



I.F.S.I. de l'E.R.F.P.P. du
G.I.P.E.S. d'Avignon et du
Pays de Vaucluse

COULOUMA Clémence

Promotion 2017-2020

Travail de fin d'études

Les parents au cœur de la triade enfant, parents, soignants

Unité d'enseignement 5.6 S6 :

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 24 mai 2020

Directeur de mémoire : Carine BUFFE

Note aux lecteurs :

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

Remerciements

Ce travail est l'aboutissement d'un dur labeur et de beaucoup de sacrifices, il n'aurait pas pu voir le jour sans l'aide précieuse de nombreuses personnes. C'est pourquoi, je tiens à remercier tous ceux qui m'ont aidée et encouragée tout au long de l'élaboration de ce travail de fin d'études mais également au cours de ma formation.

Je voudrais, dans un premier temps, remercier ma directrice de mémoire, Mme BUFFE, pour sa disponibilité, son soutien et surtout ses conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Un grand merci à tous les formateurs de l'IFSI du GIPES d'Avignon, pour leur soutien, leur aide et leur accompagnement tout au long de ses trois années de formation. Je remercie particulièrement Mme PIERI, qui a su, dès le début de la formation, encourager le groupe II et nous unir pour ces trois années, aussi belles qu'intenses, que nous avons passées ensemble. Sa gentillesse et sa bonne humeur durant les nombreux travaux dirigés effectués en sa présence, ont su me faire oublier les moments parfois difficiles.

Par la suite, je souhaite témoigner toute ma gratitude à l'ensemble des professionnels rencontrés sur mes divers lieux de stages, pour leur soutien et leur accompagnement dans l'apprentissage du métier d'infirmier. Je remercie également les puéricultrices qui ont accepté de me consacrer du temps pour la réalisation de mes entretiens, en répondant à mes questions et en me partageant leurs expériences.

J'exprime également mes plus sincères remerciements à ma famille et à mes amis, pour leur patience, leur écoute et leur soutien durant ces trois ans de formation. Un grand merci à Maud, infirmière libérale rencontrée lors d'un stage d'observation et devenue une grande amie, qui a su m'encourager, me soutenir et m'accompagner dans mon projet professionnel.

Enfin, je voudrais remercier tous mes amis et camarades de promotion, et tout particulièrement Clémence, pour ces trois années passées ensemble, dans les bons comme dans les moins bons moments.

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
1. Situation d'appel.....	2
1.1. Questionnement.....	4
1.2. Question de départ.....	6
2. Cadre de référence.....	7
2.1. Développement de l'enfant.....	7
2.1.1. Développement cognitif et intellectuel.....	7
2.1.2. Développement affectif et social.....	12
2.1.3. Développement de la personnalité.....	15
2.2. Les parents.....	18
2.2.1. La parentalité.....	18
2.2.2. Le lien d'attachement entre l'enfant et ses parents.....	19
2.3. La triade enfant-parents-soignants.....	21
2.3.1. Proximologie.....	22
2.3.2. Du côté de l'enfant.....	23
2.3.3. Du côté des parents.....	24
2.3.4. Du côté des soignants.....	27
3. Enquête exploratoire.....	29
3.1. Méthodologie du recueil de données.....	29
3.1.1. Choix de l'outil.....	29
3.1.2. Population ciblée.....	29
3.1.3. Organisation des entretiens.....	31
3.1.4. Difficultés rencontrées.....	32
3.2. Analyse et exploitation de l'enquête.....	32
3.2.1. Prise en charge de l'enfant.....	32
3.2.2. Prise en charge des parents.....	40
3.2.3. Le soignant.....	47
CONCLUSION.....	51
BIBLIOGRAPHIE.....	53
ANNEXES.....	56

INTRODUCTION

Dans la relation soignant-soigné nous parlons souvent d'une dualité mettant en lien deux personnes. Cependant, dans le cas de la prise en charge d'un enfant, cette relation se transforme en une relation triangulaire, appelé triade, dans laquelle tous les acteurs ; enfant, parents et soignants ; sont en relation les uns avec les autres.

Suite à l'obtention de mon diplôme, j'envisage de passer le concours puéricultrice afin de pouvoir travailler auprès des enfants. Cette formation supplémentaire me permettra d'avoir des connaissances plus approfondies sur la puériculture, sujet non abordé durant les trois années de formation au diplôme d'infirmier. Il m'a paru, par conséquent, pertinent et utile d'axer mon travail de fin d'études sur les enfants en lien avec les différents acteurs l'entourant au cours d'une hospitalisation, tels que les parents et les soignants.

Ainsi, au regard de ma situation d'appel, plusieurs questionnements en sont ressortis mais j'ai voulu orienter mon travail de recherche sur la triade enfant-parents-soignants, et plus précisément sur la place des parents dans la relation de soin à l'enfant. En effet dans ma situation je me suis sentie, à plusieurs reprises, démunie, ne sachant pas comment me positionner dans la relation enfant-parents et comment adapter la prise en charge. J'ai donc choisi ce thème afin d'améliorer mes connaissances sur l'enfant et la relation avec ses parents, nécessaires pour adapter ma posture professionnelle et élaborer une prise en charge de qualité.

Pour ce faire, j'ai tout d'abord décrit une situation vécue en stage sur la prise en charge d'un enfant et de ses parents. Par la suite, j'ai élaboré un certain nombre de questionnements autour de cette situation. Après avoir défini ma question de départ, j'ai effectué des recherches théoriques sur la psychologie de l'enfant, puis sur la parentalité et le lien d'attachement avec l'enfant, et enfin sur les émotions et besoins de chaque acteur de la triade. Pour éclairer mes concepts, j'ai ensuite décidé d'interroger des professionnels paramédicaux afin d'analyser les entretiens au regard de mes références théoriques.

1. Situation d'appel

Le service de chirurgie ambulatoire est composé d'une trentaine de lits où seuls des infirmiers et des brancardiers sont présents. Les patients de ce service viennent pour une opération sur la journée, ils sont la plupart autonomes et ont pris au préalable leur douche chez eux, d'où l'absence d'aides-soignants. Ce service accueille tous types de personnes : des enfants, des adolescents, des adultes, jusqu'aux personnes âgées, autonomes ou dépendantes. Mon projet étant d'exercer la profession de puéricultrice, j'avais hâte de rencontrer des enfants afin d'appréhender le soin à l'enfant, sa prise en charge mais aussi la prise en charge des parents.

Lors de ma deuxième semaine de stage, Tristan, un enfant de 4 ans, est admis dans le service de chirurgie ambulatoire pour une opération des végétations. C'est sa première hospitalisation et il est accompagné de ses deux parents.

A son arrivée, je l'amène, avec ses parents, dans la chambre, j'explique à ces-derniers la façon de mettre la tenue de bloc opératoire à Tristan et leur dit que je reviens dans dix minutes pour les dernières vérifications nécessaires avant l'intervention et pour administrer la prémédication.

De retour dans la chambre, accompagné d'une infirmière, nous retrouvons Tristan en pleurs et anxieux face à un milieu qui lui est inconnu, l'hôpital. Il ne sait pas ce qui va lui arriver, il appréhende l'opération, bien qu'elle lui ait été expliquée par ses parents et le médecin. Le père, comme la mère, essayent de le rassurer, en vain. De plus, ils n'ont pas réussi à mettre la tenue à Tristan qui était trop agité. Avec l'infirmière, nous essayons de l'apaiser et de le faire sourire, notamment en évoquant des termes familiers et connus pour lui, tels que les « schtroumpfs » pour lui faire apprécier sa tenue de bloc opératoire et qu'il accepte de la mettre. En effet, dans ce service, les tenues de bloc opératoire sont bleues et un dessin de « schtroumpfs » y est placé au niveau de la poitrine. Finalement, en évoquant des termes simples sur ce qui lui arrivait et ce qu'il allait subir, nous réussissons à le calmer quelque peu. Par ailleurs, nous lui disons que, s'il le souhaite, son doudou pourrait l'accompagner jusqu'au bloc opératoire. J'ai alors remarqué sur son visage qu'il était moins crispé et plus apaisé.

Les parents étant également anxieux face à cette situation, je leur explique ce qui va se passer pour leur fils. Avant l'opération, Tristan va recevoir un traitement destiné à réduire la douleur post-opératoire, mais également l'apaiser et l'endormir avant qu'on lui administre les produits anesthésiants pour l'intervention. J'explique par la suite le déroulement de celle-ci, sa durée approximative et enfin comment se passera le retour en chambre de Tristan. Il est important de rassurer les parents car l'enfant se base énormément sur leurs comportements, leurs émotions et peuvent ainsi influencer ceux de l'enfant.

