la compréhension de la parentalité, avec le concept de « mère suffisamment bonne ». Pour lui, il n'y a pas de parent parfait, mais un parent doit répondre aux besoins de manière adaptée « *il faut que la mère puisse s'identifier à son enfant et s'adapter à ses besoins* » (Winnicott, s.d ; cité dans Vousvoulkis, 2014). Pour Winnicott afin que la mère s'adapte aux besoins du bébé il identifie trois fonctions : l'object-presenting : en répondant au bon moment aux besoins du bébé notamment en lui donnant le sein ou le biberon elle permet au bébé de penser que « *l'objet devient réalité au moment où il*

est attendu » (Winnicott, s.d ; cité dans Vousvoukis, 2014), le « holding » et le « handling » ces deux fonctions combinent la façon dont l'enfant est porté et la façon dont il est traité. Ces fonctions permettent à l'enfant de se sentir en sécurité et de se construire progressivement sur le plan psychique et physique. Il développe le concept de la « mère suffisamment bonne » en la désignant comme « *une mère banalement dévouée* » (Winnicott, s.d ; cité dans Vousvoukis, 2014). C'est une mère capable de s'identifier au nourrisson et de s'adapter à ses besoins pour qu'il développe « *un sentiment de continuité d'existence qui est le signe de l'émergence d'un vrai self, un vrai soi* » (Vousvoukis, 2014). De plus, « *un bébé ne peut exister tout seul* » (Winnicott, 1947, cité dans Psychologie Montpellier, 2019), qui met en évidence que la parentalité ne peut pas être dissociée de la relation parent-enfant. Par ailleurs, Winnicott souligne que la parentalité se construit et se transforme progressivement dans le temps : « *elle doit être également en capacité de s'en libérer au fur et à mesure que le bébé grandit, introduisant progressivement le manque nécessaire à l'élaboration du désir* » (Winnicott, 1947, cité dans Psychologie Montpellier, 2019) ce qui permet à l'enfant de faire l'expérience de la frustration et développer son autonomie. Nous comprenons donc que pour Winnicott, la parentalité est un processus d'ajustement constant, qui est influencé par l'histoire des parents mais aussi par sa capacité à répondre aux besoins de l'enfant de manière adaptée.

Catherine Sellenet, sociologue et psychologue, définit la parentalité comme « *un ensemble de liens, de pratiques et de représentations qui s'inscrivent dans une dynamique relationnelle entre le parent, l'enfant et l'environnement* », elle souligne aussi qu'être parent est influencé par des situations qui peuvent nuire à sa qualité comme la maladie, l'hospitalisation ou des situations sociales compliquées. Elle souligne aussi que dans le domaine des soins, la parentalité doit être mise au premier plan, rappelant que lors d'un soin ou d'une hospitalisation la considération du parent est tout aussi importante que celle de l'enfant.

4.3 Les représentations sociales

Le terme de représentation sociale est introduit en 1961 par le psychosociologue Serge Moscovici dans son ouvrage *la psychanalyse, son image et son public*. Elles correspondent à un ensemble de valeurs, de croyances et de connaissances influencées par la société qui permet de comprendre et d'interpréter la réalité qui les entoure. Le psychosociologue les définit comme « *un système de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets sociaux* » (Moscovici, 1961, p.26). Ce ne sont donc pas des idées personnelles, mais d'idées communes, construites en groupe, qui influencent les interactions sociales. Les croyances et les interprétations construites tout au long de nos vies autant personnelle, professionnelle et sociale influencent

les pratiques professionnelles, les attitudes et les interactions entre soignants, enfants et parents. De son côté, Denise Jodelet, psychologue sociale, définit les représentations sociales comme « *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (Jodelet, 2003, p.53). Cette définition permet de mettre en évidence la dimension cognitive mais aussi sociale de ce concept. Comme elle le dit, la visée pratique montre que les représentations permettent d'orienter les attitudes et les comportements des individus. Elles-mêmes sont influencées par les normes et des valeurs issus du contexte sociale et culturel. C'est pourquoi quand une situation ne semble pas normale ou inattendue pour le professionnel, son interprétation des évènements peut être influencée par ses représentations qu'il a construites au cours de sa vie.

Jean-Claude Abric, psychologue, développe la dimension normative, montrant que toute représentation s'organise autour d'un noyau central, constitué d'éléments stables et fortement liés aux valeurs du groupe. Selon lui, « *le noyau central détermine la signification et l'organisation de la représentation* » (Abric, 1994, p.23). Les jugements de valeurs naissent quand ce noyau central entre en conflit avec la réalité, c'est pourquoi elle ne repose pas seulement sur des données concrètes mais aussi sur une comparaison avec une norme que l'on garde en soi. Dans la relation de soin elle peut être traduite par une catégorisation, une installation de distance relationnelle ou une interprétation que l'on se fait d'un comportement.

Cela peut être à l'origine de stigmatisation, ce terme est développé par Erving Goffman, sociologue canadien, permettant de comprendre que certains comportements ou situations peuvent être vues comme négatives dans le contexte social. Selon Goffman, le stigmate est le résultat d'un désaccord avec ce que l'on voit de la personne et ce qu'il est attendu de la personne par la société. Il décrit alors le stigmate comme « *un attribut qui rend l'individu différent de la catégorie dans laquelle on voudrait le classer* » (Goffman, 1975, p.12). Ce n'est donc pas la différence de la personne qui produit la stigmatisation mais ce qui est attendu par la société à son encontre. C'est pourquoi certaines situations comme des difficultés parentales, des pathologies psychiatriques, la précarité sociale, sont catégorisées comme négatives et attisent les jugements et une mise à l'écart.

4.4 La relation triangulaire

J'ai pu observer en pédiatrie l'importance de la relation triangulaire. En effet, chacun des trois acteurs doit être en relation afin d'optimiser le soin. Pour cela, j'aborderai dans un premier

temps la relation soignant/enfant/parents puis j'étudierai le rôle de l'infirmière dans cette relation pour ensuite traiter le rôle des parents lors de la réalisation d'un soin.

4.3.1 La relation soignant/enfant/parent (triade)

Lors d'une hospitalisation pédiatrique, il faut prendre en charge autant l'enfant que son entourage c'est pourquoi on parle de relation triangulaire entre le soignant, l'enfant et ses parents.

En effet, l'entourage de l'enfant va permettre d'exprimer ses besoins, ses émotions et ses symptômes. Ce sont les parents qui vont pouvoir orienter les professionnels de santé ainsi que les pédiatres afin qu'ils comprennent l'état de l'enfant. Comme le soulignent le pédiatre Sébastien Rouget, Mylène Mollier et Katty Scharff, psychologues « *le pédiatre est le médecin de l'infans, qui signifie celui qui ne parle pas. C'est-à-dire à quel point il a besoin des parents pour comprendre et approcher son patient* » (Rouget, Mollier & Scharff, 2018, p.40).

La présence des parents est essentielle au bien-être de l'enfant surtout dans un environnement hospitalier qui peut être source de stress pour l'enfant. Les parents sont là pour rassurer l'enfant et les aider dans la réalisation des soins. Ils sont essentiels à la sécurité affective de l'enfant soigné car ils sont « *les gardiens de sa sécurité affective* » (Rouget, Mollier & Scharff, 2018, p44). Le document *Bien s'installer lors d'un soin (enfant, parent, soignants) pour être confortable et efficace* souligne également l'importance de la présence des parents pendant les soins de l'enfant, comme il est indiqué : « *Tous les textes officiels encouragent la présence des parents lors du soin ou de l'examen de leur enfant* » (Galland, 2013, p.106), permettant de rassurer l'enfant et de limiter ses inquiétudes face à l'environnement inconnu ou synonyme de souffrance pour certains enfants. De plus, elle explique : « *il est utile d'expliquer aux parents que leur attitude, le choix des mots employés peuvent influencer le vécu de leur enfant* » (Galland, 2013, p.109). En effet, les enfants ressentent les émotions de leurs parents, ce qui peut influencer leur comportement, leur anxiété et aussi leur manière d'appréhender le soin. Ainsi, l'attitude parentale joue un rôle important dans la prise en charge : un parent calme et rassurant peut aider l'enfant à se sentir en sécurité et favoriser le bon déroulement du soin, alors qu'un parent inquiet ou stressé peut transmettre son anxiété à l'enfant et accentuer son sentiment d'insécurité.

Françoise Galland explique que les parents souhaitent être acteur de la prise en charge de leur enfant : « *La grande majorité des parents souhaitent accompagner leur enfant lors d'un soin* » (Galland, 2013, p.108). Cependant, même si leur présence est encouragée, certains parents peuvent être réticents à assister à un soin, surtout si celui-ci peut être douloureux ou invasif. Galland insiste sur le fait de ne pas les juger et de se montrer compréhensif : « *l'important est*

d'offrir cette possibilité aux parents mais de ne pas les juger ou les culpabiliser s'ils ne peuvent pas ou ne se sentent pas capable de le faire » (Galland, 2013, p.108). Cela montre l'importance de prendre en considération leurs émotions et leurs limites face à l'hospitalisation de leur enfant, tout en gardant une attitude bienveillante et de ne pas les juger pour ne pas se sentir en capacité de supporter la situation. Ainsi, la place du parent dans la prise en charge de leur enfant ne doit pas être vue comme une obligation, mais comme une opportunité, pour accompagner chaque famille de façon adaptée.

Dans la triade, le soignant joue un rôle d'accompagnant auprès des parents. En effet, certains parents rencontrent des difficultés à trouver leur place ou ne savent pas comment réagir face à la situation. Françoise Galland souligne : *« il est important de donner un rôle aux parents pendant le soin »* (Galland, 2013, p.109) pour qu'ils aient la capacité de participer à la prise en charge de leur enfant et ne pas se sentir dépassés face à un sentiment d'impuissance : *« à défaut, ils peuvent se sentir « perdus, abandonnés, incompetents... » »* (Galland, 2013, p.109)

C'est pourquoi, cette relation triangulaire doit se baser sur une collaboration entre les parents, l'enfant et les soignants, afin que les soins se déroulent dans les meilleures conditions pour chacun des acteurs de la prise en charge. Comme l'affirme Françoise Galland : *« Quand chacun trouve sa place, le soin est confortable et efficace ! »* (Galland, 2013, p.105), en disant cela elle montre que le soin en pédiatrie ne se définit pas seulement sur la réalisation des soins mais aussi sur la coopération entre les parents et les soignants pour le bien de l'enfant soigné.

Cependant, la place des parents lors de l'hospitalisation d'un enfant a mis du temps à être reconnue comme essentielle. En France jusqu'à la fin des années 1960, la présence des parents était perçue comme une difficulté. Selon Marcel Lelong, pédiatre français, les visites des parents perturbaient le rétablissement des enfants et provoquaient de l'agitation. Ce n'est qu'en 1973, avec l'apparition des premières chambres mère-enfant, que cette perception a évolué. Simone Veil, magistrate et femme d'État française, appela ce mouvement « l'humanisation de l'hospitalisation des enfants », et les soignants se rendirent compte que la présence des parents est un élément essentiel dans la prise en charge de l'enfant. Ils favorisent à individualiser les soins et jouent un rôle actif dans les décisions médicales, puisqu'ils en sont les représentants légaux. En coopérant avec les soignants, et après avoir reçu des explications claires sur les soins à réaliser, ils pourront prendre des décisions éclairées pour le bien-être de leur enfant.

4.3.2 Rôle de l'infirmière et des parents lors de l'hospitalisation d'un enfant

Le soignant est là pour prodiguer les soins que les parents ne peuvent pas effectuer. Leur rôle est aussi d'essayer d'expliquer le soin au parent présent et à la l'enfant tout en essayant de les

convaincre à ne pas assister aux actes invasifs ou douloureux qui ne sont pas forcément agréables à vivre mais nécessaire pour l'enfant. Cependant les soignants n'ont pas la capacité de leur interdire de rester au niveau légal. C'est pourquoi, ils doivent non seulement, prendre en compte les angoisses et les besoins de l'enfant mais aussi ceux des parents. Car l'hospitalisation peut placer les parents dans une situation inconnue, les confrontant à un sentiment d'impuissance et dans une position de vulnérabilité face à la détresse de leur enfant. Selon Thomas Bonnet, maître de conférences en sociologie, la pédiatrie repose sur « *une relation triadique entre le soignant, le soigné et le parent* » (Bonnet, 2015, p.223), où chacun d'entre eux doit coopérer afin d'assurer une bonne prise en charge de l'enfant.

Cette collaboration met en interaction deux types de savoirs : le professionnalisme du soignant construit à l'aide de ses connaissances et ses compétences ainsi que l'expérience personnelle des parents et la connaissance de leur enfant. Afin que la collaboration soit efficace, il faut que ces deux formes de savoir soient mises en commun, ce qui permet la construction de ce que Bonnet appelle une « *régulation conjointe* » (Bonnet, 2015, p.224) permettant d'optimiser la prise en charge de l'enfant.

Cependant, cette triade peut être confrontée à des obstacles créant des tensions, étant donné que les attentes et/ou les représentations concernant le rôle de la parentalité peuvent être différentes chez le soignant et les parents. Bonnet montre que dans certains services les équipes soignantes orientent les comportements que les équipes attendent des parents créant ainsi une normalisation du rôle parental. Comme il le dit : « *En définitive, travailler sur le parent pour le modeler à l'image de l'idéal professionnel, en faire un « bon » parent, c'est une tentative de l'équipe soignante pour négocier l'accomplissement du « bon » travail et s'affirmer comme de « bons » soignants* » (Bonnet, 2015, p.234)

Cette relation triangulaire a donc besoin d'un équilibre entre le soignant, l'enfant et les parents, où chacun doit trouver sa place : l'enfant au cœur de la relation et du soin, les parents comme collaborateur du bien-être de leur enfant et les soignants comme responsables de la prise en charge thérapeutique.

4.5 Synthèse du cadre de référence

Ces lectures m'ont permis de mieux comprendre les limites que peut rencontrer la relation triangulaire dans les services pédiatriques. En effet, beaucoup d'éléments peuvent influencer cette relation, non seulement, nos propres représentations mais aussi celles des autres.

La présence des parents auprès de leur enfant lors d'une hospitalisation est indispensable ils représentent la sécurité affective dont l'enfant a besoin pour son bon développement et afin de favoriser une prise en charge plus adaptée et individualisée.

Cependant, afin que cette collaboration soit bénéfique, le soignant doit se remettre en question et regarder la situation dans une posture réflexive, afin de reconnaître que la parentalité ne s'exprime pas de la même manière dans tous les foyers selon les histoires familiales, les contextes sociaux et les expériences de vie.

Le rôle du soignant n'est donc pas de définir ou de normaliser la manière d'exercer la parentalité mais plutôt d'apporter son soutien et d'accompagner les parents afin de favoriser une relation de confiance et une collaboration nécessaire pour le bien-être de l'enfant.

5 Enquête exploratoire

5.1 Outils utilisés

Je vais aborder la méthode de recherche qui m'a semblé la plus appropriée afin d'effectuer cette enquête exploratoire. Je présenterai ensuite l'entretien semi-directif qui représente l'outil choisi et j'expliquerai le choix concernant la population choisie pour cette enquête ainsi que les différents lieux d'enquête.

5.1.1 La méthode clinique

La méthode de recherche utilisée est la méthode clinique. Elle consiste « à la fois à produire des connaissances et à changer les pratiques professionnelles. Le projet se construit avec un groupe d'acteurs de terrain et donne lieu à un contrat entre le chercheur et le terrain. Les données restent locales, car la collecte de données se fait dans l'institution d'appartenance des acteurs professionnels » (Boissart, 2013, p.92).