Une fois Tristan un peu calmé et les parents plus sereins, j'ai pu leur poser les questions nécessaires à l'entretien d'accueil. J'ai aussi pris les constantes de Tristan en expliquant bien que pour le tensiomètre le brassard allait serrer un peu le bras afin que cela ne l'effraie pas. Enfin, je lui donne la prémédication en lui expliquant que cela allait l'apaiser et l'endormir légèrement pour l'opération. Avant de sortir de la chambre, j'indique aux parents qu'il leur faut maintenant attendre que le brancardier vienne chercher leur fils pour le descendre au bloc opératoire. Quand nous sortons de la chambre, les parents sont plus rassurés mais restent anxieux car leur fils l'est toujours un peu. Nous contrôlerons cela avant qu'il descende au bloc opératoire avec la prémédication que je viens de lui donner. Quelques instants plus tard, je retourne dans sa chambre et constate qu'il est apaisé, il somnole même dans son lit. Les parents sont moins stressés du fait que leur enfant n'est plus anxieux.

Tandis que Tristan est encore au bloc opératoire, en passant dans le couloir, j'aperçois sa maman faisant les cent pas, elle est très anxieuse. En passant devant cette dernière, elle m'interpelle me demandant si Tristan allait bientôt remonter et si son opération s'était bien passée. J'essaye de la rassurer et je reporte ce que je suis en train de faire car je la sens très préoccupée. Je vais donc voir en salle de soins où en est l'opération de Tristan. Je l'informe qu'il vient de sortir du bloc opératoire et qu'il est en salle de réveil. Il devrait donc bientôt remonter mais il doit d'abord se réveiller en SSPI¹. Je repars à mes occupations en la laissant plus apaisée, j'aurais voulu faire plus mais je ne savais pas comment m'y prendre pour l'aider davantage.

1 Salle de surveillance post-interventionnel

Au retour de bloc, je me rends dans la chambre de Tristan pour voir si tout va bien et prendre ses constantes. Il est calme et encore un peu endormi. Concernant sa mère, elle a complètement changé de comportement, elle est sereine et rassurée que son fils soit enfin de retour, qu'il se sente bien et que son opération se soit bien passée.

1.1. Questionnement

À la suite de cette situation, je me suis posée énormément de questions.

Tout d'abord, cela m'a permis de comprendre que l'hospitalisation génère de l'anxiété et de l'angoisse. Dès l'arrivée de Tristan, j'ai senti qu'il était anxieux, son regard était apeuré et une fois arrivé dans la chambre il est devenu agité. Quant aux parents, voyant leur enfant dans cet état, j'ai aussi pu observer qu'ils étaient angoissés.

Il est vrai que les enfants, même s'ils ne le verbalisent pas, à la différence des adultes, peuvent être stressés face aux changements de repères ou événements inhabituels. En effet, Tristan est, ici, face à l'inconnu puisque c'est sa première hospitalisation. Je pense que ces émotions doivent être perçues différemment par l'enfant suivant le nombre et la nature des hospitalisations, même si je n'ai pas été confrontée à une situation de la sorte. Cette anxiété peut être aussi due à la peur d'avoir mal ou la peur d'être séparé de ses parents.

Concernant les parents, cette appréhension ou angoisse peut être due à un manque d'information sur l'état de santé de leur enfant, un sentiment d'impuissance ou bien encore le fait de voir leur enfant dans un état inhabituel d'anxiété.

Ainsi, je me questionne sur le rôle des soignants dans la prise en charge de ces émotions, notamment chez l'enfant. Pour favoriser cette prise en charge il me semble important de savoir reconnaître les signes de l'anxiété infantile et savoir quelle est la différence entre angoisse et anxiété.

Par la suite, dans cette situation, Tristan n'était pas le seul à être face à l'inconnu, je l'étais aussi. En effet, c'était la première fois que je prenais en charge un enfant. J'appréhendais quelque peu cela puisque qu'il faut avoir les bons mots et les bons gestes pour que l'enfant comprenne les choses et ainsi instaurer une relation de confiance. Dans ma situation, lorsque j'ai aperçu Tristan anxieux je me suis tout d'abord sentie démunie car je ne savais pas comment m'y prendre et quoi lui dire pour l'apaiser. J'ai eu des difficultés à

trouver une posture adaptée, notamment par crainte de faire des erreurs dans la communication. L'infirmière qui était à mes côtés a commencé à lui parler en utilisant des termes simples et familiers pour le rassurer, c'est alors que j'ai également pu trouver quelques mots pour l'apaiser.

De plus, je me suis sentie d'autant plus démunie lorsqu'il m'a fallu rassurer les parents, et plus particulièrement la mère de Tristan lorsque celui-ci était au bloc opératoire. En effet, les parents s'attendent à ce que les soignants aient les réponses à toutes leurs questions sur la santé de leur enfant, ils nous le confient et nous font confiance dans sa prise en charge. Auprès des parents je pense donc qu'il faut être sûr de soi, à l'aise et savoir quoi leur dire en toutes circonstances. N'ayant pas encore toutes les connaissances nécessaires et l'expérience qui va avec, j'étais un peu perdue face à l'angoisse de la mère de Tristan.

Par ailleurs, les parents de Tristan déjà angoissés par l'intervention de leur fils et par son comportement, mon manque d'expérience a également pu accentuer leur sentiment. En effet, l'image du soignant, ici en tant qu'étudiante, renvoyée au soigné peut véritablement influencer ses ressentis et ses émotions.

C'est pourquoi, je me demande comment les soignants expérimentés gèrent-ils leurs émotions et quelles attitudes ont-ils face à des situations qui leurs sont inconnues ? Il est important pour moi de savoir quel est le comportement à adopter auprès des enfants, notamment anxieux, pour assurer une prise en charge optimale. Il est aussi nécessaire de savoir rassurer les parents pour que leurs émotions influencent, de manière positive, le comportement de leur enfant. Il faut alors comprendre dans quelles mesures cela est-ce possible. Enfin, plus généralement, je me questionne sur la place et le rôle des parents dans le soin à l'enfant.

Cette situation m'a aussi amené à me poser la question suivante : est-ce que tout dire c'est bien soigner ? En effet, à l'admission de Tristan, j'ai senti les parents anxieux et angoissés, j'ai alors voulu leur expliquer tout ce qui allait se passer pour Tristan dans les moindres détails. J'ai pensé sur le coup que cela pourrait les rassurer en sachant ce qui allait réellement se passer. Cependant, après réflexion, je me suis dit que ce n'était peut-être pas la solution de tout dire aux parents, trop d'informations peut aussi les inquiéter davantage. Par conséquent, quand ne vaut-il pas mieux garder le silence ? Quelle est la limite à l'information pour préserver et soigner le patient et son entourage dans de bonnes circonstances ?

Enfin, au décours de cette situation, j'ai été interpellée par l'importance des parents dans le soin. En effet, lors de l'hospitalisation d'un enfant, ses parents sont souvent présents, notamment pour le soutenir et le rassurer dans des situations qui lui sont inconnues. Ils connaissent mieux l'enfant et représentent la sécurité affective pour celui-ci. Dans certaines situations, cette présence est d'ailleurs souvent une aide précieuse pour les soignants. Ce phénomène porte un nom bien précis, c'est la proximologie. Selon Novartis, une société internationale de la santé, le terme proximologie « *est un néologisme composé du préfixe 'proximo' du terme latin 'proximus' signifiant 'proche' et du suffixe 'logie' du mot grec ancien 'logos', signifiant 'discours, parole' scientifique* ». La proximologie correspond à l'étude des relations entre le malade et ses proches. La présence et le rôle de l'entourage auprès du patient seraient des éléments déterminants dans l'efficacité des soins et de la prise en charge globale. Dans ma situation, l'intégration des parents permet la construction d'une relation triangulaire autour de la même thématique : le bien-être de l'enfant. Par conséquent, quelle place ont les parents dans le soin à l'enfant ? Intégrer les parents à la prise en charge de l'enfant est-ce permettre à ce dernier de mieux vivre son hospitalisation ? Comment tendre à un équilibre dans la relation entre parents et enfant ?

Cependant, comme dit précédemment, leurs inquiétudes peuvent constituer une source de stress et d'anxiété supplémentaire pour l'enfant mais aussi pour le soignant. Ainsi, comment les parents peuvent influencer le comportement et les émotions de l'enfant ? Et quelles sont les limites de l'intégration des parents dans le soin ?

1.2. Question de départ

A la suite de cette réflexion et de ma situation d'appel j'ai décidé d'orienter mon objet de recherche sur la relation triangulaire enfant-parents-soignants afin de comprendre les différents comportements de l'enfant et la nécessité de la présence parentale afin d'adapter ma posture professionnelle face aux différentes situations que je pourrais rencontrer.

Ainsi, j'ai pu élaborer la question de départ suivante : **En quoi soigner l'enfant demande à prendre soin de ses parents ?**

2. Cadre de référence

2.1. Développement de l'enfant

Le soin et la prise en charge d'un enfant n'est pas si simple, ils nécessitent de prendre en compte ses besoins mais également son développement psychoaffectif et cognitif.

C'est pour cela que j'oriente mes premières recherches sur la psychologie de l'enfant qui « décrit et explique le fonctionnement de l'enfant et son évolution de la naissance à l'adolescence » (Fernandez L., 2002, para.6).

La connaissance des stades de développement de l'enfant est essentielle pour les soignants afin de comprendre son comportement et la manière dont il perçoit le soin et son environnement. Cet apport théorique me permettra ainsi d'adapter mes gestes et ma communication envers les enfants et ainsi diminuer leur anxiété face au monde hospitalier et adopter une prise en charge soignante optimale.

Au cours de ces dernières années notre conception de l'enfant a considérablement évolué. En effet, auparavant, Piaget (1936), Peiper (1963) et Gesell (1933), « concevaient le nouveau-né comme un organisme biologique, immature, essentiellement doté de réponses réflexes et relativement insensibles à son environnement » (cité par Corbetta D., 2002, p.21). Cependant aujourd'hui, de nombreux travaux ont été affinés et d'autres profondément transformés nous permettant, à présent, de mieux comprendre le développement de l'enfant et révélant ainsi la présence d'aptitudes perceptives et fonctionnelles dès le plus jeune âge.

Nous ne pouvons parler de développement de l'enfant sans citer les théories de ces grands pionniers comme Freud, Wallon et Piaget qui l'ont étudié, notamment à travers la notion de stades. Je commencerai donc par expliquer le développement cognitif et intellectuel de l'enfant du point de vue de Jean Piaget, puis le développement psychoaffectif de Sigmund Freud et pour finir du développement de la personnalité de Henri Wallon.

2.1.1. Développement cognitif et intellectuel

Jean Piaget, né en 1896 et mort en 1980, était un psychologue suisse principalement connu pour ses travaux en psychologie du développement de l'enfant.

Piaget explore un aspect précis du développement de l'enfant qui est l'intelligence et qu'il associe au développement de structures cognitives. Il décrit son développement par de grandes étapes qu'il appelle des stades. Ces stades vont se succéder dans un ordre identique pour tous les enfants mais pas forcément au même âge. Il précise qu'avant qu'un autre stade puisse se mettre en place il faut que le précédent ait eu lieu.

Piaget indique également que le développement de l'enfant est étroitement lié à ses interactions avec l'environnement. En effet, « *tout comportement ou toute pensée de l'organisme vise à parfaire son adaptation à l'environnement qui lui est propre. Ces instruments d'ajustement, ou 'schèmes', peuvent être d'ordre biologique ou mental, ou les deux à la fois* » (Thomas, R. & Michel, C., 1994, para. 20). Le schème est donc un comportement observable et une organisation mentale qui interviennent dans l'acquisition ou l'organisation de la connaissance.

Le développement de l'enfant est donc, selon Piaget, une multiplication de schèmes qui s'entremêlent, s'accroissent, se développent et se modifient dans le temps par l'action de deux grands mécanismes : l'assimilation et l'accommodation. Ces deux notions permettent ainsi à l'intelligence d'assimiler et de s'adapter à de nouveaux objets, et qui, coordonnées, permettent d'obtenir une équilibration.

Selon Piaget, l'assimilation consiste, pour une personne, à assimiler et à comprendre les événements du monde grâce aux schèmes préexistants dans son esprit relatif aux spécificités de ces événements.

Il est cependant fréquent que des événements soient incompréhensibles par rapport aux schèmes préexistants. Ainsi, il y aura, sous l'influence de réalités perçues de l'environnement, un réajustement ou une transformation des schèmes, cela correspondant à l'accommodation.

De manière plus claire « *un événement nouveau n'est jamais tout à fait analogue à ceux qui, antérieurement, ont contribué à la formation de schèmes. Toutefois, les principes d'assimilation et d'accommodation, deux des processus innés appelés par Piaget invariants fonctionnels neutralisent ce problème ; ainsi, le premier remodèle l'apport environnemental pour qu'il cadre avec les schèmes existants, tandis que le second complète les schèmes ou les modifie pour les ajuster aux données environnementales qui ne peuvent être ignorées ou déformées. Dès que l'adaptation au monde est ainsi réalisée, un mécanisme interne opère une*

réorganisation de l'être biologique de l'enfant, afin de mettre au point une structure des schèmes qui garantisse à celui-ci une personnalité équilibrée. » (Thomas, R., & Michel, C., 1994, para. 29).

Piaget a lui-même résumé ce processus en ces termes : « *L'accord de la pensée avec les choses et l'accord de la pensée avec elle-même expriment ce double invariant fonctionnel de l'adaptation et de l'organisation. Or ces deux aspects de la pensée sont indissociables : c'est en s'adaptant aux choses que la pensée s'organise elle-même et c'est en s'organisant elle-même qu'elle structure les choses* » (cité par Piaget, 1963, p. 14).

Ainsi, grâce à ces processus d'assimilation et d'accommodation et aux modifications des schèmes qu'ils entraînent, une multitude de changements relatifs aux capacités cognitives d'un enfant a lieu. Lorsque suffisamment de changements se sont produits, l'individu connaît une transformation globale de ses points de vue et perspectives. Piaget a appelé ces grandes étapes du développement « stades de développement cognitif ».

Comme dit précédemment, Piaget considère que le développement de l'enfant s'élabore de manière régulière. Cependant, il distingue certains points de repères qui marquent, pour l'enfant, la fin d'une phase de son développement et son entrée dans une autre, plus élaborée.

Piaget distingue donc quatre périodes majeures, représentées par des stades, chacune associée à un âge approximatif, de manière chronologique. Bien que l'âge des stades soit approximatif, l'ordre dans lequel les stades apparaissent est quant à lui invariable, c'est-à-dire que pour atteindre un certain niveau de développement, des prérequis sont indispensables. Ainsi, pour Piaget, « *l'être humain élabore peu à peu une hiérarchie de structures mentales* » (Thomas, R., & Michel, C., 1994, para. 47).

Le premier stade de développement correspond à la période sensorimotrice et s'élabore de la naissance aux deux ans de l'enfant. Ce stade équivaut au développement et à la coordination des capacités cognitives, telles que les sens et la motricité de l'enfant, afin d'explorer l'environnement.

A cet âge, l'intelligence de l'enfant est essentiellement pratique et liée à l'action. En effet, l'enfant va toucher les objets, les mettre à la bouche pour apprendre peu à peu son

fonctionnement mais également la différence entre son corps et l'objet.

Jusqu'à neuf mois, l'enfant va donc exercer des réflexes innés, tels que le toucher et la succion, puis à partir de neuf mois et jusqu'à deux ans ses mouvements vont devenir de plus en plus coordonnés et complexes.

A la fin de ce stade l'enfant commence à avoir des représentations mentales, c'est-à-dire qu'il se souvient d'objets ou de séquences d'actions et il arrive à reproduire un comportement observé auparavant, aussi appelé imitation reportée. Cependant, à ce stade l'enfant n'a pas conscience de la permanence de l'objet. En effet, il ne comprend pas que les objets continuent d'exister malgré le fait qu'il ne les voit, entend ou sent plus.

Le second stade correspond à la période de pensée préopératoire qui représente la maîtrise du langage et l'acquisition de la pensée symbolique.

Ce stade comprend deux périodes, la première qui va de deux à quatre ans environ, et la seconde qui va de cinq à sept ans environ.

La première période correspond au langage égocentrique. Au cours de cette période l'enfant enrichit considérablement son langage, il parle beaucoup et dispose de deux types de langage. Le premier est qualifié de « communication sociale », l'enfant l'utilise pour communiquer avec ses parents ou ses frères et sœurs par exemple. La seconde forme de langage et la plus importante est de type égocentrique. Elle consiste à produire des paroles et à prêter attention et écouter. Il s'agit généralement d'un flot de parole de l'enfant commentant son activité à un moment précis et qui n'est pas destiné à communiquer quoi que ce soit à qui que ce soit. Ce langage permet la venue de raisonnements symboliques et l'apparition du jeu symbolique (jeu imaginaire), du dessin et de l'image mentale. Cela permettant à l'enfant de pouvoir se représenter un objet ou une action sans que celui-ci soit présent.

A la différence de ce qui est décrit par Piaget sur ce stade, dans ma situation, Tristan, lui, était peu, voire pas du tout, dans la communication sociale. Lorsque l'infirmière et moi-même étions dans la chambre, Tristan était attentif à tout ce qui se passait et à notre communication avec ses parents mais ne parlait pas. Cependant, lorsque l'infirmière ne prenait pas la peine de s'adresser à Tristan, je le voyais s'amuser avec son doudou en chuchotant des paroles. Tristan était donc, à ce moment-là, dans le langage égocentrique par son jeu imaginaire avec son doudou.