Le choix de cette méthode se centre sur l'individu, la singularité, la totalité et l'implication. Elle va permettre une étude approfondie d'individus particuliers afin de les comprendre. Ainsi, le chercheur va recueillir des données auprès de l'individu et recevoir les informations, le vécu que l'individu accepte de lui transmettre.

5.1.2 L'entretien semi-directif

Pour réaliser mon enquête exploratoire sur le terrain, j'ai décidé d'utiliser l'entretien semi-directif car, il représente le moyen le plus adapté afin de recueillir des informations auprès de professionnels les plus représentatives et descriptives de leur expérience au quotidien. Cela apporte une libre expression guidée par mes questions des professionnels interrogés en centrant de ce fait leurs discours sur le thème défini au préalable. Mais aussi, « *c'est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes.* » (Imbert, 2013, p.24). Vous trouverez ma grille d'entretien en annexe (cf Annexe III)

5.1.3 Population et lieux d'enquête

Concernant la population choisie, j'ai réalisé mes entretiens auprès de quatre infirmier(e)s diplômés d'état. Je n'ai pas souhaité faire de restrictions de genre, d'âge ou années d'expérience puisque ce n'est pas déterminant pour l'enquête que je souhaitais mener.

J'ai interrogé des infirmiers issus de différents services de santé car cela peut m'apporter des réactions divergentes selon les services.

De ce fait, j'ai fait le choix des services suivants :

- Un service des urgences pédiatriques
- Un service des grands enfants

5.2 Analyse des résultats

Une fois mes entretiens terminés, je les ai retranscrits (cf. Annexe IV), puis dans un premier temps je les ai analysés à l'aide d'un tableau (cf. Annexe V). Pour commencer mon analyse je ferai une analyse comparative des entretiens puis une analyse croisée.

Les thèmes abordés sont :

- Présentation
- La parentalité
- La relation soignant/enfant/parent
- Les représentations sociales

5.2.1 Analyse comparative des entretiens

5.2.1.1 Présentations

Comme dit précédemment, je n'ai pas fait de restriction de genre ni d'âge ni d'ancienneté dans le service, ce qui a permis une diversité des profils.

Nous pouvons constater que certains professionnels ont une expérience plus récente, comme Sophie « *donc puer ça fait cinq ans et infirmière six ans* » (Annexe IV.I ; L.8) et un des professionnels ayant plus d'ancienneté dans le métier : « *Alors je suis diplômé en 94 infirmier et 98 puer* » (Annexe IV.III ; L.6), de plus on peut aussi constater qu'il y a une diversité dans leur parcours, certains ont fait plusieurs services avant de travailler dans celui où je suis allé les interroger et d'autres ont directement travaillé dans ce service après l'obtention de leur diplôme.

Ces entretiens mettent donc en évidence que malgré l'expérience, les valeurs des soignants restent identiques tant sur le fait de la place des parents que dans leur pratique. L'expérience influence donc la prise de recul et les exemples de situations mais n'influence en rien leurs valeurs professionnelles.

5.2.1.2 La parentalité

Nous constatons que leur vision de la parentalité reste similaire, ce qui permet d'en appréhender toute sa complexité. Il s'agit d'un processus évolutif, propre à chaque individu et qui ne répond à aucune norme. En effet, l'une des soignantes, Marie, met en évidence que la relation mère/enfant a des failles, elle ne peut pas se créer instantanément : *« ça commence dès la grossesse ou l'accouchement selon les femmes ou les premières années aussi. »* (Annexe IV. II ; L.16-17) ; *« une fois qu'elles ont accouchés elles ne l'ont pas de suite et c'est ok, ça peut venir après »* (Annexe IV.II ; L.20-21), les autres professionnelles apportent des éclairages permettant de mettre en évidence ce lien qui se construit progressivement : *« ça se fait déjà avant la naissance, en projetant les choses »* (Annexe IV. III ; L.) ; *« ça commence par de la confiance, le temps et la patience »* (Annexe IV. I ; L.) ; *« par contre elle se crée par la relation qu'ils vont entretenir. »* (Annexe IV. IV ; L.). Ces propos recueillis mettent en exergue le fait que la création de ce lien est un processus dynamique, influencé par le temps et les interactions.

De plus, à la question du « bon parent » trois soignants s'accordent pour dire qu'il n'y a pas de définition normative du « bon parent ». Sophie rapporte : *« pour moi il n'y a pas de bons parents »* (Annexe IV.I : L.35-36). Il en est de même pour Marie qui reprend les termes similaires tout en venant enrichir la définition : *« il n'y en a pas. On est chacun un bon parent pour son enfant et on fait du enfin chaque parent fait du mieux qui peut. »* (Annexe IV.II ; L.96-97). Quant à Jean il s'interroge sur « je ne sais pas s'il y a des bonnes manières, des mauvaises manières etc.. » (Annexe IV.III ; L.76-77).

L'ensemble de ces éléments traduit une volonté de non-jugement. Toutefois, en parallèle, certains discours de professionnels laissent entrevoir des attentes implicites à l'égard des parents comme nous le souligne Sophie : *« c'est un parent qui répond aux besoins de son enfant, qui arrive un peu à cerner s'il a mal, s'il est inquiet »* (Annexe IV.I ; L.38-39), complété par Marie : *« il faut de l'amour principalement de l'amour et de la sécurité à donner »* (Annexe IV.II ; L.98), *« c'est celui qui n'écoute pas toutes les c*** qu'il peut lire et entendre »* (Annexe IV.III ; L.73), *« c'est quelqu'un qui est bien traitant et qui est bienveillant... donc qui va être vigilant aux besoins de l'enfant qui va apprendre soin de lui... »* (Annexe IV.IV ; L.27-28 ; L.29-30). Ainsi, bien que les soignants affirment qu'il n'existe pas de « bon parent »,

néanmoins ils expriment de manière implicite certaines attentes comportementales à l'égard des parents susceptibles d'influencer l'évaluation portée sur la parentalité.

Nous pouvons donc constater que les professionnels perçoivent la parentalité comme un processus complexe, singulier et évolutif tout en émettant des attentes professionnelles concernant l'exercice du rôle parental.

5.2.1.3 Relation soignant/enfant/parent

5.2.1.3.1 La place des parents lors du soin

Concernant la place des parents dans la prise en charge de l'enfant, les professionnels interrogés s'accordent pour dire qu'ils sont essentiels au bon déroulement de celle-ci. Pour eux, ils représentent un cadre sécurisant pour l'enfant, Marie nous dit que leur place est : « *Primordial* » (Annexe IV.II ; L.56-57), Sophie quant à elle nous explique : « *je passe toujours par le parent pour après faire un soin* » (Annexe IV.I ; L.57-58). Elles nous montrent alors qu'elles accordent une place importante aux parents lors de la prise en charge de leur enfant ce qui permet de les inclure et de leur laisser la place qu'il leur revient, pour Tristan leur présence est aussi indispensable comme il le dit : « *ils font partie de notre binôme à nous* » (Annexe IV.IV ; L.34). Jean quant à lui exprime l'évolution de la place accordée aux parents au fil des années : « *ça a vraiment évolué, quand je suis arrivé dans le service, les parents devaient sortir pendant les soins* » (Annexe IV.III ; L.90-91), il explique que les pratiques ont évolué pour que les parents soient intégrés aux soins et dans la prise en charge de leur enfant à l'hôpital, il montre que la présence des parents, aujourd'hui, essentielle, n'a pas toujours été vue comme bénéfique en service pédiatrique. Les soignants soulignent aussi l'influence des émotions des parents sur le comportement des enfants. Comme le dit Sophie : « *les enfants sont des éponges émotionnelles* » (Annexe IV.I ; L.60), Marie la suit dans cette réflexion en soulignant : « *s'il voit que son parent, il est inquiet ou il est dans le refus, enfin il ne voudra pas.* » (Annexe IV.II ; L.47-48). Cependant, certains soignants mettent en avant le fait que la présence des parents peut parfois représenter des difficultés lors d'une hospitalisation ou un soin. Sophie nous l'exprime : « *si tu as le père, la mère qui n'est pas prêt, [...], le soin risque de mal se passer.* » (Annexe IV.I ; L.61-62), Marie complète en disant : « *s'il voit que son parent, il est inquiet ou il est dans le refus, enfin il ne voudra pas.* » (Annexe IV.II ; L.47-48). Avec les propos des différents soignants nous pouvons constater qu'ils s'accordent pour dire que la place des parents est essentielle dans la prise en charge de l'enfant lors d'une hospitalisation. Qu'ils sont considérés comme partenaires de soins et permettent à l'enfant d'être rassuré et de favoriser le bon déroulement des soins. Néanmoins, certains entretiens mettent en évidence que ce rôle peut être fragiliser lorsque les émotions ou les inquiétudes des parents influencent le comportement de

l'enfant, c'est pourquoi les soignants doivent s'adapter pour réussir à maintenir une atmosphère sereine pour l'enfant, les parents et lui-même lors d'une prise en charge.

5.2.1.3.2 Le rôle du soignant dans la relation soignant/enfant/parent

Les entretiens permettent de mettre en évidence que le rôle des soignants est perçu comme un rôle intermédiaire dans la relation triangulaire en pédiatrie. Celui-ci ne se limite pas uniquement à la réalisation des gestes techniques mais comprend également un accompagnement émotionnel, un travail d'explication pour que les parents et l'enfant comprennent et un rôle de médiation entre les différents acteurs de cette relation triangulaire.

Sophie décrit son rôle comme « *un rôle intermédiaire* » (Annexe IV.I ; L.82), elle explique aussi qu'elle peut parfois aider les parents à faire accepter le soin à l'enfant lorsqu'ils rencontrent des difficultés, « *moi ça m'est arrivé qu'une maman qui est limite en pleurs parce que son enfant refuse de prendre l'antibiotique* » (Annexe IV.I ; L.85-86). Dans cet exemple, le parent apparaît démuni face au refus de son enfant. L'intervention du soignant permet alors à l'enfant de mieux comprendre l'importance du soin et le soignant peut alors apporter un cadre sécurisant à l'enfant : « *on a un peu un rôle intermédiaire dans le sens où du coup ça lui a apporté un cadre à l'enfant* » (Annexe IV.I ; L.86-87) comme le souligne Sophie.

De plus, plusieurs professionnels mettent en avant l'importance du dialogue avec l'enfant, même lorsqu'il est jeune et ne comprend pas encore totalement la situation. Ils soulignent la nécessité de mettre des mots sur les soins réalisés, de les expliquer avec un langage adapté à l'âge de l'enfant et d'ajuster leur posture selon les réactions de celui-ci. La négociation apparaît comme une pratique fréquemment utilisée auprès des enfants. Sophie explique notamment : « *on va passer par toutes les méthodes soit médicamenteuses, soit non médicamenteuses [...] pour essayer de le faire changer d'avis et de lui expliquer que là, il a besoin de ce soin* » (Annexe IV.I ; L.66-71). Marie rejoint cette idée lorsqu'elle affirme : « *on essaie de négocier, ça fait partie de notre travail, on est beaucoup dans la négociation avec les enfants* » (Annexe IV.II ; L.62-63). Elle nous explique aussi l'importance d'adapter la communication selon l'âge de l'enfant : « *un enfant de 13/14 ans, il va refuser mais lui par contre tu peux lui expliquer les choses, tu peux discuter avec lui* » (Annexe IV.II ; L.67-68).

Jean insiste lui aussi sur l'importance de l'adaptation de la posture soignante et du discours afin de favoriser une relation de confiance : « *on ne parle pas de la même façon à un adulte calme et posé qui est à l'écoute qu'à un adulte stressé, qui veut dire ce qu'il a à dire et qui ne veut pas écouter ce qu'on lui dit [...] à l'enfant pareil* » (Annexe IV.III ; L.115-118). Tristan souligne également l'importance de la communication afin de pouvoir mettre autant en confiance

l'enfant que le parent : *« on a des clés pour pouvoir apaiser l'enfant, trouver des solutions pour faire en sorte que le soin soit le moins douloureux possible et aussi de manager un peu les parents [...] les aider un petit peu dans cette épreuve-là qui est l'hospitalisation ou même juste la prise en charge de leur petit »* (Annexe IV.IV ; L.41-47).

Le rôle du soignant est aussi perçu comme un rôle de soutien auprès des parents pour certains professionnels. Marie explique qu'en maternité, les soignants sont présents afin d'accompagner, encourager et revaloriser les mères dans leur rôle : *« nous on est un petit peu là déjà pour évaluer si la maman a une fragilité [...] toi t'es là pour un petit peu l'accompagner, l'aider à faire les soins, l'encourager aussi parce que c'est des mamans qui ont souvent besoin d'être encouragé et aidé, revaloriser dans leur rôle »* (Annexe IV.II ; L.31-33). Le soignant apparaît alors comme soutien pour les parents dans des situations pouvant générer du stress, de l'inquiétude ou encore un sentiment d'incompétence. Tristan exprime également cette vision du rôle soignant notamment lorsqu'il explique : *« c'est notre rôle aussi à nous de manager un peu les parents pour leur dire un peu comment ils doivent se comporter, comment ils doivent faire »* (Annexe IV.IV ; L.45-46).

Ainsi, les soignants mettent en évidence que le rôle du soignant dans la relation soignant/enfant/parent est complexe. Il nécessite à la fois de compétences techniques, relationnelles et adaptatives afin de favoriser une prise en charge optimale de l'enfant et de sa famille.

5.2.1.4 Les représentations sociales

Les soignants ont une opinion de représentations sociales très personnelle, chacun les voit avec son propre regard. Pour eux, elles sont influencées par l'histoire personnelle, les expériences professionnelles et aussi de leur état émotionnel du moment. Cependant, leurs réponses révèlent qu'ils n'ont pas tous la même vision : certains parlent directement de préjugés et de stéréotypes, alors que d'autres insistent plutôt sur l'influence du vécu personnel et émotionnel du soignant.

Sophie explique : *« c'est très singulier pour chaque personne »* (Annexe IV.I ; L.93), elle rajoute : *« pour moi, ça dépend de ta vie perso, professionnel, de ce qui t'entoure »* (Annexe IV.I ; L.93-94). Elle insiste sur le fait que : *« c'est propre à chaque personne »* (Annexe IV.I ; L.95). Ces propos montrent que sa vision des représentations sociales est très personnelle, et qu'elle varie selon les individus. Elle revient sur cette idée plus loin dans son entretien quand elle explique que les représentations peuvent être influencées par l'humeur du soignant, son état émotionnel et son expérience professionnelle et personnelle : *« ça dépend de ton état du jour, de ton humeur du jour. [...] ton état émotionnel, de la relation que t'as avec la famille »* (Annexe

IV.I ; L.133-137) et « *Pourquoi ? Parce que ça dépend de l'humeur du soignant, ça dépend de son expérience professionnelle et personnelle à mon sens* » (Annexe IV.I ; L.141-142). Elle insiste donc sur le fait que les représentations sociales ne sont pas figées, elles peuvent changer en fonction du contexte ou de l'humeur du professionnel sur le moment.

Sophie enrichit ses propos par l'exemple qu'elle donne concernant un enfant qui a été hospitalisé à la suite d'une découverte de diabète. Elle explique qu'un médecin lui avait parlé de « *syndrome méditerranéen* » (Annexe IV.I ; L.113) parce que pour elle : « *c'était l'enfant, il abuse, il n'y a pas de douleur c'est vraiment, il surjoue tout ce qui se passe* » (Annexe IV.I ; L.115-116). Pourtant, elle trouvait que l'enfant était douloureux : « *alors que moi je le trouvais vraiment douloureux* » (Annexe IV.I ; L.116) et l'enfant présentait finalement : « *un début d'œdème cérébral, une complication de la découverte de diabète* » Annexe IV.I ; L.122-123). Cette situation montre à quel point certains stéréotypes culturels peuvent influencer la façon dont le soignant prend en charge son patient. Sophie d'interroge donc sur l'attitude de ce médecin lorsqu'elle affirme : « *sur quoi tu peux te baser pour ne pas le croire, dire qu'il surjoue et je trouve ça difficile* » (Annexe IV.I ; L.125-126). Elle met en évidence les risques de jugement et de banalisation liés aux représentations sociales.