Au cours de la seconde période de ce stade, appelée pensée intuitive, un langage plus social et plus axé sur la communication apparaît ainsi qu'un développement d'une pensée à caractère intuitif. L'enfant acquiert intuitivement certains concepts logiques. Cependant l'enfant a toujours tendance à se concentrer sur un seul aspect d'un objet tout en ignorant les autres. *« C'est donc entre deux et sept ans que l'enfant connaît des changements importants au niveau de la pensée opératoire. Il maîtrise aisément le langage oral qui lui sert non seulement de mode de communication avec autrui, mais aussi pour penser à haute voix. Vers sept ans, il va développer le langage en tant qu'instrument de communication, pour peu à peu délaisser les monologues. Il progresse également dans la résolution intuitive de problèmes lorsque les objets concernés se trouvent devant lui. Il devient moins égocentrique, en ceci qu'il reconnaît que les objets ont une existence et une permanence qui leur sont propres, indépendamment de ses désirs ou actions. »* (Thomas, R., & Michel, C., 1994, para. 72).

Le troisième stade correspond à la période des opérations concrètes, de sept à douze ans. A ce stade, l'enfant acquiert une habileté intellectuelle aussi bien au niveau mental que ses réflexions. L'enfant est désormais capable de procéder à des opérations mentales cependant il nécessite encore d'un support concret/réel pour raisonner, il n'est pas capable de pensée abstraite.

De plus, l'égoïsme dont fait preuve l'enfant plus jeune s'efface peu à peu à ce stade, il devient de plus en plus sociable notamment grâce à une avancée du développement cognitif et donc une meilleure maîtrise du langage. L'enfant, de sept à douze ans, a également une vision plus objective de l'univers et est capable de mieux percevoir le point de vue d'autrui.

Le quatrième stade correspond à la période des opérations formelles, se déroulant de douze à quinze ans. A ce stade, le maniement des opérations mentales progresse, l'adolescent n'est plus obligé de passer par le concret, il commence peu à peu à raisonner sur de l'abstrait. Il peut également déduire des principes généraux et se concentrer simultanément sur de nombreux aspects d'une situation. Enfin, il parvient à présent à se faire sa propre opinion et à résoudre des problèmes.

Ce stade s'agit pour Piaget du dernier, en effet, vers quinze ans, la capacité mentale de l'adolescent a évolué vers une certaine maturité qui lui confère des qualités intellectuelles

propres aux adultes. Cela sous-entend que la structure de la pensée est complète à l'adolescence sans être pour autant entièrement remplie. En effet, l'adolescent ou l'adulte continuera d'acquérir des connaissances ou aussi appelées schèmes additionnels par l'intermédiaire d'expériences mais il ne changera plus radicalement de vision du monde.

Au regard de ces différents apports je me suis rendue compte que Piaget a étudié les mécanismes de développement cognitif et intellectuel de l'enfant en les isolant de l'affectivité. Cependant, cet élément est important à prendre en compte dans l'approche soignante, c'est donc pour cela que je vais à présent m'intéresser à l'approche Freudienne.

2.1.2. Développement affectif et social

Pour grandir harmonieusement et dans de bonnes conditions, l'enfant a besoin de relation affective stable et satisfaisante. Son développement affectif se crée principalement de la relation étroite avec sa mère. Le nouveau-né a un besoin vital de sa mère pour satisfaire à ses besoins primaires mais il a aussi besoin d'affection.

Sigmund Freud, médecin neurologue né en 1856 et mort en 1939, est le fondateur de la psychanalyse et le premier à étudier la sexualité infantile en particulier les stades génitaux avec le complexe d'Œdipe.

Dans sa conception psychanalytique de l'humain, Freud s'aperçoit assez tôt de l'existence de périodes charnières dans le développement de l'enfant ainsi que de stades de développement au cours desquels des mécanismes psychiques particuliers se mettent en place. Il évoque ainsi à ce titre l'existence de stades libidinaux (ou génitaux). En effet, pour Freud, la sexualité s'étale sur toute la vie et vise l'obtention d'une satisfaction. Le développement libidinal, de l'enfance à l'âge adulte, passe d'un unique plaisir sur des zones corporelles, appelées zones érogènes, à des formes de plus en plus organisées. Ainsi, la fonction sexuelle passe par un certain nombre d'étapes avant d'arriver à l'état caractérisant l'âge adulte. Freud appelle ces étapes de croissance les stades psychosexuels et sont aux nombres de cinq.

« En d'autres termes, Freud a émis l'hypothèse que les expériences les plus marquantes au cours de l'enfance et de l'adolescence sont associées à l'expansion de la libido, en relation avec une série de parties du corps particulièrement sensibles, sur lesquelles l'attention des

enfants se fixe à différents moments de son développement. Ces zones érogènes sont dans l'ordre chronologique, la bouche, l'anus et les organes génitaux. [...] En fait, Freud a proposé que les relations personnelles et sociales que l'enfant développe, et sa manière de se considérer lui-même et de considérer les autres, sont fondées sur les expériences qu'il fait à chacun des stades psychosexuels. » (Thomas, R., & Michel, C., 1994, para. 38).

Selon Freud la première étape de l'évolution libidinale correspond au stade oral et se déroule de la naissance à un an. Le plaisir sexuel est essentiellement lié à la cavité buccale et aux lèvres, satisfait par le besoin de nourriture. L'objet pulsionnel correspond ainsi au sein biberon de la mère. La fonction alimentaire est alors un médiateur à la relation mère-enfant. A côté de sa fonction d'alimentation, la zone orale est aussi utile aux bébés pour découvrir les éléments du monde qui sont à sa portée en les mettant à la bouche.

Durant les deuxième et troisième années de sa vie, l'enfant est dans le stade anal. Au cours de ce stade, une grande partie de son attention et de celle de ses parents se concentre sur l'établissement d'un contrôle des sphincters. Ici, le plaisir libidinal réside donc dans la rétention ou le relâchement des fèces, c'est le plaisir de se contrôler, mais l'enfant a également plaisir à donner (à sa mère).

L'enfant apprend également à parler et à marcher. Il n'est donc plus totalement dépendant vis-à-vis des adultes. Cette prise d'autonomie se repère également par diverses oppositions, notamment le fameux « non ».

Le troisième stade, de trois à cinq ans, correspond au stade phallique. Il représente la curiosité sexuelle infantile. L'enfant découvre que la manipulation de ses parties génitales, la titillation, et la masturbation procurent un plaisir érotique, mais sans orgasme. Il va également prendre conscience de la différence anatomique des deux sexes et l'interpréter notamment en termes d'absence ou de présence de pénis. Les angoisses spécifiques liées à ce stade sont des angoisses dites de castration, notamment pour le garçon qui va avoir peur de perdre son pénis. Le complexe de castration va jouer un rôle essentiel dans l'évolution du complexe d'Œdipe, rôle qui sera différent chez le garçon et chez la fille.

Le garçon considère sa mère comme l'objet désiré mais reconnaît en même temps qu'il ne peut

l'avoir pour lui seul, son père étant un rival dangereux. Ce conflit psychologique est appelé « complexe d'Œdipe ».

La fille vit la situation opposée, elle désire son père mais est vaincue par la présence de sa mère. Ce conflit a été appelé « complexe d'Electre ».

« Pendant cette période, l'enfant éprouve des sentiments contradictoires, recherchant le parent du sexe opposé comme avant, mais en même temps craignant et aimant à la fois le parent du même sexe. » (Thomas, R., & Michel, C., 1994, para. 55).

A partir de quatre/cinq ans et jusqu'à la puberté, l'enfant est dans un stade de latence. Durant cette période, la zone érogène reste la région génitale, cependant ceci n'apparaît pas dans le comportement de l'enfant, que ce soit garçon ou fille, car ils refoulent leur expression sexuelle afin de résoudre leur conflit œdipien. *« La résolution adéquate du conflit d'Œdipe a lieu quand l'enfant rejette les sentiments sexuels éprouvés pour l'objet tabou, le parent du sexe opposé, tout en s'identifiant au parent du même sexe. »* (Thomas, R., & Michel, C., 1994, para. 55).

Ainsi, l'enfant atténue ses sentiments de peur et s'approprie les traits du parent du même sexe. De ce fait, le garçon s'identifie alors avec son père et essaie de copier son comportement et la petite fille fait de même avec sa mère.

Durant les années de latence, l'enfant a un intérêt très vif pour le jeu avec des enfants du même sexe que le sien, c'est une manifestation des efforts fournis pour contrôler ses pensées sexuelles. Ainsi, durant cette période, les enfants se regroupent que très rarement avec des enfants du sexe opposé, c'est pourquoi cette période est aussi appelée « l'âge de la bande ».

Le dernier stade correspond à la maturité génitale, se déroulant de quinze à vingt et un ans. Chez la fille la maturation des fonctions sexuelles correspond à la menstruation et l'apparition de caractères sexuels secondaires tels que les seins et les poils. Chez le garçon cette maturation correspond à la croissance des organes génitaux, l'apparition des spermatozoïdes, la voix qui mue et la pousse de poils.

A présent l'adolescent se tourne vers les personnes du sexe opposé, à la différence de la période de latence. Les zones érogènes restent le pénis pour le garçon et le vagin pour la fille et la gratification est à présent dépendante de l'orgasme.