Les autres soignants ont eu plus de difficulté à aborder la question des représentations sociales mais leurs propos complètent ceux de Sophie. Marie les définit comme « *c'est un peu l'a priori qu'on peut se faire en voyant une personne* » (Annexe IV.II ; L.75-76), elle ne donne pas d'exemple précis de situation où les représentations sociales influencent la prise en charge d'un enfant mais elle explique : « *il est vrai on est humain [...] on peut se faire des idées sur des personnes, c'est vrai, mais ça nous a jamais empêché de faire la prise en charge jusqu'au bout et correctement* » (Annexe IV.I ; L.84-86), contrairement à la situation de Sophie pour elle les représentations sociales n'ont pas influencé sa manière de prendre en charge d'un enfant lors de son hospitalisation.

Jean rejoint les propos de Sophie et Marie, mais insiste sur les préjugés et les idées préconçues que les soignants peuvent avoir au premier abord face aux familles. Il donne une définition : « *Idee préconçue ou comment on peut appeler ça ? euh... Ouais en fait c'est presque des caricatures en général qu'on se fait* » (Annexe IV.III ; L. 167-168). Ayant une plus grande expérience dans le métier il explique l'importance de prendre du recul par rapport aux premières impressions pour qu'elles n'influencent pas la prise en charge : « *il faut tout de suite se méfier de nos préjugés* » (Annexe IV.III ; L.168-169), « *la difficulté aux urgences [...] c'est qu'il ne faut pas se laisser perturber par la première impression qu'on a en voyant une situation, une famille* » (Annexe IV.III ; L.170-171). Ses propos complètent ceux de Sophie, en montrant que

les représentations sociales jouent un rôle dès les premiers instants de la prise en charge, notamment à travers la première impression que le soignant peut se faire de l'enfant et de sa famille. Il admet que certaines familles, en fonctions de leur culture, de leur situation, peuvent provoquer des appréhensions chez les soignants comme il le dit : « *moi je peux me méfier de certains types de populations* » (Annexe IV.III ; L.). Mais il rebondit en disant : « *mais ç a peut aussi se passer différemment* » (Annexe IV.III ; L.). Il explique après : « *il faut donner la chance à ce que ça puisse se passer différemment que la première impression* » (Annexe IV.III ; L.). Jean a conscience que les représentations sociales font partie du soignant mais il nous montre l'importance de la prise de recul pour éviter que celle-ci influence la relation de soin.

Tristan rejoint ce que Marie et Jean explique quand il dit : « *l'enfant est pris en charge indépendamment des parents* » (Annexe IV. IV ; L.), ce qui montre que malgré les représentations ne doivent pas altérer la qualité de la prise en charge et la construction de la relation de soin avec l'enfant et son entourage.

Ainsi, les entretiens montrent que les soignants sont conscients de l'impact que peut avoir les représentations sociales sur la prise en charge d'un enfant et de son entourage. Même si leur point de vue sur celles-ci sont différents, ils montrent une volonté de ne pas se laisser influencer par leurs premières impressions et de prendre du recul afin de limiter l'influence de leurs représentations sociales dans la relation de soin avec l'enfant et sa famille.

5.2.2 Analyse croisée

5.2.2.1 La parentalité

Les propos des professionnels interrogés rejoignent la vision de plusieurs auteurs concernant la parentalité, la définissant comme un processus complexe qui se construit progressivement. Ils mettent également en évidence son caractère singulier et évolutif, influencé par l'histoire personnelle et familiale et les expériences propres à chaque individu. Comme la définit Serge Lebovici, la parentalité est un processus psychique se construisant progressivement lorsque l'on devient parent. En effet, Marie affirme que le lien être la mère est son enfant est un processus évolutif : « *ça commence dès la grosse ou l'accouchement selon les femmes ou les premières années aussi* » (Annexe IV. II ; L.16-17) et ajoute que « *une fois qu'elles ont accouchés elles ne l'ont pas de suite et c'est ok, ça peut venir après* » (Annexe IV.II ; L.20-21). Elle met en évidence que le lien mère/enfant peut nécessiter du temps pour se construire et qu'il n'existe pas de norme dans la construction de ce lien. De plus Lebovici explique : « *on ne devient jamais parent sans redevenir, d'une certaine manière, l'enfant que l'on a été* » montrant que la parentalité est influencée par son histoire de vie.

Les soignants mettent aussi en évidence que la parentalité s'exerce d'une manière différente selon chaque famille et le chaque contexte de vie. Sophie explique que sa vision de la parentalité est influencée par sa propre histoire quand elle dit : « *en fonction je pense de mes expériences professionnelles et peut-être un petit peu personnel.* ». Comme on peut le retrouver dans les travaux de Gérard Neyrand, qui explique que la parentalité n'est pas réalité universelle mais une construction sociale influencé par les normes, les valeurs et les contextes familiaux, en rappelant : « *la parentalité n'est pas une réalité naturelle, mais une notion historiquement et socialement située* ». Ainsi, les professionnels reconnaissent qu'il n'existe pas une seule manière d'être parent et que chaque famille a son propre fonctionnement.

De plus, les soignants expliquent que pour eux il n'existe pas de « bon parent », Sophie affirme : « *Pour moi il n'y a pas de bons parents* » (Annexe IV.I ; L.35-36) mais que chacun essaye de faire du mieux pour leur enfant comme le souligne Marie : « *On est chacun un bon parent pour son enfant et on fait du enfin chaque parent fait du mieux qui peut.* » (Annexe IV.II ; L.96-97), rejoignant le concept de la « mère suffisamment bonne » développé par Donald Winnicott. En effet, pour lui, le parent n'a pas besoin d'être parfait mais il doit être capable de répondre aux besoins de son enfant de manière adaptée.

Cependant, on peut voir l'existence d'attentes implicites concernant le rôle parental chez les soignants interrogés. En effet ils valorisent les parents capables de reconnaître les besoins de leur enfant, de le rassurer en adoptant une attitude calme et sécurisante, Sophie explique : « *En fait un bon parent en tout cas à l'hôpital, je dirais c'est un parent qui répond aux besoins de son enfant qui arrive un peu à cerner s'il a mal s'il est inquiet.* » et Tristan décrit le « bon parent » comme : « *quelqu'un qui est bien traitant et qui est bienveillant* » (Annexe IV.IV ; L.27-28). Ainsi, malgré une volonté de non-jugement, certaines représentations du « bon parent » semblent présentes dans leur propos. Comme nous le souligne Thomas Bonnet dans un de ces travaux en disant : « *En définitive, travailler sur le parent pour le modeler à l'image de l'idéal professionnel, en faire un « bon » parent, c'est une tentative de l'équipe soignante pour négocier l'accomplissement du « bon » travail et s'affirmer comme de « bons » soignants* » (Bonnet, 2015, p.234), cela montre que les équipes soignantes peuvent avoir tendance à orienter les comportements des parents selon leurs propres attentes professionnelles.

Nous pouvons donc constater que les professionnels reconnaissent que la parentalité est propre à chaque individu tout en ayant des attentes implicites quant à leur comportement permettant de donner un cadre sécurisant à l'enfant et de favoriser le bon déroulement des soins.

5.2.2.2 La relation soignant/enfant/parent

Les soignantes mettent en évidence l'importance de la relation de confiance entre le soignant, l'enfant et les parents pendant l'hospitalisation de l'enfant, les considérant comme partenaires essentiels dans la prise en charge et soulignant leur rôle dans le bien-être et la sécurité affective de l'enfant hospitalisé. Sophie et Marie expliquent la place qu'elles leur accordent : « *Énormément de place* » (Annexe IV. I ; L.57) et « *Primordial* » (Annexe IV. II ; L.46) et Tristan affirme : « *ils font partie de notre binôme à nous* » (Annexe IV.IV ; L.34). Leurs propos rejoignent les travaux de Rouget, Mollier et Scharff, qui décrivent les parents comme « *gardien de sa sécurité affective* ».

Françoise Galland souligne l'importance d'intégrer les parents dans les soins afin de rassurer l'enfant et de favoriser la qualité de la prise en charge. Cette idée se retrouve dans les entretiens, où les soignants expliquent qu'ils passent systématiquement par les parents avant toute intervention. Sophie affirme : « *je passe toujours par le parent pour après faire un soin à l'enfant.* » (Annexe IV. I ; L.57-58), de même que Marie : « *Pour moi tu ne peux pas faire de soins l'enfant si t'as pas le parent.* » (Annexe IV. II ; L.46). Ainsi, leurs propos montrent que les professionnels considèrent les parents comme des partenaires indispensables dans la relation de soin avec l'enfant. De plus, Françoise Galland explique que l'attitude des parents influence le vécu du soin chez l'enfant quand elle dit : « *il est utile d'expliquer aux parents que leur attitude, le choix des mots employés peuvent influencer le vécu de l'enfant* », dans les entretiens les soignants tiennent le même discours. Sophie affirme que : « *si t'as le père, la mère qui n'est pas prêt l'enfant généralement il va absorber tout ça et le soin risque de mal se passer.* » (Annexe IV. I ; L.61-62) montrant que même si la présence des parents est essentielle, elle peut parfois compliquer le déroulement du soin quand leurs émotions négatives prennent trop de place. Les soignants soulignent également l'importance d'adapter leur communication et leur posture en fonction de l'enfant et de sa famille, comme l'explique Jean : « *on parle pas de la même façon à un adulte calme posé qui est à l'écoute qu' à un adulte stressé, qui veut dire ce qu'il a à dire et qui veut pas écouter ce qu'on lui dit ou qui est pas en mesure d'entendre ce qu'on lui dit à l'enfant pareil qui est très calme, souriant et qui est là pour s'amuser ou qui est pas bien, qui respire pas bien, mais voilà donc il faut prendre en même temps très vite et efficacement en charge tout le monde.* » (Annexe IV. IV ; L.115-120). Il met en évidence la nécessité, pour le soignant, d'ajuster rapidement sa manière de communiquer selon le comportement de l'enfant et de ses parents afin de favoriser la prise en charge de manière adaptée. Cette idée, rejoint ce qu'exprime Françoise Galland dans ces travaux quand elle explique que l'attitude et les paroles des adultes peuvent influencer le vécu du soin chez

l'enfant. Donc, la communication du soignant ne se limite pas seulement à expliquer les soins mais aussi à rassurer les enfants et les parents quand la situation est source d'angoisse.

Ainsi, les entretiens confirment que la relation triangulaire est l'un des éléments centraux de la prise en charge en pédiatrie. Cependant, cette relation a des limites et nécessite que le soignant s'adapte en permanence afin de préserver un équilibre entre les besoins de l'enfant, de ses parents et la réalisation des soins.

5.2.2.3 Les représentations sociales

Dans les entretiens nous pouvons constater que les soignants sont conscients de l'influence des représentations sociales dans la relation de soin avec l'enfant et sa famille. Sophie explique que : « *C'est très singulier pour chaque personne. Représentation sociale, pour moi ça dépend de ta vie perso, professionnelle, de ce qui t'entoure.* » (Annexe IV. I ; L.93-94), Marie les définit comme : « *c'est un peu la priori qu'on peut se faire en voyant une personne.* » (Annexe IV. II ; L.75-76). Cela rejoint la définition de Serge Moscovici, qui les décrit comme « un système de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets sociaux », Denise Jodelet complète cette définition en expliquant que les représentations sociales, pour elle, correspondent à une « forme de connaissance socialement élaborée et partagée » elles sont donc influencées par le contexte social et culturel de chacun. Cela montre que les soignants interrogés sont conscients que leurs expériences, leurs émotions ou encore leurs valeurs peuvent influencer leur manière d'interpréter une situation clinique ou familiale. Cependant Jean explique : « *il faut tout de suite se méfier de nos préjugés* » (Annexe IV.III ; L.168-169) et que : « *la difficulté aux urgences [...] c'est qu'il ne faut pas se laisser perturber par la première impression qu'on a en voyant une situation, une famille* » (Annexe IV.III ; L.170-171).

De plus, la situation rapportée Sophie met en évidence l'influence que certains stéréotypes culturels peuvent avoir dans la prise en charge d'un patient. Elle explique que lors de l'hospitalisation d'un enfant pour découverte de diabète, un médecin a évoqué un « syndrome méditerranéen » : « *Et elle l'a évalué et elle est venue me voir et elle m'a dit : bah là il nous fait un syndrome méditerranéen* » (Annexe IV.I ; L.111-112). Pourtant, Sophie précise ensuite que l'enfant présentait finalement « *un début d'œdème cérébrale* » (Annexe IV.I ; L.122). Cette situation fait appelle aux travaux d'Erving Goffman sur la stigmatisation. En effet, il explique que certaines caractéristiques sociales ou culturelles peuvent influencer le regard porté sur une personne et entraîner des jugements négatifs. On comprend que dans la situation racontée par Sophie, les symptômes de l'enfant semblent avoir été minimisés à travers un stéréotype culturel, ce qui a pu influencer l'interprétation de son état clinique.

Par ailleurs, Jean reconnaît que certaines situations ou certains profils peuvent provoquer des appréhensions chez les soignants lorsqu'il affirme : « *moi je peux me méfier de certains types de populations que je vois* » (Annexe IV.III ; L.175-176). Cependant, il montre également l'importance de prendre du recul sur ses premières impressions puisqu'il ajoute : « *le vais donner la chance à ce que ç a puisse se passer différemment que la première impression que j'ai* » (Annexe IV.III ; L.178-179). Ces propos rejoint les travaux de Jean-Claude Abric, qui explique que les représentations sociales sont influencées par les valeurs, les normes et les expériences des individus. Ainsi, certaines représentations peuvent apparaître de manière spontanée chez les soignants, mais nécessitent une prise de recul afin de ne pas influencer négativement la relation de soin avec l'enfant et sa famille.

5.3 Limites de l'enquête

Dans cette partie j'aborderai le déroulement de mes entretiens ainsi que les limites que j'ai pu rencontrer.

Dans un premier temps, j'appréhendais la réalisation de ces entretiens, car j'étais consciente que les soignants ne disposent pas toujours le temps nécessaire pour se poser et répondre à des questions pouvant les amener à réfléchir sur leurs pratiques professionnelles. Cependant, j'ai été surprise de constater que l'ensemble des soignants interrogés se sont montrés disponibles et investis dans leurs réponses, avec une réelle volonté de m'aider dans ma démarche de recherche.

Après l'analyse des entretiens, je me suis rendu compte que la question portant sur les représentations sociales était probablement trop large. En effet, les soignants ont tous rencontré des difficultés à définir précisément cette notion, ce qui a rendu l'analyse plus complexe. Cependant, ce travail m'a permis de prendre conscience que les représentations sociales font partie intégrante de l'être humain et qu'elles peuvent influencer les réactions et les pratiques professionnelles. Cette réflexion m'aidera ainsi à prendre davantage de recul sur mes propres impressions et à faire évoluer ma posture professionnelle.