« *Le passage positif à travers cette période de transition permet non seulement au jeune de satisfaire ses instincts sexuels à la manière des adultes, mais encore lui donne une perspective moins égocentrique et plus objective du monde en général.* » (Thomas, R., & Michel, C., 1994, para. 64).

Jusqu'ici nous avons vu que les deux psychologues Piaget et Freud ont étudié le développement de l'enfant sur un unique aspect chacun : cognitif pour Piaget et affectif pour Freud. Cependant, Wallon, lui, a voulu étudier le développement de l'enfant dans sa globalité sans isoler l'aspect cognitif de l'affectif. C'est donc ce que nous allons découvrir à présent.

2.1.3. Développement de la personnalité

Henri Wallon, neurologue et agrégé de philosophie, né en 1879 et mort en 1962, développe, à la différence de Freud et Piaget, une approche globale de l'enfant en reliant les aspects cognitifs, affectifs et sociaux, indissociables selon lui. Il considère que l'enfant est un être génétiquement social dès sa naissance, qui construit peu à peu son identité au travers de ses relations à autrui.

Pour Wallon, comme pour Piaget et Freud, le développement de l'enfant est marqué par des moments incontournables, appelés stades, et caractérisant la prédominance de certaines fonctions. Cependant, à la différence de Piaget qui considère que les stades sont des périodes bien scindées et chronologiques, Wallon, lui, estime que les stades se chevauchent, s'entremêlent de façon discontinue et sont ponctués de crises, conflits et contradictions.

Au fil du développement de sa personnalité, l'enfant passe donc par différents stades qui se suivent dans une alternance entre des phases : les unes centrifuges, marquées par la prépondérance de l'intelligence sur l'affectivité, où l'enfant se tourne vers le monde extérieur, construit son intelligence et développe des connaissances ; et les autres centripètes, marquées par la prédominance de l'affectivité sur l'intelligence, où l'enfant se concentre sur lui-même et construit et consolide sa personne. Cela correspond, selon Wallon à la loi d'alternance fonctionnelle.

Il distingue également deux autres lois dans le développement de l'enfant. La première est la loi de succession de prépondérance, qui indique que chaque stade se construit autour d'une

fonction prépondérante à un âge donné. Et la seconde loi indique que les stades s'enchaînent en reprenant les fonctions qui ont été intégrées au cours des stades précédents, c'est la loi d'intégration fonctionnelle.

De plus, Wallon exprime que ce développement de la personne se réalise dans une interaction entre l'individu et l'environnement. Ce dernier aidant notamment à actualiser les potentialités de la personne en lui apportant des occasions d'exercer ses nouvelles capacités.

Ainsi, Wallon distingue sept stades de développement de la personnalité, de la naissance à la puberté.

Le premier stade, de la naissance aux trois mois, correspond au stade impulsif ou d'impulsivité motrice. Ce stade est caractérisé par l'activité motrice réflexe avec une adaptation progressive des réponses motrices et une agitation diffuse ou désordre gestuel lors des émotions. L'étude du mouvement est ainsi nécessaire puisqu'il est le seul moyen d'expression de l'enfant jusqu'à la parole.

A ce premier stade s'enchaîne le stade émotionnel, de trois mois à un an. En effet, les agitations motrices du premier stade provoquent ici des réactions dans l'entourage du bébé et deviennent des moyens d'expressions des émotions et de communication. Progressivement les émotions de l'enfant se différencient et se catégorisent en joie, douleur, chagrin et colère.

Ce stade de la personnalité se divise en deux parties. La première correspond à la symbiose affective, de trois à neuf mois. L'enfant développe des capacités d'actions volontaires et anticipe les manifestations d'autrui, c'est-à-dire que le bébé va s'exciter si une personne s'approche de lui et pleurer si elle s'en va. La seconde partie correspond au syncrétisme indifférencié, de neuf à dix-huit mois, marqué par une confusion chez l'enfant entre le soi-même et l'autre par rapport à l'environnement. De plus, l'enfant accède à une complémentarité des rôles, c'est-à-dire que si deux enfants sont placés à côtés ils feront les mêmes choses en même temps.

A ce stade les parents jouent un rôle essentiel puisque l'enfant ne peut effectuer aucun acte de survit. Pour que le bébé puisse se détacher peu à peu de son entourage il doit explorer le monde qui l'entoure. Ce travail d'investigation signe le passage au stade suivant : le stade sensorimoteur et projectif.

Ce troisième stade, de un à trois ans, est donc caractérisé par deux activités indépendantes mais complémentaires. Tout d'abord l'enfant va développer une intelligence pratique par la manipulation d'objet et l'exploration de l'espace proche. Mais il va également développer une intelligence représentative par l'apparition du langage, des attitudes d'imitations et des prises de postures.

Au cours de ce stade on observe également une individualisation de l'enfant par rapport à l'environnement et une intégration des contraintes, c'est le syncrétisme différencié, de dix-huit à trente mois. Durant cette période on constate l'apparition de la jalousie et de la sympathie.

Le quatrième stade, de trois à six ans, correspond au stade du personnalisme où l'affectivité prime sur l'intelligence. Il est marqué par une affirmation de soi et on peut distinguer plusieurs périodes.

La période de l'opposition correspond à la crise de personnalité, ou aussi appelée crise des trois ans. Durant cette période l'enfant s'oppose à tout, c'est le moment du « non », il devient autoritaire, jaloux et cherche constamment l'attention exclusive. Cette période est essentielle à la construction de l'autonomie et à la différenciation soi/autrui.

Dans ma situation, ce stade est très bien représenté puisque Tristan s'oppose à mettre sa tenue de bloc opératoire, tout d'abord auprès de ses parents puis par la suite auprès de l'infirmière et moi-même. Son opposition est claire et autoritaire, il se fait très bien comprendre. Cependant, la tenue étant obligatoire, l'infirmière et moi-même avons dû négocier avec lui, en expliquant les choses clairement et dans un langage adapté, afin d'obtenir un « oui » de sa part.

La période de séduction, vers environ quatre ans, témoigne de la modification du comportement de l'enfant sous le regard d'autrui notamment, par exemple, en se donnant en spectacle dans l'attente de réaction de l'autre.

La dernière période, vers cinq ans, correspond à la période d'imitation : l'enfant imite l'adulte dans ses rôles sociaux en une attitude ambivalente de rivalité et d'admiration.

Le cinquième stade, de six à onze ans, correspond au stade catégoriel où l'intelligence prédomine sur l'affectivité. L'enfant devient capable d'effort, d'attention et de mémoire volontaire. Il développe sa pensée, passant de pré-catégorielle à catégorielle, permettant ainsi la comparaison des objets, la catégorisation et la représentation abstraite des choses.

Enfin, le dernier stade, à partir de onze ans, correspond à l'adolescence. C'est une crise aiguë marquant un renouveau des investissements intellectuels, où l'enfant découvre des intérêts personnels tels que les valeurs sociales, morales, culturelles... La puberté entraîne également un réajustement du schéma corporel. C'est un stade de remaniement et d'achèvement de la construction de la personnalité permettant le passage de l'enfance à l'âge adulte.

2.2. Les parents

Afin d'appréhender l'importance des parents dans la prise en charge de l'enfant il semble important de se renseigner sur la parentalité, le rôle parental et le lien d'attachement avec l'enfant.

En effet, les parents sont une composante déterminante de la vie de l'enfant et jouent un rôle majeur dans la construction de sa personnalité et dans son développement. Le lien qu'a l'enfant avec son entourage peut d'ailleurs aider l'infirmière à identifier sa personnalité et à adapter ses mots et gestes, tout en répondant à ses besoins.

Dans cette partie je vais donc tenter de définir la parentalité, j'exposerai le rôle parental puis j'évoquerai le lien d'attachement entre l'enfant et ses parents.

2.2.1. La parentalité

La parentalité est définie selon le dictionnaire Larousse comme la « *fonction de parent, notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel* ».

Sur le plan psychologique elle est définie comme l' « *ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parent, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique* » (cité par Lamour & Barraco, 1998, para. 4).

D'après ses deux définitions nous pouvons constater qu'être parent n'est pas simplement un lien biologique. Être parent est, le plus souvent, un choix de la part du couple qui débute à la naissance et perdure tout au long de la vie de ceux-ci. De plus, la parentalité

implique un certain nombre de responsabilités. L'article 371-1 du Code civil définit d'ailleurs l'autorité parentale comme « *un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité* ».

Cette loi reprend le rôle des parents auprès de leur enfant. Ils ont la responsabilité de répondre aux besoins de leur enfant jusqu'à son indépendance. Les parents ont alors un rôle primordial puisque cela implique qu'ils apportent sécurité, amour et affection afin que l'enfant puisse se développer de façon normale, dans les meilleures conditions.

Leur rôle est également d'assurer la santé et l'éducation de l'enfant en lui transmettant différentes valeurs, croyances culturelles, morales et règles afin qu'il puisse vivre en société.

Ces différents critères, tels que les croyances, l'éducation ainsi que l'environnement familial, entraîneront des comportements différents de la part de l'enfant durant les différentes phases de sa vie et notamment lors de son hospitalisation.

Dans ma situation, les parents de Tristan assurent ici une partie de leur rôle parental en veillant à sa santé en l'amenant à l'hôpital.

2.2.2. Le lien d'attachement entre l'enfant et ses parents

Pour se développer normalement, que ce soit sur le plan physique que psychique, et devenir autonome, l'enfant a besoin de recevoir des soins de la part de l'adulte, en l'occurrence ses parents, on les appelle « *caregiver* ».

De nos jours il est admis, d'après plusieurs recherches et théories, que le nouveau-né est capable d'interactions avec son entourage dès sa naissance, voire dès la période de grossesse. J'expliquerai alors tout d'abord la création du lien d'attachement du côté des parents en lien avec le caregiving, puis dans un second temps j'évoquerai l'installation de ce lien du côté de l'enfant.

Création du lien d'attachement du côté des parents

Du côté des parents, l'installation du lien d'attachement débute dès la grossesse et se poursuit dans les semaines qui suivent la naissance. Frans Veldman a développé l'haptonomie qui est une technique permettant aux parents d'entrer en contact avec le fœtus, dès le 5ème mois de grossesse, par le toucher et le contact à travers la paroi abdominale de la mère.

Ce lien d'attachement dépend le plus souvent de leur désir d'enfant. Pendant la grossesse, les parents ont rêvé et imaginé leur nouveau-né, c'est ce que les psychologues appellent « l'enfant imaginaire ». A la naissance ils découvrent leur « enfant réel » et il leur faut alors un temps de rencontre avec lui pour apprendre à le connaître, le découvrir, et échanger avec lui. Ces échanges se font notamment par le regard enfant-parents et les pleurs du bébé qui constituent l'une des principales modalités de communication durant les premiers mois.

Du côté de la mère, la grossesse l'a particulièrement préparé à cette rencontre et est alors capable rapidement d'assurer les soins à son nouveau-né. Elle développe au fil des semaines des capacités à porter et manipuler son bébé qui lui deviennent alors spécifiques et que l'enfant reconnaît. Un défaut de ces capacités peut alors produire des réactions anxieuses chez le nouveau-né.

Ainsi, tout au long du développement de leur enfant, les parents prennent soin de lui, le protègent et le sécurisent. Dans la théorie de l'attachement on nomme ces personnes « caregiver ». Ces derniers permettront alors à l'enfant de grandir en confiance dans une relation d'affection.

Pour John Bowlby, psychiatre et psychanalyste britannique, le caregiving est défini comme l'ensemble des comportements parentaux, comprenant à la fois les soins physiques et affectifs donnés à l'enfant. Il est important de connaître ce concept afin de comprendre les comportements parentaux à l'hôpital. En effet, lorsque l'enfant est malade, présente une malformation ou une anomalie et qu'il doit se faire hospitaliser, l'enfant ne correspond plus, pour les parents, à « l'enfant rêvé ». Les parents pourront donc avoir besoin de plus de temps et de visites auprès de leur enfant pour le découvrir et échanger.

Installation du lien d'attachement du côté de l'enfant

Du côté de l'enfant, la création du lien d'attachement s'effectue dans les jours qui suivent la naissance, de façon naturelle et progressive dans la plupart des cas.

Ce lien s'effectue par des interactions entre le nourrisson et ses parents, particulièrement sa mère. Ces échanges sont possibles puisque nous savons aujourd'hui que l'enfant est capable, dès sa naissance, de relation et de communication.

Pour se développer normalement, le nouveau-né a besoin, dès les premiers jours, d'établir avec l'adulte une relation stable, de confiance et sécuritaire, le plus souvent avec sa mère biologique ou la personne assurant régulièrement les soins de maternage, soit le « caregiver ». L'enfant considère alors cette personne comme une figure d'attachement. Très tôt il reconnaît son odeur, le son de sa voix, la façon de le toucher et de le porter. Il apprend également que sa mère s'occupe de lui quand il crie et s'apaise quand elle répond à ses besoins. L'enfant va alors surinvestir ce « caregiver » et sera, pour lui, une figure de sécurité durant toute sa vie. En effet, au cours des années, pour se développer, s'enrichir et être plus autonome, l'enfant explorera le monde et dès qu'il aura un sentiment d'insécurité, il se rapprochera de cette personne pour se rassurer. Cette relation privilégiée permettra alors à l'enfant de se construire sur le plan psychique lorsqu'il grandira et de créer des relations sociales.

C'est donc exactement ce qu'il se passe dans ma situation puisque lorsque nous avons essayé, l'infirmière et moi-même, de faire comprendre à Tristan qu'il était important de mettre sa tenue de bloc opératoire, il s'est tourné vers ses parents pour se blottir contre eux. A ce moment-là, il s'est senti en insécurité, face à des personnes qui lui étaient inconnues, en blouse blanche et a donc cherché le contact avec ses figures d'attachement et de sécurité.

2.3. La triade enfant-parents-soignants

Il y a de nombreuses années les parents n'étaient pas présents dans les services qui accueillaient les enfants. En effet, ces derniers étaient séparés, dès leur admission à l'hôpital, de leur environnement habituel ainsi que de leurs parents.

De nos jours, comme l'a évoqué Pascale Wanquelt-Thibault, la place de l'enfant dans la société a évolué, notamment grâce à la psychologie de l'enfant, et les parents s'intéressent

d'avantage aux découvertes sur l'enfance. Cette évolution a donc mené à une modification des pratiques professionnelles puisque, aujourd'hui, accueillir un enfant à l'hôpital implique d'y accueillir ses parents et de les impliquer dans la prise en charge.

Dans ce contexte, la traditionnelle relation soignant-soigné se transforme donc en une relation triangulaire, appelée triade dans laquelle tous les acteurs ; parents, enfant et soignants ; sont idéalement en relation les uns avec les autres, ils sont interdépendants. Le patient, ici l'enfant, fait donc le lien entre le soignant et les parents.

Afin d'adapter notre posture professionnelle soignante et prendre en charge de manière optimale les enfants, les parents nous sont donc indispensables, c'est d'ailleurs la notion de proximologie. Il me semble alors nécessaire d'aborder ici les besoins des différents acteurs dans cette relation triangulaire, mais également les émotions que chacun peut ressentir.

2.3.1. Proximologie

Auparavant, l'entourage du sujet malade à l'hôpital n'était pas la bienvenue, au motif plus ou moins objectif de protéger le patient. Aujourd'hui l'entourage commence à être considéré comme un acteur détenteur de clés essentielles pour la sortie du processus morbide et du service hospitalier. Il convient alors, à l'hôpital, d'impliquer l'entourage dans le projet de soins, sous l'angle d'un investissement relationnel. L'entourage devient alors un partenaire de soin au bénéfice d'une meilleure prise en charge thérapeutique.

Ce phénomène se rapporte d'ailleurs à la proximologie. Comme défini auparavant, selon Novartis, c'« est un néologisme composé du préfixe 'proximo' du terme latin 'proximus' signifiant 'proche' et du suffixe 'logie' du mot grec ancien 'logos', signifiant 'discours, parole' scientifique ». La proximologie correspond à une aire de recherche se consacrant à l'étude des relations entre le malade et ses proches. Ce néologisme est basé sur une approche pluridisciplinaire, entre la médecine, la sociologie, la psychologie ou encore l'anthropologie. « Son originalité est d'envisager la présence et le rôle de l'entourage comme des éléments déterminants de l'environnement du patient, donc de l'efficacité des soins et de sa prise en charge » (Joublin, H., 2010, p. 11).

Dans la relation triangulaire enfant-parents-soignants, les parents sont des porte-paroles essentiels puisque ce sont eux qui connaissent au mieux leur enfant. Ils permettent de

personnaliser le soin en donnant des informations sur des habitudes de vie que l'enfant peut avoir, sa personnalité et ses goûts. Leur présence permet à l'enfant de se sentir en sécurité et soutenu tout au long de sa prise en charge. Ainsi, plus détendu, l'enfant pourra exprimer ses émotions. De plus au cours des soins, les parents peuvent distraire ou contenir physiquement et psychologiquement l'enfant. Les parents deviennent alors de véritables partenaires de soin.

Toutefois, la proximité n'apparaît pas comme une notion facile à cadrer, elle convient tout de même de poser les justes limites à l'implication du proche, dans son intérêt comme dans celui du proche malade. En effet, une implication trop importante des parents peut altérer la relation de soin et entraver la santé de l'enfant. De même, quand les parents sont anxieux, ils peuvent transmettre cette émotion à leur enfant, on peut parler de contagion émotionnelle. Il est alors important ici de prendre en charge les parents et de leur faire comprendre l'importance de laisser leurs émotions en dehors de la chambre de leur enfant.