6 Problématique et hypothèse de recherche

Mon cadre de référence ainsi que l'analyse des entretiens réalisés auprès d'infirmiers et infirmières m'ont permis de mieux comprendre la complexité de la relation soignant/enfant/parents en pédiatrie. En effet, lors de l'hospitalisation d'un enfant, la prise en charge ne concerne pas seulement le soignant et l'enfant, mais aussi les parents, qui occupent une place essentielle dans les soins. Leur présence permet à l'enfant le maintien d'un sentiment de sécurité affective et favorise une prise en charge plus adaptée aux besoins de l'enfant.

Cependant, cette collaboration peut parfois être fragilisée par les émotions, les incompréhensions ou encore les représentations que chacun peut avoir de l'autre.

Les différents auteurs étudiés montrent que la parentalité n'a pas de norme, qu'il n'existe pas une seule façon de la vivre. Selon Neyrand ou encore Sellenet, elle est influencée par l'histoire familiale, les normes sociales, les expériences de vie et le contexte dans lequel évoluent les parents. Ainsi, certaines situations familiales ou sociales peuvent influencer la manière dont les parents sont perçus par les soignants, particulièrement dans le contexte des soins. Les représentations sociales développées par Moscovici puis approfondies par Jodelet et Abric, influencent la façon dont les individus perçoivent une situation et entrent en relation avec autrui. Elles peuvent ainsi avoir un impact inconscient sur les comportements des professionnels, en entraînant parfois une certaine méfiance, une prise de distance relationnelle ou encore des jugements de valeurs.

Au cours de mon enquête exploratoire, les entretiens avec les soignants ont confirmé que les représentations sociales sont présentes dans leurs pratiques, même lorsqu'ils ont la volonté d'adopter une posture bienveillante et sans jugement. Les soignants interrogés reconnaissent que certaines situations familiales peuvent entraîner des inquiétudes ou influencer inconsciemment leur manière de communiquer avec les parents. Toutefois, ils insistent sur l'importance de prendre du recul sur leurs premières impressions afin de préserver une relation de confiance et de préserver une prise en charge adaptée aux besoins de l'enfant.

Cela m'a permis de comprendre que le soignant doit toujours adapter sa posture professionnelle. En pédiatrie, la prise en charge ne repose pas seulement sur la technicité du soin, mais également sur la capacité à construire une relation de confiance avec les parents afin qu'ils trouvent leur place dans l'accompagnement de leur enfant. Les soignants doivent donc faire preuve d'écoute et d'adaptation, tout en prenant du recul sur leurs propres représentations afin de ne pas impacter négativement la relation soignant/enfant/parents.

Ainsi, la mise en tension des apports théoriques et les résultats de l'enquête exploratoire me permettent de formuler l'hypothèse de recherche suivante : les représentations sociales influencent la place accordée aux parents lors des soins en pédiatrie, ce qui peut avoir un impact sur la relation de confiance entre le soignant, l'enfant et ses parents.

7 Conclusion

Ce travail de recherche m'a permis de mieux comprendre l'influence que peuvent avoir les représentations sociales dans la relation soignant/enfant/parents en pédiatrie. Grâce aux lectures et aux entretiens réalisés auprès des professionnels, j'ai pu constater que les représentations sociales peuvent influencer la posture professionnelle, parfois de manière inconsciente, notamment face à certaines situations familiales complexes. Cependant, les soignants interrogés montrent une volonté de préserver une relation de confiance avec les parents afin de favoriser le bien-être et la prise en charge de l'enfant.

Cette recherche m'a également permis de prendre conscience de l'importance de la posture réflexive dans le métier infirmier. En effet, apprendre à prendre du recul sur ses émotions, ses valeurs et ses représentations semble essentiel afin de limiter les jugements et d'adopter une posture adaptée à chaque famille rencontrée.

Au-delà de ce travail de recherche, ce mémoire représente aussi l'aboutissement de trois années de formation infirmière. Ces années ont été riches en apprentissages, autant sur le plan professionnel que personnel. Les différentes expériences vécues en stage m'ont permis de développer ma posture soignante, ma capacité d'adaptation, mon écoute ainsi que ma réflexion face à des situations parfois complexes humainement.

Cela m'a également permis de mieux comprendre la soignante que j'aimerais devenir : une infirmière capable de prendre du recul, d'adopter une posture bienveillante et de construire une relation de confiance avec les patients et leurs familles. Il m'a appris que le soin ne repose pas uniquement sur des compétences techniques, mais aussi sur l'écoute, la remise en question et l'humanité dans la relation de soin.

Aujourd'hui, ce mémoire marque la fin de ma formation étudiante et le début de ma future pratique infirmière, avec l'envie de continuer à apprendre, à évoluer et à proposer une prise en charge la plus adaptée possible à chaque patient et à chaque famille.

Finalement, ce mémoire ne représente pas un point final, mais les premières lignes de la professionnelle de santé que je souhaite devenir.

FIN

8 Bibliographie

- Association européenne pour les enfants hospitalisés. (1988). *Charte de l'enfant hospitalisé*.
- Bonnet. T. (2015). *La normalisation du rôle parental par une équipe soignante*. Recherches familiales, 12(1), p.223-234.
- Galland. F. (2013). *Bien s'installer lors d'un soin (enfant, parent, soignants) pour être confortable et efficace*, p.105-111
- Goffman. E. (1975). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*
- Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales (7^e éd.)*. Presses Universitaires de France.
- Lebovici, S. (1999). *La parentalité. Défi pour le troisième millénaire. Un hommage international à Serge Lebovici*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Presses Universitaires de France.
- Neyrand, G. (2014). *Dis Gérard, c'est quoi, la parentalité ?* Toulouse : Éres.
- Neyrand, G. (dir.). (2006). *Évolution des représentations de la famille et soutien à la parentalité*. Paris : La Documentation française.
- NIN Anaïs. *Seduction of the Minotaur*. Chicago : Swallow Press, 1961.
- Psychologue Montpellier. (2019). *La mère suffisamment bonne*.
- Rouget, S., Mollier, M. et Scharff, K. (2018). *Accueillir les parents en service de pédiatrie*. Enfances & Psy, 79(3), p.40-50.
- Sellenet, C. (2012). *Les concepts en sciences infirmières : La parentalité*. Paris : Elsevier Masson.
- Vouvoukis, N. (2014). *Psychologie Génétique – D.W. Winnicott*

9 Sommaire des annexes

Annexe I : Demandes d'autorisation d'entretiens.....	31
<i>Annexe I.I : Demande d'autorisation au Centre Hospitalier d'Avignon (CHA)</i>	<i>31</i>
Annexe II : Autorisation de la direction des soins.....	32
<i>Annexe II.I : Autorisation du CHA.....</i>	<i>32</i>
Annexe III : Grille d'entretien	33
Annexe IV : Retranscription littérale des entretiens.....	34
<i>Annexe IV.I : Entretien en Pédiatrie Grand enfants PDE1</i>	<i>34</i>
<i>Annexe IV.II : Entretien en Pédiatrie Grand enfants PDE2.....</i>	<i>39</i>
<i>Annexe IV.III : Entretien aux urgences Pédiatriques1</i>	<i>43</i>
<i>Annexe IV.IV : : Entretien aux urgences Pédiatriques2</i>	<i>53</i>
Annexe V : Grille d'analyse des entretien	56
Annexe VI : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude.....	60

Annexe I : Demandes d'autorisation d'entretiens

Annexe I.I : Demande d'autorisation au Centre Hospitalier d'Avignon (CHA)



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme Roth Juliette
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : 1060 Route de l'Aérodrome 84140 Montfavet

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 06.66.85.73.62
Mail : juliettert84@gmail.com

Avignon, le 13/03/2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s) service(s) : de Pédiatries, Grands enfants et Petits enfants, des Urgences pédiatriques auprès de la(des) population(s) : infirmier(ères) et infirmiers(ères) puéricultrices.

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est « *En quoi les représentations sociales influencent-elles la relation soignant/enfant/parents ?* ». J'aimerais interroger si possible deux infirmiers(ères) de chaque service.

Veuillez trouver ci-joint 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.

Annexe II : Autorisation de la direction des soins

Annexe II.I : Autorisation du CHA



Direction des Soins
Tél : 04 32 75 35 81

Affaire suivie par :
Vérane Breysse
Cadre Supérieur de Santé chargée de mission
à la Direction des Soins

Madame ROTH Juliette
juliettert84@gmail.com

Avignon, le 20 mars 2026

OBJET : travail de fin d'études
N/Réf. : VB/NC/26

Madame,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche.

Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

- Madame CHALLIER Marine, Cadre de Santé du service d'Urgences Pédiatriques au 04.32.75.37.03.
- Madame GENON Corinne, Cadre de Santé du service Pédiatrie Petits 04.32.75.36.83.
- Madame CRESTIN Estelle, Cadre de Santé du service de Pédiatrie Grands au 04.32.75.36.53.

Afin de définir les modalités de réalisation de l'enquête.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de ma considération distinguée.

Vérane BREYSSE
La Cadre Supérieur de Santé chargée de
missions à la Direction des Soins

ch-avignon.fr

CENTRE HOSPITALIER AVIGNON

305, rue Raoul Follereau • 84902 Avignon Cedex 9 • Téléphone 04 32 75 33 33

Annexe III : Grille d'entretien

GRILLE D'ENTRETIEN :

Présentation :

- Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ?
- Depuis quand travaillez-vous dans ce service ?
- Avez-vous eu une formation spécifique à l'enfant ?

Parentalité :

- Comment se créer la relation mère/enfant, selon vous ?
- Quel rôle jouez-vous ?

Représentations sociales :

- Comment définiriez-vous le terme « représentation sociale » ?
- Avez-vous un exemple de prise en charge d'un enfant et/ou de sa famille qui ont été victime de représentations sociales ?
- Selon vous, quels parents, enfants pourraient être victime de représentations ? Et pourquoi ?

Conclusion :

- Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Annexe IV : Retranscription littérale des entretiens

Annexe IV.I : Entretien en Pédiatrie Grands enfants PDE 1

- 1 **Juliette : Je suis Juliette, étudiante de 3^{ème} année d'infirmière. Je viens dans le cadre de**
2 **mon mémoire, ma question de départ est : « En quoi les représentations sociales**
3 **influencent-elles la relation soignant/enfant/parent ? » On va commencer : Peux-tu te**
4 **présenter ?**
- 5 **Sophie : Alors du coup je m'appelle Sophie, je suis infirmière puéricultrice depuis cinq ans, je**
6 **calcule. Je ne sais pas si tu veux mon parcours ? (*Perdue*)**
- 7 **Juliette : Oui du coup depuis quand tu es diplômée IDE. Ça fait quatre ans infirmière**
- 8 **Sophie : Depuis 2020 donc puer ça fait cinq ans et infirmière six ans. Depuis quand ? C'est quoi**
9 **la prochaine question pardon ?**
- 10 **Juliette : Depuis quand travaillez-vous dans ce service ?**
- 11 **Sophie : Depuis que je suis diplômée, je travaille ici, donc du coup je suis arrivée ici en octobre**
12 **2021**
- 13 **Juliette : Donc en tant qu'IDE**
- 14 **Sophie : En tant que puéricultrice, j'ai enchaînée. En fait j'ai fait infirmière sur l'été, j'ai travaillé**
15 **dans un laboratoire pendant deux mois, histoire d'attendre l'école de puer. Et après j'ai fait mon**
16 **année de puéricultrice**
- 17 **Juliette : Donc en 2021 tu as été diplômé**
- 18 **Sophie : C'est ça**
- 19 **Juliette : D'accord. Donc direct après ils vous ont pris ?**
- 20 **Sophie : J'ai dû faire l'école de puer pendant un an et après j'ai postulé ici j'ai été prise. J'ai fait**
21 **deux nuits d'abord j'ai commencé là, j'étais à 50 % de nuit chez les grands et 50 % sur le pool**
22 **donc j'ai fait les petits, la mater, les urgences, pas la néonatalogie. Pas l'occasion et là ça fait deux ans**
23 **que je suis uniquement chez les grands les enfants de jours.**
- 24 **Juliette : Concernant la parentalité, comment se crée la relation mère enfant selon vous ?**
- 25 **Sophie Alors tu peux me tutoyer, je suis encore jeune. (*Rire*) Selon moi, comment se crée la**
26 **relation je dirais que ça commence par de la confiance. De toute façon on ne peut pas à mon**
27 **sens soigner un enfant si tu n'as pas une relation de confiance avec le parent. Parce que si le**
28 **parent il n'est pas en confiance, si le parent il est inquiet et que tu ne lui parles pas, bah du coup**

29 tu ne peux pas t'adresser à l'enfant sans t'adresser forcément aux parents. Donc il y a de la
30 confiance, je dirais le temps et la patience, tu vois. Après ça se crée un peu ouais naturellement
31 en répondant à leurs besoins, leurs questions. Tu ... tu rentres un peu par le jeu avec l'enfant, tu
32 vois-tu essaies de contourner un soin de façon un peu distraction pour arriver à faire quelque
33 chose pour rentrer en relation avec le parent et avec l'enfant.

34 **Juliette : Et selon toi, qu'est-ce qu'un bon parent ?**

35 **Sophie :** Ah c'est dur ta question. Qu'est-ce qu'un bon parent ? Pour moi il n'y a pas de bons
36 parents, il n'y a pas de remède miracle en plus je suis maman depuis pas longtemps alors ta
37 question elle est-elle est difficile non mais En fait un bon parent en tout cas à l'hôpital, je dirais
38 c'est un parent qui répond aux besoins de son enfant qui arrive un peu à cerner s'il a mal s'il est
39 inquiet. Si ... De toute façon le parent, il connaît son enfant et d'ailleurs quand tu vois quand on
40 a un enfant qui a une douleur quelque part par exemple, on s'adresse s'il n'arrive pas parler
41 avant tout aux parents parce que c'est lui qui connaît le mieux son enfant. Donc c'est pour ça
42 que là je dis je trouve que bons parents, c'est celui qui ouais qui va arriver à capter que à ce
43 moment-là mon enfant il est douloureux à ce moment-là, il y a quelque chose qui ne va pas.
44 Quand un parent te dit là je trouve que mon enfant il n'est pas bien, il y a quelque chose qui ne
45 va pas souvent il faut l'écouter parce que la majeure partie du temps il a raison.

46 **Juliette : Mais du coup est-ce que le fait de penser ça d'un bon parent est en fonction de**
47 **ce que vous vous avez vécu ? Ou...**

48 **Sophie :** Ouais c'est en fonction je pense de mes expériences professionnelles et peut-être un
49 petit peu personnel. Mais après ça rejoint le truc du bon parent, c'est comme l'enfant normal ou
50 quoi enfin ça n'existe pas il n'y en a pas parce que n'importe quel parent va essayer de faire au
51 maximum de son mieux. Et en effet pour toi une personne lambda va être un bon parent, alors
52 qu'autant pour moi je vais considérer que ce n'est pas forcément une bonne mère ou un bon
53 père. Parce qu'il y a les représentations qui y jouent parce qu'il y a notre expérience personnelle
54 professionnelle, il y a plein de critères.

55 **Juliette : Et concernant du coup la relation soignant enfant parent, donc la triade, quelle**
56 **place accordes-tu aux parents lors d'un soin ?**

57 **Sophie :** Énormément de place, comme je te disais du coup tout à l'heure, je passe toujours par
58 le parent pour après faire un soin à l'enfant. Donc je voulais demander l'autorisation à l'enfant
59 certes, mais j'ai aussi demandé l'autorisation aux parents essayer de savoir si l'enfant est prêt,
60 mais si le parent est prêt également parce qu'en fait les enfants ce sont des éponges

61 émotionnelles et si t'as le père, la mère qui n'est pas prêt l'enfant généralement il va absorber
62 tout ça et le soin risque de mal se passer. D'ailleurs...

63 **Juliette : Et si l'enfant il refuse, mais les parents disent oui.**

64 **Sophie :** Si l'enfant refuse alors déjà moi dans mon principe, je ne force jamais un enfant. Sauf
65 c'est une urgence vitale là on n'est pas en service d'urgence ou quoi que ce soit. Mais si un
66 enfant qui ne veut pas et le parent qui dit oui oui il faut le faire. Eh ben on va passer par toutes
67 les méthodes soit médicamenteuses, soit non médicamenteuses ou par exemple pour une prise
68 de sang, mais il y a la crème MLA, il y a le MEOPA après il y a tout ce qui est distraction tout
69 ce qui est hypnose, tout ce qui est RESQ Tout ce qui est communication verbale et non verbale
70 avec l'enfant. Pour essayer de le faire changer d'avis et de lui expliquer que là il a besoin de ce
71 soin et que c'est hyper important que son parent il est d'accord que de toute façon on n'a pas le
72 choix de le faire. Et ça prend plus ou moins du temps, mais généralement on essaie d'y arriver.

73 **Juliette : Oui c'est un peu comme avec les adultes finalement on essaye quand même de**
74 **négocié.**

75 **Sophie :** Ouais ouais ouais en fait la seule chose que je trouve qui diffère c'est que chez les
76 adultes tu as qu'une personne à convaincre, c'est-à-dire que si la femme de tel patient veut ou
77 veut pas entre guillemets, on prend moins en compte son avis, alors que là la vie des parents et
78 de l'enfant enfin vraiment c'est la relation très angulaire. On prend tout le monde prend l'opinion
79 de tout le monde.

80 **Juliette : Et du coup quel rôle joues-tu dans ce duo mais finalement qui crée un**
81 **trio lors de l'hospitalisation ?**

82 **Sophie :** Un peu en rôle intermédiaire, je trouve parce que des fois on passe aussi par nous les
83 soignants pour essayer de convaincre un enfant. Si par exemple un enfant ne veut pas, je ne sais
84 pas m'en prendre un médicament que pour les parents c'est trop dur de le forcer à prendre
85 ce médicament. Moi ça m'est arrivé une maman qui est limite en larmes parce que son enfant
86 refuse de prendre l'antibiotique. Et bah du coup on a un peu un rôle intermédiaire dans le sens
87 où du coup ça lui a apporté un cadre à l'enfant. Dans le sens où là il faut faire, mais c'est quand
88 même une personne extérieure à la famille, ce ne sont pas les parents. Donc des fois ça marche
89 un peu plus mieux parce que l'enfant il se dit bon ben là je n'ai pas le choix. C'est une personne
90 extérieure et t'écoute un peu plus.

91 **Juliette : Au niveau des représentations sociales pour toi, comment définirais-tu le mot**
92 **représentation sociale ?**

93 **Sophie** : C'est très singulier pour chaque personne. Représentation sociale, pour moi ça dépend
 94 de ta vie perso, professionnelle, de ce qui t'entoure. C'est vraiment, une représentation sociale
 95 ah c'est large, c'est dur ta question. Ouais c'est propre à chaque personne. Qu'est-ce que je peux
 96 te dire ?

97 **Juliette** : après si tu as d'autres pensées pendant les autres questions.

98 **Sophie** : je réfléchis, après je ne sais pas.

99 **Juliette** : on passe à l'autre question et si tu as quelque chose à ajouter tu me dis

100 **Sophie** : Oui, (*pensive*)

101 **Juliette** : as-tu un exemple de prise en charge d'un enfant et ou de sa famille qui ont été
 102 victimes de représentation sociale ?

103 **Sophie** : Là j'ai un truc en-tête, mais ce n'est pas forcément représentation sociale. Euh... Je ne
 104 sais pas si je peux l'expliquer, mais je ne sais pas si tu pourras considérer que c'est les
 105 représentations sociales, mais Une fois quand j'étais de nuit, on devait prendre en charge un
 106 enfant diabétique. Découverte de diabète. Et en fait c'était une famille un peu typée ils étaient
 107 français, mais voilà typés en termes de peau etc. Très gentils. Et le petit dans la nuit en fait il
 108 s'est mis à avoir des douleurs, à avoir très mal à la tête. Et j'avais appelé le médecin parce que
 109 je trouvais ça très étonnant. Fin il avait des antalgiques, mais ça ne suffisait pas. Et cette nuit-
 110 là, il y a un médecin qui est descendu que je ne connaissais pas elle venait des urgences parce
 111 que la nuit on est que deux. Et elle l'a évalué et elle est venue me voir et en elle m'a dit « bah là
 112 il nous fait un syndrome méditerranéen ». Et je me suis dit alors sur le coup je venais d'arriver,
 113 il n'y a pas longtemps, je me dis qu'est-ce que c'est un syndrome méditerranéen ? Après j'ai fait
 114 mes petites recherches, j'en ai parlé à ma collègue et tout. Et je trouvais ça limite parce qu'en
 115 fait. C'était ça représentation à elle pour elle, c'était l'enfant, il abuse, il n'y a pas de douleur
 116 c'est vraiment il surjoue tout ce qui se passe alors que moi, je le trouvais vraiment douloureux,
 117 je trouvais qu'il y avait vraiment quelque chose. Mais tu ne peux pas dire au médecin beh là
 118 c'est les représentations c'est délicat, tu as toujours la hiérarchie. Mais bon ça m'est resté dans
 119 un coin de la tête et finalement au fil de la nuit, ce petit il n'allait pas mieux. Donc j'ai appelé
 120 un autre médecin, je suis tombée sur un autre médecin au téléphone qui m'a dit fais-lui une prise
 121 de sang qui m'a prescrit la prise de sang et tout. On a fait le bilan et en fait le bilan il est tombé
 122 ça n'allait pas ça allait pas du tout il était en train de faire un début d'œdème cérébral, une
 123 complication de la découverte de diabète. Tous les urgentistes ils sont descendus à fond et tout.
 124 Après ça allait, il a été transféré voilà il est toujours vivant la prise en charge ça a été mais ça
 125 m'est quand même resté en tête ce côté syndrome méditerranéen. Sur quoi tu peux te baser pour

126 ne pas le croire dire qui surjoue et je trouve ça difficile. Alors elle n'a pas dit devant la mère,
127 ni devant l'enfant. Mais en tant que soignant, tu te remets en question après tu te dis bon les
128 pratiques ils sont bien ou pas bien Voilà

129 **Juliette : Et donc selon toi quels parents enfants pour être victime de ces représentations**
130 **et pourquoi ?**

131 **Sophie :** Je pense que ça peut se faire, il n'y a pas pour n'importe qui. Euh... Pour n'importe qui,
132 parce que tu sois français, chinois, maghrébin, n'importe quoi. Je pense que vraiment la
133 représentation à ce moment-là, ça dépend de ton état du jour, ton humeur du jour. Parce que
134 peut-être que je reprends à la situation, ce médecin cette nuit-là il était fatigué. Il était fatigué,
135 autant la famille ça ne s'est pas bien passé la relation triangulaire, la relation de confiance avec
136 la maman donc il s'est dit le petit c'est pareil autant il abuse. Donc je pense que ça dépend de
137 Ouais ton état émotionnel de la relation que t'as avec la famille. Et j'ai perdu le fil de ta question,
138 excuse-moi, redis-moi.

139 **Juliette : donc quels parents et enfants pourraient être victimes de représentation et**
140 **pourquoi ?**

141 **Sophie :** Donc tout le monde et pourquoi, Pourquoi ? Parce que ça dépend de l'humeur du
142 soignant, ça dépend de son expérience professionnelle et personnelle à mon sens.

143 **Juliette : Est-ce que t'as des choses à rajouter sur tout ça ?**

144 **Sophie :** Non non pas plus

145 **Juliette :** okay donc c'est fini merci beaucoup

Annexe IV.II : Entretien en Pédiatrie Grands enfants PDE 2

1 **Juliette : Je suis Juliette, étudiante de 3^{ème} année d'infirmière. Je viens dans le cadre de**
2 **mon mémoire, ma question de départ est : « En quoi les représentations sociales**
3 **influencent-elles la relation soignant/enfant/parent ? Depuis quand tu es diplômée ?**

4 **Marie :** Infirmière depuis 2018. 2018. J'ai enchaîné avec l'école de puér en 2018 j'ai été
5 diplômée puér en 2019.

6 **Juliette : Et depuis combien de temps tu travailles dans ce service ?**

7 **Marie :** Dans ce service depuis 2021.

8 **Juliette : Et t'en as fait d'autres des services ?**

9 **Marie :** Avant j'étais en maternité et néonatal.

10 **Juliette : Donc ça change quand même avec les grands. Du coup au niveau de la**
11 **parentalité, comment elle se crée la relation mère enfant selon toi ?**

12 **Marie :** Comment se crée la... (*pensive*) Ouais il y a plein de choses pour moi déjà ça se crée
13 plutôt quand on est bébé. Il y a plein de choses, il y a les hormones avec l'ocytocine, puis la
14 manière de t'en occuper si tu as l'instinct qui peut se développer au fur et à mesure. Enfin il y a
15 beaucoup de choses qui entrent dans la parentalité pour créer un lien entre mère et un enfant,
16 mais ça commence dès la grossesse ou l'accouchement selon les femmes ou les premières
17 années aussi.

18 **Juliette : Ouais des fois ça peut-être au cours, ce n'est pas direct qu'on apprend qu'on est**
19 **enceinte que l'instinct maternel vient.**

20 **Marie :** Non et puis y en a une fois qu'elles ont accouchés elles ne l'ont pas de suite et c'est
21 ok, ça peut venir après. Des fois il y en a qui ont besoin d'avoir un mois ou deux ça ne veut pas
22 dire qu'on n'aime pas l'enfant mais c'est le temps de se trouver en tant que mère. On est toutes
23 différentes sur ça.

24 **Juliette : Et du coup quel rôle joues-tu dans cette relation pendant les hospitalisations**
25 **surtout ?**

26 **Marie :** Chez les grands du coup ?

27 **Juliette : Oui chez tous les enfants**

28 **Marie :** Ici je trouve que la question n'est pas forcément appropriée, parce qu'en général ils
29 viennent ils sont malades, les enfants, enfin il y a déjà un rôle qui Un lien qui est établi.
30 Concernant les quand on est en maternité ou que ça se crée. Nous on est un petit peu là déjà

31 pour évaluer si la maman il a une fragilité ou si elle a besoin d'aide pour créer ce lien toi t'es là
32 pour un petit peu l'accompagner l'aider à faire les soins, l'encourager aussi parce que ce sont
33 des mamans qui ont souvent besoin d'être encouragé, aider revalorisés dans leur rôle. Parce que
34 quand tu n'as pas encore ce lien, tu as l'impression que tu es Que tu n'es pas adapté, nul, tu es
35 une mauvaise mère. Donc nous t'es là-dedans et puis que ce soit en matière ou autre, on a des
36 hospits qui sont souvent courtes donc ce n'est pas nous qui pouvons réellement faire un travail
37 pour le lire. Tu es obligé de les réorienter en externe Pour qu'ailleurs il y ait un relais qui soit
38 fait avec la PMI ou autre pour travailler sur le long cours.

39 **Juliette : Et est-ce que dans même chez les grands tu as eu des expériences où tu voyais**
40 **que le lien était fragile que même s'ils étaient assez grands il y avait quelque chose...**

41 **Marie :** Alors je peux te dire oui, mais c'est sur des situations où il y a eu des vécus difficiles,
42 mettons à l'adolescence, tu vois, je n'ai jamais vu, euh, Ici, euh un rôle où il n'y avait pas un
43 lien entre une mère et un enfant sans une raison grave entre guillemets. Pour ma part.

44 **Juliette : Au niveau de la relation soignant, enfant-parent, donc la triade, quelle place**
45 **accordes-tu aux parents dans le soin ?**

46 **Marie :** Primordial. Pour moi tu ne peux pas faire de soins l'enfant si t'as pas le parent. L'enfant
47 il est, euh, il a besoin d'avoir l'aval de ses parents pour que ça se fasse bien. S'il voit que son
48 parent il est inquiet ou il est dans le refus, enfin il ne voudra pas. Et à côté de ça aussi il y a des
49 enfants qui ne veulent pas parce qu'ils ont Parce qu'ils ont. Ils ont peur, ils ont besoin de voir
50 que leurs parents est OK avec le soin pour que pour qu'il accepte et qu'on puisse faire quelque
51 chose quoi pour moi ça n'a pas le parent c'est difficile de faire On n'a pas le parent en allié avec
52 nous, c'est plus compliqué.

53 **Juliette : Parce que là chez les grands c'est quelle tranche d'âge ?**

54 **Marie :** Officiellement on a de deux ans à 15 ans et trois mois.

55 **Juliette : Ok. Et ceux qui ont 15 ans et trois mois, est-ce qu'ils ont le droit de décider pour**
56 **eux ?**

57 **Marie :** Non, Ils restent mineurs.

58 **Juliette : Mais à partir de ces 15 ans et quatre mois ?**

59 **Marie :** Ils sont chez les adultes, mais ils restent quand même mineurs.

60 **Juliette : Ok donc ce sont toujours les parents, même s'ils refusent.**

61 **Marie :** Oui après on reste humain, c'est-à-dire que même nous un enfant qui est dans le refus
62 total, on ne va pas le plaquer dans le lit et faire le soin. On essaie de négocier, ça fait partie de
63 notre travail, on est beaucoup dans la négociation avec les enfants. Pour faire comprendre que
64 à la différence que un enfant de quatre ans lui un moment bien c'est sûr qu'il a les parents qui
65 sont un petit peu plus décisionnaires et qui vont dire non mais en fait-il faut le faire forcément
66 il faudra admettons jamais faire la prise de sang parce que il a pas eu une bonne expérience un
67 enfant de 13 14 ans, il va peut-être refuser mais lui par contre tu peux lui expliquer les choses,
68 tu peux discuter avec lui Et ce dialogue-là, cette négociation peut le faire changer d'avis plus
69 facilement.

70 **Juliette** Au niveau des représentations sociales, est-ce que tu aurais une définition à me
71 donner ? comme ça si ça te passe par la tête

72 **Marie :** Comme ça franchement non là comme ça sur le vif, c'est quoi la question ?

73 **Juliette :** pour toi qu'est-ce que c'est une représentation sociale ou des représentations
74 sociales ?

75 **Marie :** Là je vais un peu bugger sur la réalité, mais je dirais que c'est un peu la priori qu'on
76 peut se faire en voyant une personne.

77 **Juliette :** As-tu une expérience de prise en charge d'un enfant ou et où de sa famille qui
78 ont été victimes de représentation sociale ?

79 **Marie :** Non

80 **Juliette :** Jamais dans...

81 **Marie :** Ou la prise en charge aurait pu être...

82 **Juliette :** ou au bout d'un moment je t'ai dit on les traite différemment parce qu'ils ont
83 cette classe sociale ou parce qu'ils ont cette religion parce que...

84 **Marie :** Il est vrai qu'on reste humain et que on peut des fois se dire oh là là ça va être compliqué,
85 on peut se faire des idées sur des personnes c'est vrai, mais ça ne nous a jamais empêché de
86 faire la prise en charge jusqu'au bout et correctement. Après c'est à nous de nous adapter. Enfin
87 en tout cas pour ma part je n'ai jamais vu. En tout cas si on avait, admettons, des a priori, soit
88 ça nous les a les personnes nous les ont dessus démontrés et ça s'est fait. Soit en effet nos a
89 priori étaient entre guillemets bons, mais quoi qu'il en soit on est obligé d'aller au bout de la
90 prise en charge et de faire correctement Et après c'est toi qui t'adaptes, euh, admettons quelqu'un
91 qui comprend, je ne sais pas ça nous est déjà arrivé d'avoir des personnes illettrées, mais
92 forcément tu ne vas peut-être pas lui parler lui expliquer de la même façon que celui qui ne l'est

93 pas. Mais donc on s'adapte, mais pour moi je n'ai jamais vu une prise en charge négligée par
94 rapport aux représentations négligées ou au contraire revaloriser par rapport à ça.