Dans ma situation, les parents de Tristan étaient présents tout au long de sa prise en charge ambulatoire et j'ai été interpellée par l'importance de leur présence. En effet, mère comme père soutenaient et rassuraient Tristan à leur manière. Bien que Tristan soit dans un environnement inconnu et pouvant être stressant, notamment par les blouses blanches des soignants, j'ai senti que la présence et le soutien de ses parents le rassuraient et l'apaisaient malgré sa peur de l'opération. De plus, leur présence a aussi été bénéfique pour nous, soignants, pour faire comprendre certaines choses à Tristan, par le biais du regard ou des paroles. Cependant, bien que les parents soient essentiels dans la prise en charge d'un enfant, il faut savoir instaurer une juste distance. En effet, dans ma situation, les parents étaient très anxieux de par la situation hospitalière et l'anxiété de leur enfant. Leurs émotions ont, à certains moments, pris le dessus sur le soutien à leur fils et engendrant une majoration de l'anxiété chez Tristan, et ainsi une prise en charge soignante plus complexe.

2.3.2. Du côté de l'enfant

Dans le contexte d'une hospitalisation, cette situation nouvelle génère généralement de l'anxiété chez l'enfant, qui peut être majorée par celle de ses parents. L'enfant n'a plus ses repères habituels, se sent en insécurité et les soins prodigués peuvent être source de stress. De

plus, l'enfant peut subir un traumatisme supplémentaire si un soin nécessite la séparation avec les parents, tel qu'une chirurgie en bloc opératoire comme dans ma situation avec Tristan. Cette séparation peut s'exprimer par un comportement inhabituel chez l'enfant tel que pleurs, colère... Roberston présente, dès les années 1950, qu'un séjour hospitalier présente pour l'enfant les dangers d'un traumatisme affectif.

Au regard de ma situation Tristan était très anxieux et non compliant à ce qu'on pouvait lui demander. Il était aussi en retrait des soignants et donc proche de ses parents pour se sentir en sécurité, il ne parlait d'ailleurs qu'à eux.

Concernant les besoins de l'enfant lors d'une hospitalisation, ils dépendent de plusieurs facteurs notamment son âge, son développement psycho-affectif et moteur, son histoire personnelle et familiale ainsi que d'éventuelles hospitalisations antérieures.

Pour l'enfant, le besoin principal correspond au lien d'attachement avec ses parents. Selon la Charte européenne de l'enfant hospitalisé « *un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état* ». Plus l'enfant est jeune plus il est dépendant de l'adulte et donc en règle générale son parent. Ce dernier a le pouvoir de le protéger et rendre le monde rassurant. L'enfant a également besoin d'établir avec ses parents, notamment sa mère, une relation de confiance et de sécurité. Si sa mère disparaît, l'enfant a le sentiment d'être abandonné. Lors d'une hospitalisation, il peut associer ce traumatisme à un manque d'amour de ses parents, une incapacité à le protéger. Cette situation inconnue peut d'ailleurs engendrer des perturbations, même lors d'une hospitalisation de jour, telles qu'une sollicitation parentale, des troubles du sommeil, des inquiétudes ou encore des terreurs nocturnes.

2.3.3. Du côté des parents

L'ouverture des services pédiatriques aux parents a été officialisée en France par la circulaire du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants. Elle s'appuie sur une nouvelle représentation de l'enfant malade dont les besoins émotionnels sont reconnus et dont le vécu, dès la naissance, est considéré comme décisif pour son avenir. De plus, John Bolwby et James Robertson ont joué un rôle complémentaire dans la publication d'un référentiel portant sur la nécessité de la présence parentale dans tous les types d'hospitalisation, y

compris les hospitalisations courtes pour de petites pathologies, en lien avec la théorie de la carence maternelle.

Dans la plupart des services, lors de l'ouverture des services pédiatriques aux parents, aucune réflexion particulière n'a été développée sur les conséquences de ce changement et la façon dont les soignants allaient y répondre. Les avancées se sont faites au fil des différents questionnements et des difficultés rencontrées. Ainsi, après avoir répondu aux besoins de l'enfant, les équipes soignantes ont dû progressivement s'intéresser à leurs parents, en écoutant leurs difficultés et attentes.

Ainsi, durant l'hospitalisation de leur enfant, les parents souhaitent naturellement le protéger. Si dans la plupart des cas les parents arrivent à collaborer avec les soignants pour aider l'enfant, ils peuvent parfois aussi avoir des réactions ou attitudes déroutantes pour le soignant. Ces réactions peuvent prendre différentes formes : angoisse, culpabilité, agressivité, répétition de questions à tous les membres de l'équipe, demandes incessantes, comportement de fuite... Souvent à l'expression de difficultés du parent à faire face à la situation, elles sont souvent temporaires et leurs conséquences sont rarement néfastes.

Les besoins des parents, progressivement mis en évidence au travers d'études et d'enquêtes réalisées, permettent d'orienter les soignants afin d'adapter leurs attitudes face à la complexité des situations de soins rencontrées. Cette adaptation de comportements des équipes soignantes permet notamment d'anticiper les réactions parentales afin de favoriser une présence bénéfique à l'enfant. Les parents ont à la fois besoin d'être reconnus et pris en charge. Voici donc les différents besoins des parents lors de l'hospitalisation de leur enfant, décrits par Pascale Wanquet-Thibault :

- **Besoin d'informations** : claires et précises sur l'état de santé de leur enfant et dans un langage adapté pour la bonne compréhension de l'information. Les parents attendent des informations honnêtes même quand elles sont difficiles à entendre.
- **Besoin de présence auprès de leur enfant** : les parents souhaitent, dans la plupart des cas, rester auprès de leur enfant à n'importe quel moment, y compris la nuit, de façon autonome, c'est-à-dire sans avoir à demander l'autorisation.

- **Besoin de réaliser les soins** : au cours d'une hospitalisation, il est logique que les parents aient le souhait de poursuivre leur rôle de maternage. Étant dans un milieu inconnu auquel ils ne sont pas habitués, et au regard de l'état de santé de leur enfant ou encore de certains appareillages éventuels, les parents peuvent ne pas oser toucher à leur enfant. Pour que les parents acquièrent progressivement une certaine autonomie dans les soins, l'accompagnement des soignants est indispensable.
- **Besoin d'être accompagnés, rassurés** : dans le contexte d'une hospitalisation, et compte tenu de l'anxiété que génère la maladie de leur enfant, les parents peuvent avoir des difficultés à vivre l'hospitalisation de leur enfant. Les professionnels ont ainsi un rôle de réassurance auprès des parents, possible si ces-derniers ont confiance en l'équipe soignante. La relation de confiance se crée notamment grâce aux informations claires et loyales données par les soignants sur l'état de santé de leur enfant.
- **Besoin d'être relayé** : lors de la prolongation d'un séjour hospitalier, les parents ont besoin d'être relayés par des personnes de leur entourage, notamment pour qu'ils puissent se ressourcer, s'occuper des autres enfants et rester disponibles pour leur enfant hospitalisé.

Dans ma situation, à l'arrivée de Tristan et de ses parents, ces derniers étaient assez sereins et très à l'écoute des indications et informations de l'infirmière et moi-même. Cependant au fil de la conversation et plus l'heure de la chirurgie approchait, plus les parents, et d'autant plus la mère, devenaient anxieux. Cette anxiété était tout à fait compréhensible puisqu'ils étaient dans un milieu qui leur était inconnu, c'était la première intervention de leur fils, et ne parvenaient pas à le calmer. L'infirmière et moi-même avons donc informé les parents des modalités de l'intervention et nous avons répondu à toutes les questions qu'ils pouvaient avoir afin de les soulager quelque peu sur l'état de leur enfant et des angoisses qu'ils pouvaient avoir. De plus, lorsque Tristan était au bloc opératoire, j'ai aperçu sa mère dans le couloir et l'ai trouvée très anxieuse. Je me suis alors dirigée vers elle et j'ai essayé tant bien que mal de la rassurer. Je pense que j'ai réussi à l'apaiser car elle avait besoin d'être informée sur l'état de son fils et que j'ai justement pris les dispositions nécessaires pour voir où en était l'opération de son fils et si tout c'était bien passé.

2.3.4. Du côté des soignants

Les besoins des soignants sont les plus souvent ignorés. En effet, jusqu'à une période assez récente, les soignants n'étaient pas confrontés à la présence des parents et ne se souciaient pas de leurs réactions et besoins. Ainsi les réactions et souffrances des professionnels n'étaient pas exprimées et prises en compte. Cependant le contexte de soin face à un enfant malade est complexe et génère des tensions et émotions, posant fréquemment des questions éthiques, des questions sur le sens du soin, le sens de la vie ou encore sur la mort. C'est pour toutes ces raisons, mais aussi parce que soigner des enfants nécessite des compétences particulières de relationnel, de rigueur et de minutie, que les professionnels soignants d'enfants ont des réactions et des besoins spécifiques.