95 **Juliette : Et donc selon toi, qu'est-ce qu'un bon parent ?**

96 **Marie :** Bah déjà il n'y en a pas. On est chacun un bon parent pour son enfant et on fait du enfin
97 chaque parent fait du mieux qui peut. Pour moi il peut y avoir une définition d'un bon parent.
98 Je pense juste qu'il faut de l'amour principalement de l'amour et de la sécurité à donner. Après
99 il y a des parents qui font de leur mieux qui ont du mal à mettre leur enfant en sécurité. Pourtant
100 ils aiment leur enfant, ils font de leur mieux et chacun avec ce qu'ils ont et ce qu'il peut donc
101 pour moi je ne peux pas parler d'un bon parent ce n'est pas

102 **Juliette : Et donc selon toi quel parent enfant pourrait être victime de représentation et**
103 **pourquoi ?**

104 **Marie :** Beh, qu'est-ce que je pourrais dire ...Des fois on peut voir en effet, comme je disais les
105 personnes qui ont du mal à comprendre, on peut facilement dire que ça sera compliqué ou autre
106 qu'ils ont du mal à comprendre ce qu'on leur dit et On peut se faire un peu des idées après
107 hormis ça, je ne vois pas. Après moi je parle pour moi, je ne vois pas comment.

108 **Juliette : Oui, par rapport à la religion ou la classe sociale encore une fois c'est large**

109 **Marie :** Ouais mais par rapport à la classe sociale ça peut nous arriver de dire des fois, je ne
110 sais pas, ils sont chichi pompon, ils sont même s'il ne le faut pas bien évidemment, mais ça peut
111 nous arriver. Voilà ceux qui sont, admettons qui vont nous demander de tout laver si de tout
112 laver là de changer les draps trois fois par jour de machin oui on fait dire oh là là ils sont un peu
113 chichi pompon c'est compliqué c'est vrai qu'on va le transmettre à la relève mais je trouve que
114 c'est en C'est plus quand on a accueilli un enfant et un parent qu'on a discuté un peu avec peut-
115 être on porte ses idées, ce n'est pas dès qu'il arrive et qu'on va se dire directement quelque chose
116 quoi.

117 **Juliette : Est-ce que t'as d'autres choses à rajouter par rapport à ce sujet par rapport à la**
118 **parentalité à la triade ? Quelque chose que j'aurais pu oublier dans les questions**

119 **Marie :** Euh, non non après la parentalité ça reste un vaste sujet, tu vois, tu ne peux pas pour
120 moi te cantonner un bon parent ou autre c'est quand même plus profond que ça et ce sont des
121 choses qui sont plus à creuser. Parce que ta définition de bon parent pour toi sera peut-être pas
122 la même pour ton d'autres. Et ce que toi tu considères comme un bon parent ne le sera peut-être
123 pas pour quelqu'un d'autre Donc c'est assez vaste.

124 **Juliette : Ok, beh parfait, merci beaucoup**

Annexe IV.III : Entretien aux urgences Pédiatrique 1

1 **Juliette : Je suis Juliette, étudiante de 3^{ème} année d'infirmière. Je viens dans le cadre de**
2 **mon mémoire, ma question de départ est : « En quoi les représentations sociales**
3 **influencent-elles la relation soignant/enfant/parent ? Et donc la première question, c'est**
4 **sur votre parcours depuis quand vous êtes diplômé infirmier ? Et après combien de temps**
5 **vous travaillez dans le service ? Et si vous avez une formation spécifique pour l'enfant.**

6 **Jean :** Alors je suis diplômé en 94 infirmiers et 98 puér, euh, c'était quoi la suite de la question
7 ?

8 **Juliette : Depuis quand vous travaillez dans le service ?**

9 **Jean :** Alors ici depuis 2000

10 **Juliette :** Donc vous avez fait qu'ici ?

11 **Jean :** pas que ça, mais j'ai fait essentiellement les urgences de pédiatrique.

12 **Juliette : C'était un souhait de travailler avec les enfants ou ?**

13 **Jean :** en fait pas au départ au départ comme beaucoup de garçons voulait faire un truc
14 technique anesthésie ou comme ça. J'étais pompier déjà avant de faire infirmier et j'ai fait du
15 réa au début et puis j'ai vite compris que c'était toujours pareil et voilà donc j'avais eu un premier
16 poste avec des enfants dans une colo sanitaire là avec des diabétiques donc avait découvert un
17 peu ça. Et puis à l'école d'infirmiers à l'époque, on faisait plusieurs stages en pédiatrie avec
18 enfin en tout cas avec des enfants et donc j'avais ça dans le coin de la tête quand je suis arrivé
19 à Avignon. J'avais demandé à être au pool pour faire un peu tout et voir un peu tout et voilà et
20 puis je leur ai fait savoir C'était en 95 donc il y a longtemps, je leur ai fait savoir que des
21 remplacements en pédiatrie ça ne me déplairait pas et au début ça les a fait rigoler. Il n'y avait
22 pas de garçons en pédiatrie et puis un jour ils m'ont mis en pédiatrie parce qu'il y avait besoin
23 et ils ne m'ont pas laissé repartir. Du coup voilà après j'ai enchaîné la formation et j'ai fait un
24 peu les grands enfants, la néonatalogie et puis après je suis arrivé ici.

25 **Juliette : Et ça vous plaît toujours autant ?**

26 **Jean :** Bah ouais, les conditions de travail deviennent plus compliquées qu'avant, mais sinon
27 oui je me lève content de venir travailler.

28 **Juliette : Après là ce sont des questions sur la parentalité. Donc comment pour vous se**
29 **crée la relation mère enfant ?**

30 **Jean :** Que la mère alors pas le père (*rire*)

31 **Juliette : Bah là du coup c'est pour la mère et l'enfant, mais avec le père aussi ça peut**
32 **marcher. Mais généralement la figure d'attachement primaire c'est ma mère.**

33 **Jean :** C'est en principe ça, bah ça se fait déjà avant la naissance souvent en projetant les choses
34 et j'imagine que la maman ressent plus que le papa forcément la présence de son enfant. De ses
35 enfants quand il y en a plusieurs. Donc voilà, il projette souvent l'imaginaire sur ce que ça va
36 être etc. Et puis après l'accouchement aussi les professionnels ils peuvent valoriser ce qu'il y a
37 la France qui est capable de faire quelle que soit la situation en fait que ça se passe bien mal
38 que la suite soit compliquée ou très simple. Essayer de faire en sorte voilà dans les discours
39 dans les gestes tout ça dans l'accompagnement immédiat que faire en sorte que le lien apparaisse
40 où se renforce. Voilà bon il y a actuellement il y a souvent les peaux à peau, les choses comme
41 ça le fait que même si l'enfant a besoin d'une assistance etc. on lui laisse à proximité la maman.
42 Donc ici il y a des y a des lits kangourous. Il y a des chambres avec la maman quand ils sont en
43 néonate, alors ça reste limité en nombre mais ça existe. Voilà et puis en néonate depuis longtemps
44 maintenant les parents peuvent rester venir aux heures qu'ils veulent.

45 **Juliette Ah avant on ne pouvait pas ?**

46 **Jean :** moi quand j'ai fait la néonate, les parents étaient supportés à certaines heures mais pas
47 au-delà des parents, c'est-à-dire que les autres frères et sœurs, les grands-parents, etc. pas
48 question et si tu vas si tu veux venir faire un tour en néonate, il y avait ce qu'on appelait le couloir
49 des familles, c'est-à-dire que il y avait un couloir avec toutes les chambres de l'époque visible
50 depuis le couloir avec des rideaux et c'était un peu comme un vivarium quoi on regardait les
51 enfants de l'extérieur quand les rideaux étaient ouverts Il y avait que la maman et
52 éventuellement le papa qui est rentré à certaines heures. C'était un peu comme en réa en fait. Et
53 moi qui faisais les nuits, on faisait rentrer en cachette mes parents à des heures où ce n'était pas
54 prévu. Voilà quand la maman accouchée qu'elle pouvait se déplacer les fois à l'année, passer
55 une heure avec son bébé ce n'étaient pas les choses officielles. Après le congé parental qui
56 existe en France permet aussi des facilités pour rester plus longtemps avec l'enfant.

57 **Juliette : Est-ce que vous pensez que la relation mère enfant est plus se crée plus**
58 **facilement que la relation père enfant justement ?**

59 **Jean :** beh déjà il y a neuf mois d'écart, il y a neuf mois de retard, c'est-à-dire que on peut
60 toujours projeter ce que va être l'enfant machin l'enfant en général, on le projette plutôt bien,
61 sauf quand on sait qu'il peut y avoir des problèmes de santé et des choses comme ça. Et bon
62 voilà, on a beau assister à la grossesse etc. investir les choses voilà on ne ressent pas
63 évidemment pas les mêmes choses. Après c'est pareil au moment de l'accouchement et les

heures et les jours qui suivent ça dépend la place qui est faite au père et la place que lui il veut ou peut prendre. Donc évidemment que si la possibilité d'être là le plus souvent de participer à tout, je ne sais pas la mise au sein, la prise des biberons, les change, de consoler les pleurs etc. c'est forcément c'est moins compliqué de s'investir là-dedans. Là après dans les couples souvent il y a une difficulté avec la place que la maman veut bien laisser au père, il y a souvent des difficultés entre les grands-parents. Souvent les grands-mères qui c'est un peu la caricature, mais ça existe quand même. Voilà donc chacun doit essayer d'avoir sa place et les parents doivent surtout essayer de prendre la leur et que ce soit le papa ou la maman.

Juliette Et du coup selon vous qu'est-ce qu'un bon parent ?

Jean : C'est celui qui n'écoute pas toutes les conneries qu'il peut lire et entendre etc. Alors bon il y a un minimum quand même de choses à savoir et à savoir-faire. Voilà mais il y a beaucoup Il y a beaucoup de choses qui sont culturelles qui varient d'une culture à une autre. Et qui selon l'éducation est encore plus la formation qu'on a eue peuvent varier et je ne sais pas s'il y a des bonnes manières des mauvaises manières etc. Il y a des choses qui ont été étudiées dans les techniques de savoir-faire euh... Il y a des choses qui peuvent être plutôt instinctives, il y a des choses que l'on a l'on a su qu'on a vu faire, on nous a transmis. Et puis il y a tout ce qu'on a appris, nous les paramédicaux. On a été formaté avec des trucs qui sont des fois très bien, et puis des fois moins bien et puis et qui surtout change assez régulièrement, c'est-à-dire que quelque chose, une consigne qui est très stricte dans les années 90, elle peut devenir complètement obsolète, voire dangereuse dans les années 2000, et puis revenir dans les années 2005, 2010, etc. et donc on passe souvent à notre temps à brûler les trucs qui ont été considérés comme mieux avant voilà. Un exemple

Juliette : Pour la relation soignant enfant-parent, quelle place accordez-vous aux parents lors de soins ?

Jean : Pendant les soins ?

Juliette : Oui, dans ce service du coup.

Jean : Moi qui suis-là depuis longtemps, ça a vraiment évolué quand je suis arrivé dans le service, les parents devaient sortir pendant les soins pour les soins Et donc ça a été pour moi un peu long, c'est-à-dire qu'il m'a fallu plusieurs mois avant que les collègues avec qui je bossais à l'époque qui étaient des anciennes anciennes, acceptent que on fasse les soins d'abord en présence, et puis après avec les parents quoi, donc on va dire que ici maintenant les parents on sollicite leur présence en tout cas ça se discute pas. On leur propose de sortir si on voit qu'ils sont mal à l'aise ou s'ils nous mettent mal à l'aise ou au lieu d'aider l'enfant, ils enfoncent, ils

enfoncent la situation, on va dire Voilà mais on essaie de les conseiller pour qu'ils soient plutôt aidants avec leurs parents et avec nous aussi tant qu'à faire avec leurs enfants pardon et voilà donc ils ont leur place, on essaie de leur en donner une en tout cas après en fonction de ce qu'ils ont vécu avant leur expérience de leur stress et tout ça ils apprennent de la façon dont ils peuvent. Voilà on va dire que la plupart des soins invasif ou pas se font avec eux. Il y a quand même certains soins où les médecins demandent à ce qu'ils sortent souvent c'est les ponctions lombaires, les réductions de fracture déplacées, des trucs comme ça qui se font avec ou sans ça c'est médecin indépendant on va dire voilà sinon nous c'est un peu au feeling En fonction de comment on les voit depuis le début de la prise en charge si on voit qui vont aggraver la situation, on leur conseille d'aller prendre d'aller faire un tour ou on leur explique rapidement comment ils peuvent se positionner pour améliorer le truc. Voilà mais la plupart du temps ils sont avec nous.

Juliette Quel rôle jouez-vous dans la relation soignant enfant-parent à part bien sûr le fait que c'est vous qui faites le soin quoi ?

Jean : Alors ce n'est pas toujours nous qui faisons le choix et la plupart du temps oui mais il y a des soins où par exemple le lavage de nez en montre aux parents et on leur fait faire, on fait une narine, on leur fait faire l'autre par exemple. Donc ils peuvent participer au soin et on a le rôle en fait en fait ce qui est à la fois compliqué et à la fois super dans pédiatrie c'est que il faut prendre tout le monde en charge en même temps et que normalement on parle pas de la même façon à un adulte calme posé qui est à l'écoute qu'à un adulte stressé, qui veut dire ce qu'il a à dire et qui veut pas écouter ce qu'on lui dit ou qui est pas en mesure d'entendre ce qu'on lui dit à l'enfant pareil qui est très calme, souriant et qui est là pour s'amuser ou qui est pas bien, qui respire pas bien, mais voilà donc il faut prendre en même temps très vite et efficacement en charge tout le monde. Donc il faut trouver le bon discours, la bonne attitude pour les rassurer pour leur expliquer ce qui se passe et ce qui va se passer, voilà mettre en confiance très vite, voire instantanément tout ça Donc on a chacun un peu nos techniques. Moi je travaille très souvent à l'accueil à l'infirmier d'accueil qui fait la prise en charge immédiate et qui fait oui qui fait le tri (*nous avons été interrompus*). Alors on disait que oui voilà chacun a sa technique. Moi j'ai plutôt tendance à leur montrer que moi je suis détendu que ça ne m'impressionne pas alors situation que ça, qu'on maîtrise le truc. Voilà je ne leur dis pas, mais j'essaie de leur montrer que voilà quand je les vois dans la salle d'attente, moi je fais le tour de la salle d'attente tous les quarts d'heure à peu près pour voir les nouveaux qui arrivent leur montrer que j'ai compris pourquoi ils étaient là que je sais qu'ils sont là et que je priorise ceux qui ont besoin d'être pris avant eux, etc. Sans leur dire, mais comme ça quand ils voient que je fais le tort tous les 10

131 minutes ou tous les quarts d'heure et que je prends les nouveaux et que l'autre je lui fais un
132 sourire, je lui demande si ça va puis voilà il voit qu'ils sont pris en compte voilà et ils voient
133 bien que quand il dit pourquoi il est là que je lui dis ah mais toi tu as ça alors je dis l'inverse
134 exprès pour, il vient, on voit qu'il a le pied qui est relevé machin, je m'il a mal aux oreilles bon
135 voilà normalement ils comprennent que on rigole donc si on rigole c'est que ça doit aller bon
136 voilà je fais un truc un peu caricatural mais c'est ça. Ou on voit qu'il est plié en deux qu'il a mal
137 là je lui demande ce qu'il a, je lui demande : tu as mal au ventre ? Et depuis quand ? Est-ce que
138 tu as pris des médicaments ? beh écoute je vais te donner un médicament pour que ça se passe
139 mieux ou voilà sur lequel bras je sais que c'est cassé et que je ne peux pas le prendre dans les
140 minutes parce que j'ai d'autres choses plus pressées. Et je lui dis ton bras il est cassé, on va faire
141 en sorte que ça se passe bien. On commence par calmer la douleur donc je te donne ceci cela
142 Et puis dès que je peux, je viens te chercher donc voilà dans le milieu qui suivent il est pris de
143 charge. Voilà ça en général, ça a pour effet de rassurer tout le monde, ils savent que on sait ce
144 qu'ils ont que on va les prendre en charge vite, voire les prendre de suite. Et voilà et il faut
145 rapidement détendre en fonction de la réalité, mais d'étendre les choses quoi Donc ça passe
146 beaucoup par la plaisanterie, voilà je leur donne des prénoms qui ne sont pas le leur ça permet
147 de vérifier leur identité aussi. Donc je les appelle Maurice Charles Germaine, Juliette, je leur
148 donne le prénom que tu veux. Ce n'est pas le sien. Du coup tu peux vérifier le nom de famille
149 par exemple voilà ça permet de descendre les choses quoi voilà. La prise de contacts avec le
150 bébé moi je leur parle de suite, même s'ils ont quatre semaines tu leur parles et je leur caresse
151 la tête ça prend contact avec la température la forme je chope la fontanelle, je peux faire avec
152 le pouce c'est ça que personne voit le temps recoloration cutanée, des trucs comme ça qui sont
153 et en même temps on parle aux parents, on parle à l'enfant, même si on a des mots, des phrases
154 très simples, machin, les parents ils comprennent normalement l'inverse c'est pas toujours vrai
155 mais voilà tout ça va ça se passe Donc bon voilà en gros moi ma technique c'est plutôt de
156 détendre l'atmosphère de leur montrer que pour nous c'est quelque chose d'habituel, voilà qu'on
157 sait faire et que ça va on va faire au mieux pour que on va faire pour que ça se passe au mieux.
158 Voilà après bon moi j'ai une formation pour faire de l'hypnose voilà c'est de l'accompagnement
159 contre le stress et la douleur en fait voilà avec MEOPA ça se passe souvent très très bien. On
160 fait souvent des soins en étant mort de rire. Ce n'est pas 100 % mais souvent on arrive à faire
161 des soins qui sont plutôt détendus pour tout le monde, on fait des sutures ou tout le monde rigole
162 l'interne de chirurgie, il vient plutôt chercher des gens qui vont accompagner les soins de façon
163 détendue, même si c'est un peu plus long. Pour eux aussi c'est plus confortable, voilà et puis
164 souvent l'enfant, il a plutôt un bon souvenir de son passage. Et les parents aussi.

Juliette : Oui ça aide en effet après au niveau des représentations sociales, donc comment définiriez-vous le mot la représentation sociale si vous avez une définition-là qui vous vient

Jean : euh...Idée préconçue ou comment on peut appeler ça ? euh... Ouais en fait c'est presque des caricatures en général qu'on se fait enfin qu'on a et quand on fait ce boulot, il faut tout de suite se méfier de nos préjugés Voilà de ce de ce qu'on a notre tête, alors on va dire que parfois c'est exactement ça correspond exactement à la réalité mais parfois non. Et la difficulté aux urgences dans les prises en charge dans les vraies urgences, c'est qu'il ne faut pas se laisser perturber parce que par la première impression qu'on a en voyant une situation, une famille voilà donc ça correspond parfois même souvent à ce qui va se passer. Mais on peut avoir des bonnes moins bonnes surprises, voilà il faut laisser la chance à la situation et essayer un peu que nos idées préconçues, ce ne soit pas ça qui mène la suite par exemple Moi je peux me méfier de certains types de populations que je vois. Voilà je viens de dire attention ça peut se passer comme ça parce qu'ils ont ces habitudes-là ces modes de vie etc. Mais ça peut aussi se passer différemment et je vais donner la chance à ce que ça puisse se passer différemment que la première impression que j'ai et la plupart du temps alors ça se passe bien parce que voilà il faut donner cette chance-là bonne il y a beaucoup de gens qui viennent souvent donc ils connaissent nous on les reconnaît pas mais eux ils nous reconnaissent souvent. Donc ça facilite les choses.

Juliette : Et du coup est-ce que vous avez des exemples de prise en charge ou un enfant ou même sa famille ont été victimes de représentation sociale ? Qui s'est bien ou qui s'est mal passé au final ou là vous vous êtes dit bon peut-être.

Jean : Ils ne sont pas toujours victimes, mais Par exemple, voilà un truc fréquent, c'est une famille avec plusieurs enfants qui arrivent Et quand on demande qui est moi je demande qui est malade et en gros ils disent tous les quatre enfants sont malades. Voilà donc on voit que ce sont des gens qui ne sont pas nés ici, qui sont arrivés, il y a peu de temps voilà et évidemment on se dit bon voilà ils n'ont pas de sécurité sociale peut-être ils n'ont évidemment peut-être pas de suivi médical régulier etc. Et donc on est leur consultation voilà donc c'est ce qui apparaît dans le premier flash et voilà il faut se donner la possibilité que ce soit ça et de toute façon s'ils n'ont pas de sécu, c'est nous qui allons les voir soit ils sont vraiment malades tous donc voilà ils sortent du bateau. Ils ont passé quelques heures, voire plus voilà et ils sont tous ils ont tous la gastro et les deux bébés sont déshydratés. Il y a le grand écart entre celui qui se gratte parce qu'il a la gale et parce qu'il vit dans des conditions forcément pas très bonnes. Et on va faire le médecin traitant parce que c'est comme ça on va même lui fournir les médicaments ou parce qu'il n'a pas les moyens de se les acheter et on va essayer de faire en sorte qu'il comprenne

comment on gère ce traitement. La gale par exemple et voilà et ça fait partie de nos missions Et puis à l'autre extrémité, voilà sur les quatre il y en a deux qui sont en état d'urgence réelle et il faut les prendre en charge très vite quel que soit leur situation. Ça peut être un exemple.

Juliette : ok

Jean : Après il peut avoir moi je me rappelle cas ou l'acheter de nuit à l'époque. Et donc j'ai clairement des gitans qui arrivent. Pareil, ce sont toujours les caricatures, ils arrivent avec le camion avec les chauffe-eaux dans tous les sens à l'arrière du camion, ils étaient plusieurs camions avec seulement une cabine à deux places, ils étaient quatre avec les bébés sur voilà sur les genoux enfin comme ça ils arrivent à fond ça dérape à l'arrivée enfin voilà et ils sortent en criant urgence, urgence ! En fait la caricature de ce qu'on voit souvent et moi j'avais un peu l'habitude déjà. Et il y avait plein de gens et tout ça donc je sais que si je ne les prend pas en compte tout de suite, je ne leur montre pas tout de suite que je les ai pris en compte ça va dégénérer. Donc je me vois l'enfant et eux ils voulaient me pousser pour rentrer. J'ai dit c'est moi qui c'est moi qui m'occupe de-vous, de votre enfant. Qu'est-ce qui vous inquiète ? Et je comprends que le papa il est inquiet que son enfant fasse une hypoglycémie. Est-ce qu'il est diabétique ? Non ! Il a en gros je comprends qu'il a une maladie qui fait qu'il peut faire des hypoglycémies. OK, on fait la glycémie. On fait la glycémie, la glycémie est normale donc il est déjà ça s'apaise et je demande de m'expliquer vite qu'est-ce qui se passe qu'est-ce qui angoisse et donc il m'explique ça je dis ok on s'en occupe maintenant là vous voyez qu'il n'y a pas d'urgence que vous craignez on va le prendre en charge dans 10 minutes il verra le docteur, on va le prendre en charge ça va bien du coup vous allez faire faire en sorte que tout le monde s'apaise et on va descendre le camion vous restez avec votre enfant je vous vois je suis devant vous, je finis ce que je fais et dans 10 minutes vous serez rentrés donc ça se passe bien. Voilà alors que si j'avais dit mais non ce n'est pas comme ça, descendez d'abord, faites l'entrée. Euh beh ça serait parti en ville, il serait arrivé avec quatre camions de plus et on aurait fait venir les vigiles tout ça pour parce que ben voilà. La première idée c'est voilà ils vont venir nous envahir, nous impressionner pour que voilà il y avait une bonne raison ce n'est pas toujours le cas mais une fois qu'ils ont compris que on a pris en compte que moi j'ai compris leur inquiétude et que je la prenais en charge rapide très vite. Bah ça se passe. J'en ai un autre qui est rigolo. (*rire*)

Juliette : je vous écoute

Jean : une fois on avait une urgence vitale un gamin, ils étaient vraiment très très mal. Je ne savais même pas si on allait le sauver puis avoir quatre ans un truc comme ça. Et donc pareil, c'est une famille des gens du voyage. Et donc ils sont arrivés beh même le style d'entrée en matière donc l'enfant était vraiment très mal et dans les minutes, mais vraiment les minutes quoi

233 dans moins de 10 minutes il y avait une quarantaine de gens du voyage dans le sas qui rentrait
234 dans la salle de déchocage et qui on ne pouvait plus rien faire quoi ils ne pouvaient plus rien
235 gérer, il n'arrêtait pas de le déranger il y en a qui ont menaçaient, il y en a voilà. Et donc bon
236 moi je suis plutôt au calme plutôt. J'essaie de montrer que je suis posé, même si ce n'est pas
237 toujours la réalité, mais voilà et à tel point que dans des réas je suis capable de siffler quoi de
238 chantonner ou de siffler des fois ça peut choquer des fois je m'excuse même parce que je ne fais
239 pas exprès mais les gens me disent mais ça veut dire que vous êtes serein. Ce n'est pas vrai,
240 mais en tout cas c'est l'impression qu'ils ont. Et donc là je leur demande de sortir, je dis mais le
241 papa à maman ça suffit laissez-nous travailler Et au bout d'un quart d'heure c'était ingérable là
242 où je sors et je gueule, je les engueule tous et puis ils étaient 40 et je gueule « maintenant ça
243 suffit vous faites chier vous me laissez travailler parce que là on ne peut rien faire cet enfant si
244 vous vous emmerdez comme ça il va crever. D'accord donc si vous voulez qu'il crève, continuez
245 à nous faire chier comme ça sinon vous arrêtez et vous partez » et donc là il y commence à
246 venir nous bousculer, s'il meurt je te tue enfin bon moi qui avait fait le pompier, je connaissais
247 déjà un peu ce genre de situation, mais c'était de toute façon c'était où ils nous laissent ou de
248 toute façon on ne pouvait pas on ne pouvait même pas accéder à l'enfant parfois. C'est donc le
249 style quand on essayait de le perfuser, ils étaient quatre ou cinq autour et la maman qui faisait.
250 « Ah il va avoir mal » machin et les autres qui dit tu as intérêt à ce que ça marche sinon s'il
251 arrive un truc enfin bon ce genre de situation pas très très facile à gérer et donc là je gueule le
252 truc, il y en a deux qui se rapprochent de moi et qui commencent un peu m'engueuler et il y en
253 a un qui crie « c'est bon, je le connais, on s'en va » et donc ils sont tous partis. Ils sont tous partis
254 le gamin deux heures après il partait en hélico à Marseille voilà mais il y en avait enfin Il y en
255 avait plusieurs qui me connaissaient sûrement parce que le camp d'à côté ils venaient tout le
256 temps peut-être moins maintenant donc voilà et le fait qu'il y en avait un dedans qui a dit assez
257 bon je le connais, ça va aller alors ils ne sont pas partis loin, mais ils se sont enlevés du milieu
258 et on a pu techniquer l'enfant pour qu'il puisse partir.

259 **Juliette : Vous devez avoir des situations quand même des fois.**

260 **Jean :** Ce n'est pas tous les jours, mais des fois voilà mais selon comment on se comporte. Et
261 ça peut être voilà d'un extrême à l'autre d'un côté, on montre que on comprend et on apaise la
262 chose et de l'autre côté des fois ça explose et ben voilà ça s'était pile ou face où je me faisais
263 casser la gueule et les autres ils ne pouvaient pas plus travailler et voilà c'était dramatique et
264 puis là ça a marché je n'ai pas réfléchi c'est parti comme ça. C'est parti comme ça.

265 **Juliette : Donc selon vous, quels parents enfants pourraient être victime de représentation**
266 **sociale et pourquoi ?**

267 **Jean :** Tout le monde, tout le monde, mais parce qu'on a les idées préconçues, soit par nos
268 expériences, soit par notre éducation, soit par les deux. Et que voilà si on ne s'en rend pas
269 compte voilà on marche comme ça mais c'est pareil quand ce sont des enfants médicaux que ce
270 soit les paramédicaux ou les médecins, c'est pareil quand ce sont des enfants nos profs. Voilà
271 donc on a des idées qu'on s'est faites au fil du temps ou que les autres nous ont rapporté enfin
272 voilà qui sont imprimés et même si elles le durent que 1/10 de seconde, elles ont existé. Voilà
273 donc, il y a des enfants voilà on va leur faire toute une batterie d'examens de test et le machin
274 parce que c'est le fils d'eux tel ou toubib machin et qu'on ne peut pas prendre le risque de faire
275 comme d'habitude ou de faire un truc raisonnable parce que c'est le fils de, évidemment donc
276 le gamin il va se prendre plein de choses qu'il n'aurait pas besoin parce qu'il faut soit rassurer
277 soit pas être en défaut avec voilà. Donc ça peut concerner tout le monde et de pêcher par excès
278 ou de considérer les choses qui ne sont pas forcément bonnes. Tout le monde, il n'y a pas que
279 les franges de la population de certaines populations qui sont concernées, ça peut être tout.

280 **Juliette :** Est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter ?

281 **Jean :** Non non voilà je pense que ce n'est pas vrai qu'aux urgences c'est vrai tout le temps.
282 Que notre cerveau il nous met en garde ou il nous oriente sur quelque chose. Il faut l'avoir dans
283 un coin de la tête parce que c'est parfois vrai. Et que l'on les fait comme ça, c'est fait exprès et
284 que mais qu'il faut toujours se donner la possibilité que ça soit différent et si on a envie que ça
285 soit différent il faut, de notre côté mettre en place les signaux et l'attitude pour que ça puisse se
286 passer autrement que ce que notre cerveau a analysé à la première analyse quoi

287 **Juliette :** Est-ce que c'est plus facile maintenant d'écouter juste les signaux et de se dire
288 non ça va aller qu'au début de votre carrière ?

289 **Jean :** Bah oui alors en début de carrière, j'étais encore plus attentif à ça parce que j'étais éduqué
290 comme ça et donc je ne voulais pas Voilà faire ce que j'avais vu des fois etc. donc je voulais
291 être dans ce contrôle-là. Mais des fois je me faisais avoir encore plus du coup parce que je
292 laissais avancer des situations en me disant non mais ça peut se retourner non mais c'est moi
293 qui interprète voilà et donc des fois je me faisais manger ou voilà donc je laisse la chance, je
294 mets en place ce que je pense nécessaire pour que ça puisse se passer bien pour tout le monde.
295 Quand je vois que ça dérive et que ça ne convient pas en tout cas pour la prise en charge ou ça
296 ne me convient pas à moi, ben je recadre, j'essaie de réorienter le truc. Ça marche souvent, mais
297 ça ne marche pas toujours. Des fois ça se passe comme ça devait se passer. Voilà ce n'est pas
298 de la science exacte, mais oui l'expérience ça fait une différence mais on va dire que la plupart
299 du temps, 95 % du temps, je sais comment ça va se passer, c'est-à-dire que s'il y a une famille
300 avec qui ça peut dégénérer, je l'identifie très très vite, je fais pour que ça se passe très bien

301 machin tout ça mais si ça dégénère sur les 120 personnes qu'on aura vu dans la journée, ça sera
302 celle-là. Souvent c'est très rare de se faire surprendre, ça peut arriver aussi c'est très rare.

303 **Juliette : D'accord, merci beaucoup.**

304 **Jean : C'était volontiers**

Annexe IV.IV : Entretien aux urgences Pédiatrique 2

1 **Juliette : Je suis Juliette, étudiante de 3^{ème} année d'infirmière. Je viens dans le cadre de**
2 **mon mémoire, ma question de départ est : « En quoi les représentations sociales**
3 **influencent-elles la triade en pédiatrie ?**

4 **Tristan : Du coup, qu'est-ce que t'appelles la triade ?**

5 **Juliette : La relation parent, enfant, soignant Du coup en premier lieu, c'est juste une**
6 **présentation : depuis quand vous êtes diplômé, depuis quand vous travaillez dans le**
7 **service et est-ce que vous avez des formations spécifiques à l'enfant ?**

8 **Tristan : Ok, du coup moi je suis diplômé de juillet 2023.**

9 **Juliette Infirmier ou... ?**

10 **Tristan : Infirmier, je n'ai pas de spécialité puer et je bosse ici depuis novembre 2025. Donc**
11 **depuis novembre dernier.**

12 **Juliette : D'accord. C'était un choix de venir ici où ?**

13 **Tristan : C'était un choix, c'était non ce n'était pas forcément un choix parce que en fait je**
14 **cherche un service technique et il n'y en a pas 36 000. Et ils m'ont appelé ici et ça a bien matché**
15 **du coup je suis venu bosser ici et puis c'était une expérience supplémentaire en donnant un**
16 **service différent donc au final, par contre de rester c'est un choix. Puisque je me plais.**

17 **Juliette : Concernant la parentalité, comment pour vous se crée la relation mère enfant**

18 **Tristan : Comment elle se créer ? Bah pour moi elle ne crée pas elle est comme assez intuitive**
19 **généralement un enfant quand il est dans le ventre de sa mère, il y a quand même des choses**
20 **qui se passent dans la mesure où l'enfant ressent beaucoup de choses. Que la mère pourrait**
21 **vivre. Donc dans cette mesure-là pour moi il n'y a pas grand-chose qui crée après une fois que**
22 **l'enfant est né, par contre elle se crée par la relation qu'ils vont entretenir. La capacité de la**
23 **maman à pouvoir être présente pour l'enfant à prendre du temps pour lui être bienveillante à le**
24 **stimuler À des jeux d'éveil, être bienveillante avec lui, etc. être bien traitante.**

25 **Juliette : Selon vous, qu'est-ce qu'un bon parent ?**

26 **Tristan : Un bon parent ? Bah un bon parent, c'est quelqu'un qui est bien. C'est quelqu'un**
27 **comme un bon soignant, c'est quelqu'un qui est bien traitant et qui est bienveillant parce**
28 **qu'enfin bien traitant plutôt que bienveillant parce que bienveillant peut être bienveillant, mais**
29 **sans être bien traitant donc il va être surtout bien traitant. Donc qui va être vigilant aux besoins**

30 de l'enfant qui va apprendre soin de lui Et qui va tout faire pour aller en son sens et pour qu'il
31 puisse évoluer et pour grandir dans un cadre confortable.

32 **Juliette : Concernant la relation du coup la triade, soignant enfant parent, quelle place**
33 **accordez-vous aux parents lors d'un soin ?**

34 **Tristan :** Euh ...Bah les parents c'est un peu comme ils font partie de notre binôme à nous
35 parce que nous on est avec qu'on doit perfuser, on est avec auxiliaire de puériculture mais les
36 parents ils sont là pour apaiser l'enfant, divertir l'enfant Et le rassurer, on essaye de l'inclure
37 dans la prise en charge dans la mesure où il est moteur dans la prise en charge. Parce que qu'il
38 ne va pas au contraire stresser l'enfant et angoisser l'enfant.

39 **Juliette : Et votre rôle à vous dans cette triade. À part soigner et tout ça avec les parents.**

40 **Tristan :** Notre rôle il est aussi de ... avec les clés qu'on peut avoir au fur et à mesure du temps
41 qu'on va passer ici, on a des clés pour pouvoir justement apaiser l'enfant, trouver des solutions.
42 Pour aussi faire en sorte que le soin soit le moins douloureux possible et aussi de manager un
43 peu les parents parce qu'il y a des parents qui enfin tout le monde a une résistance particulière
44 un peu au contexte hospitalier à la douleur, des choses comme ça. Donc le but il est aussi de
45 c'est notre rôle aussi à nous de manager un peu les parents pour leur dire un peu comment ils
46 doivent se comporter comment ils doivent Les aider un petit peu dans cette épreuve-là qui est
47 l'hospitalisation ou même juste la prise en charge de leur petit ou d'autant plus quand c'est un
48 premier enfant et qu'ils n'ont jamais vécu cette situation-là quoi.

49 **Juliette : Et après pour les représentations sociales, comment est-ce que vous définiriez**
50 **les représentations sociales ? Si vous avez une définition à tout de suite.**

51 **Tristan :** Des représentations sociales ? Euh... Bah pour moi ça fait partie de la sectorisation
52 un petit peu des classes des classes sociétales un peu et sociales, par ta profession, ton milieu
53 d'où tu viens, le contexte économique. Enfin un peu ce qu'on voyait un peu sur économique et
54 sociale. C'est ta culture, enfin ce sont les trépieds, ta culture, tes revenus et ton poste ton revenu
55 professionnel, savoir avec quel type de personne tu évolues quelles sont tes études ? Ce sont
56 des choses qui vont générer plus ou moins pour moins une représentation sociale.

57 **Juliette : Avez-vous des exemples de prise en charge d'un enfant et ou d'une famille qui**
58 **ont été victimes de représentation sociale justement ? Soit par vous, soit par un collègue,**

59 **Tristan :** Non, je n'ai pas d'exemple en particulier parce que je trouve que je pense qu'on est
60 encore moins On est moins assujettis à ça que chez les adultes dans le sens où vu que ce n'est
61 pas une relation en B2B l'enfant il est traité à part entière alors enfin dans le sens où quand on

62 traite un enfant, enfin même si les parents ils sont un peu, je peux utiliser l'adjectif con, même
63 si les parents ils sont cons en soi l'enfant il n'a rien demandé. C'est comme si dans un divorce
64 tu considérais que ton enfant il devrait subir ta relation avec ton ex-femme ou ton ex-mari. Donc
65 non je n'ai pas de représentation pour moi. À moins que l'enfant ce soit une terreur et dans ce
66 cas-là et qu'effectivement ce soit quelqu'un de très compliqué et que les parents soient en ce
67 sens-là et soient limite moteur dans ce comportement-là et qu'ils soient pas loin en train de le
68 canaliser, en train de lui faire comprendre que il y a un temps pour tout pour s'amuser et pour
69 être soigné et que quand il est pas bien, il faut aussi qu'il soit qu'il soit réceptif un peu aux soins
70 et pas qu'il nous complique les soins dans le sens où on peut pas plus s'éterniser dans la chambre
71 pour lui. Je ne vois pas en quoi moi je n'ai pas de situation où les représentations sociales est
72 vraiment eu une influence sur la présentation d'un patient du coup d'un enfant.

73 **Juliette : Et du coup selon vous quels parents enfants pourraient être victime de**
74 **représentation et pourquoi ?**

75 **Tristan :** Quel parent enfant ? Bah je ne sais pas des enfants euh des enfants qui pourraient
76 être vraiment turbulents. Avec un comportement qui serait inadapté à une prise en charge ou
77 même à la vie de tous les jours, un enfant qui ne respecte pas les règles, un enfant qui fait
78 n'importe quoi qui n'écoute pas. Ce sera un enfant qui pour moi serait plus à même d'être
79 concerné par ses représentations-là comme des parents qui seraient pas du tout enclins à
80 respecter aussi les règles dans un hôpital comme ils respecterait les règles chez lui ou peu
81 importe quelque part qu'on leur dit je ne sais pas de pas fumer de pas faire tel ou telle chose de
82 De pas donner à manger de pas donner à boire et de respecter certaines règles qui sont dans le
83 sens de l'enfant. À partir du moment où ça a un conflit avec une prise en charge, je pense que
84 oui ce sont des gens qui pourraient être à même d'être un peu lésés par ce comportement-là.

85 **Juliette : Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?**

86 **Tristan :** Non c'est bon

87 **Juliette : Merci**

Annexe V : Grille d'analyses des entretiens

Thèmes/questions	Sophie (PDE1)	Marie (PDE2)	Jean (UP1)	Tristan (UP2)
Présentation/parcours	IDE en 2020 et PDE depuis 2021 (L.8, 17)	IDE depuis 2018 et PDE depuis 2019 (L.4 à 5)	IDE depuis 1994 et PDE depuis 1998 (L.6)	IDE depuis juillet 2023 (L.8)
Ancienneté dans le service	Depuis octobre 2021 (L.11 à 12)	Depuis 2021(L.7)	Depuis 2000 (L.9)	Depuis novembre 2025 (L.10)
Formation spécifique à l'enfant	Formation de puéricultrice (L.5)	Formation de puéricultrice (L.5)	Formation de puériculteur (L.6)	Non (L.10)
Construction de la relation mère/enfant	Confiance, temps, patience, réponse à leurs besoins (L.25 à 33)	Les hormones, la manière de s'occuper du nourrisson, dès la grossesse ou à l'accouchement (L.12 à 17)	Avant la naissance, (projection imaginaire maternel), se renforce après l'accouchement (peau à peau, proximité mère enfant, accompagnement des soignants (L.33 à 44)	Relation naturelle, intuitive dès la grossesse et se renforce après la naissance par la présence, la bienveillance, les interactions et la capacité à répondre aux besoins de l'enfant (L.18 à 24)

Bon parent	Il n'y en a pas mais savoir répondre aux besoins de son enfant (L.35 à 45)	Il n'y en a pas, chacun est un bon parent pour son enfant (L.96 à 101)	Celui qui n'écoute pas tous ce qui lit et ce qu'il entend, choses instinctives (L.73 à 85)	Il est bientraitant plutôt que bienveillant, attentif aux besoin de l'enfant et capable d'assurer son développement dans un cadre sécurisé/ sécurisant et adapté (L.26 à 31)
Rôle des parents lors d'un soin	Énorme (L.57 à 62)	Primordial (L.46 à 52)	Ça a évolué au fil des années, (L.90 à 108)	Partie de notre binôme, ils participent aux soins comme partenaire, rassurent, apaisent et distraient l'enfant, essaye de les inclure dans la prise en charge si ils sont bénéfiques (L.34 à 38)
Rôle du soignant	Rôle intermédiaire (L.82)	Évaluer le lien de la mère et son enfant,	Rôle intermédiaire, adapter sa communication avec les parents et les enfants, rassurer,	Plusieurs fonctions (apaiser l'enfant, trouver des solutions

		aider, encourager, revaloriser (L.28 à 38)	expliquer et mettre en confiance rapidement, faire participer les parents aux soins, utiliser les techniques relationnelles (L.111 à 164)	pour réduire les douleurs, manager les parents) (L.40 à 48)
Définition représentations sociales	Singulier pour chaque personne, dépend de ta vie personnelle et professionnelle (L.93 à 96)	A priori que l'on peut se faire en voyant une personne (L.75 à 76)	Idées préconçues/caricatures/préjugés par nos expériences, notre éducation, soit par les deux (L.167 à 182/ L.268)	Sectorisation des classes sociétales de par la culture, le milieu social et économique et les études ainsi que la profession (L.51 à 56)
Exemple de situation	« Syndrome méditerranéen » (L.103 à 128)	Non (L.79)	Famille du voyage, (gitans) (L.203 à 227)	Pas de situation concrète, en pédiatrie l'enfant est pris en charge indépendamment des parents, les soignants se concentrent sur l'enfant en faisant abstraction des jugements (L.59 à 72)

Population à risque de représentation et pourquoi ?	N'importe qui (L.131) Ça dépend de l'état et de l'humeur du jour, de ton expérience professionnelle et personnelle et de la relation avec la famille (L.141 à 142)		Tout le monde (L.267 à 279) Par des idées que l'on se fait (L.267 à 279)	Enfants turbulents ou non coopératifs, parents non respectueux des règles de l'hôpital (L.75 à 84)
Conclusion			Les représentations sociales sont inévitables mais peuvent être maîtrisées, l'expérience permet de mieux les identifier et qu'elles ne soient pas néfaste dans nos pratiques (L.281 à 286)	

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



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

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

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

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

Je soussignée (Prénom, NOM) : Juliette ROTH

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 :

Au-delà des idées reçues, une relation de confiance à construire

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 11/05/2026

Signature :

Au-delà des idées reçues : une relation de confiance à construire

Résumé :

Ce travail de fin d'étude débute par une situation vécue en stage de pédiatrie, lors d'un soin prodigué à un nourrisson se déroulant en l'absence des parents, non joignables dans un contexte social précaire. Le questionnement qui en découle s'oriente sur les représentations sociales et la manière dont les soignants prennent en compte certaines situations familiales complexes. La question de départ posée est : **En quoi les représentations sociales influencent-elles la relation soignants/parents/enfant ?** Pour enrichir mes recherches sur le sujet, j'ai réalisé quatre entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers et puéricultrices dans un service qui accueillait des enfants pour une hospitalisations de longue durée et dans un service d'urgence pédiatrique. L'analyse des entretiens met en évidence que les représentations sociales peuvent influencer la posture professionnelle, les attitudes ainsi que la relation de confiance avec les parents. Les soignants interrogés montrent cependant une volonté d'adopter une posture bienveillante et de ne pas porter de jugement malgré certaines situations complexes. Ce travail de recherche m'a permis de comprendre l'importance de la réflexivité dans la pratique soignante afin de limiter les jugements et de favoriser la prise en charge individualisée de l'enfant et de sa famille.

192 mots

Mots clés : pédiatrie, représentations sociales, relation soignant/enfant/parents, parentalité, relation de confiance, posture professionnelle

Beyond preconceived ideas: a trusting relationship to be built

Abstract:

This end-of-study project begins with a situation experienced during a pediatric placement, during which care was provided to an infant in the absence of the parents, who could not be reached in a context of social insecurity. The questioning that stemmed from this situation focused on social representations and the way healthcare professionals consider certain complex family situations. The initial question was: **How do social representations influence the relationship between healthcare professionals, parents and children?** To support my research on this topic, I conducted four semi-structured interviews with nurses and pediatric nurses working in a long-term pediatric hospitalization unit and in a pediatric emergency department. The analysis of these interviews highlights that social representations can influence professional posture, attitudes, as well as the trusting relationship established with parents. However, the healthcare professionals interviewed expressed a willingness to adopt a caring posture and to avoid judgment despite certain complex situations. This research work allowed me to understand the importance of reflexivity in a nursing practice to limit judgments and promote individualized care for both the child and the family.

178 Words

Keywords: pediatric, social representation, nurse-child-parent relationship, parenthood, trusting relationship, professional posture.