Concernant la présence des parents, les soignants peuvent exprimer des difficultés en lien. En effet, soigner un enfant à l'hôpital nécessite d'être en relation tant avec l'enfant qu'avec ses parents. Cependant cette notion ne fait pas toujours partie de l'esprit des soignants accueillant des enfants dans leur service. Cette présence peut engendrer diverses difficultés pour les soignants dont la plus fréquemment exprimée est la crainte d'être jugé, en particulier chez les jeunes diplômés lors de la réalisation d'actes techniques. Cette crainte disparaît en règle générale lorsque le soignant a acquis plus d'expérience dans la réalisation des soins et lorsqu'il a compris l'intérêt de la présence du parent auprès de l'enfant. Une autre difficulté pouvant être exprimée par les soignants correspond à la gestion de l'enfant en présence de ses parents. En effet, une idée couramment véhiculée indique que l'enfant est plus difficile et ne se laisse pas soigner en présence de ses parents et que ces derniers transmettent leur anxiété à l'enfant. En réalité, en présence de ses parents, l'enfant exprime plus facilement ses émotions. Les parents pourront alors apaiser l'enfant et le rassurer. L'identification de la place de soignant, en particulier dans les soins de maternage, est aussi une difficulté fréquemment exprimée. Elle est le plus souvent résolue si le soignant situe sa fonction dans l'accompagnement du parent et non dans une quête d'un rôle maternant.

Prendre en charge un enfant hospitalisé n'est pas anodin et nécessite des compétences particulières. Pour travailler avec les enfants et les parents en milieu hospitalier, les soignants doivent connaître les besoins psychoaffectifs de l'enfant, le processus de parentalisation, les

attitudes et réactions des parents face à la maladie et l'hospitalisation de leur enfant ainsi que les aides et accompagnements qu'ils peuvent leur apporter. Les soignants ont également besoin de donner du temps aux familles, d'échanger avec elles, être à l'écoute et observer les relations familiales pour prendre en charge au mieux l'enfant. Enfin, les soignants ont besoin d'espace de répit et de paroles pour qu'ils puissent s'exprimer librement sur leurs difficultés et questionnements, en ayant l'assurance de ne pas être dérangés par les parents.

Au regard de ma situation, la relation de soin envers l'enfant et ses parents était ma première expérience dans la triade enfant-parents-soignants. Ayant le projet de devenir puéricultrice, j'avais hâte de pouvoir prendre en charge un enfant et ses parents. J'appréhendais cependant la présence des parents par peur d'être jugé. Ici dans ma situation, je n'ai pas eu à effectuer de soin technique donc je n'ai pas eu ce regard craintif des parents par-dessus mon épaule. Cependant, n'ayant pas encore assez confiance en moi, lorsque j'ai pu donner des explications aux parents ou à leur enfant, j'avais peur de mal faire et que les parents jugent ainsi ma pratique. Par ailleurs, comme dit précédemment l'anxiété des parents peut être transmise à l'enfant. Dans ma situation j'ai senti justement que l'anxiété des parents prenait le dessus, atteignant ainsi Tristan. Ses parents n'ont alors pas réussi à l'apaiser face à cette hospitalisation déjà angoissante pour lui.

Face à cette situation, n'ayant pas assez de connaissances sur l'enfant et ses besoins psychoaffectifs, mais aussi sur le processus de parentalisation et les réactions des parents face à la maladie et l'hospitalisation de leur enfant, je me suis sentie très vite démunie ne sachant pas comment gérer les peurs mais aussi l'anxiété de Tristan ainsi que celle de ses parents.

3. Enquête exploratoire

Les différentes lectures d'ouvrages et d'articles effectuées sur le développement de l'enfant, la parentalité, le lien d'attachement entre l'enfant et ses parents, la proximologie et les besoins et émotions de chaque acteur de la triade enfant-parents-soignants, m'ont permis de mettre en évidence plusieurs questionnements sur la prise en charge de l'enfant, de ses parents et le comportement des soignants en lien.

Pour éclairer mes concepts, il m'a alors paru évident d'aller à la rencontre de ces soignants afin de recueillir leurs avis, leurs ressentis et leurs expériences concernant le thème de mon travail de fin d'études.

3.1. Méthodologie du recueil de données

3.1.1. Choix de l'outil

Pour réaliser mon enquête exploratoire sur le terrain, j'ai choisi d'utiliser l'entretien semi-directif car c'est, pour moi, le moyen le plus adapté pour recueillir des informations contenues dans l'expérience du quotidien. Il renseigne sur ce que les personnes perçoivent et/ou pensent en ce qui concerne un thème ou sur ce qu'elles déclarent faire. J'ai décidé d'effectuer des entretiens semi-directifs car c'est une technique de recueil d'informations permettant une libre expression des professionnels interrogés tout en centrant leur discours sur le thème défini au préalable grâce à la question inaugurale : **comment se déroule l'hospitalisation d'un enfant dans votre service ?**

Pour clarifier certaines idées j'ai utilisé des questions de relances sur le discours des professionnels. J'avais également un guide d'entretien (Annexe I) comportant plusieurs questions en lien avec mes différents concepts, afin de réorienter le professionnel, si besoin, ou le diriger vers des sujets qu'il n'aurait pas abordés.

3.1.2. Population ciblée

La population que j'avais initialement choisie d'interroger concernait tout professionnel paramédical travaillant auprès d'enfant, c'est-à-dire infirmiers, puéricultrices ou encore auxiliaires de puériculture. Finalement, en appelant les différents services, les cadres de santé m'ont toutes proposé des entretiens avec des puéricultrices. Parmi ces-dernières, une

travaille en néonatalogie, deux en pédiatrie nourrissons, une en pédiatrie grands enfants, et une maternité. J'ai donc réalisé, en tout et pour tout, cinq entretiens dans un même Centre Hospitalier Général.

Mon premier entretien s'est déroulé dans un service de néonatalogie. J'y ai rencontré la PDE² 1, infirmière depuis 1985 ayant travaillé dans plusieurs services adultes avant d'effectuer la formation de puéricultrice en 2000. A sa sortie, elle a tout d'abord travaillé sur la maternité et la néonatalogie, puis a eu un poste à temps plein en néonatalogie.

Mon second entretien a eu lieu dans un service de pédiatrie nourrissons. J'ai rencontré la PDE 2, diplômée infirmière en 1988 et puéricultrice en 1989. Elle travaille depuis le début de sa carrière, soit 30 ans, en pédiatrie, et cela fait maintenant 10 ans qu'elle exerce dans le service de pédiatrie nourrissons.

Au cours de mon troisième entretien en service de pédiatrie grands enfants, j'ai rencontré la PDE 3, diplômée infirmière en 2005. Elle a travaillé dans plusieurs services adultes avant d'avoir un poste en pédiatrie grands enfants en 2011. En 2015, elle décide de se spécialiser en tant que puéricultrice.

Mon quatrième entretien s'est déroulé en service de pédiatrie nourrissons, j'ai rencontré la PDE 4, diplômée infirmière en 2005, ayant travaillé un an dans un service d'adultes avant d'avoir un poste de nuit en pédiatrie en 2011. Afin de se spécialiser, en 2013, elle décide de suivre la formation de puéricultrice.

Enfin, mon dernier entretien, a eu lieu en maternité au cours duquel j'ai pu interroger la PDE 5, infirmière depuis 1983. Elle a travaillé en réanimation néonatale jusqu'en 1990, avant d'entrer en formation de puéricultrice. Après son diplôme elle a travaillé en néonatalogie, puis en 2006 elle a décidé de changer pour la maternité.

Il était important pour moi d'avoir un échantillon varié et peu restrictif afin de réaliser une analyse la plus complète qui soit. J'aurai aussi voulu m'entretenir avec des professionnels travaillant aux urgences pédiatriques, cependant le service ayant une activité importante, la rencontre n'a pas été possible.

J'ai décidé de ne pas réaliser mes entretiens en secteur extra-hospitalier car l'hospitalisation, en elle-même, génère du stress, ainsi la triade enfant-parents-soignants est perçue

2 Puéricultrice Diplômée d'État

différemment. De plus, après l'obtention de mon diplôme, souhaitant travailler en secteur hospitalier j'ai souhaité enrichir ma réflexion grâce aux expériences diverses de ces professionnels travaillant dans ce secteur, possédant chacun leur parcours de vie et leur parcours professionnel, leur vision de la triade et leurs propres valeurs.

3.1.3. Organisation des entretiens

Avant d'effectuer mes entretiens j'ai adressé une lettre de demande d'autorisation au directeur du centre hospitalier visé (Annexe II).

Pour planifier mes cinq entretiens, j'ai profité d'être en stage dans ce même centre hospitalier, afin de prendre contact avec les cadres de santé puis les puéricultrices, et leur présenter la lettre d'accord (Annexe III). Le fait que je sois présente sur une journée complète de travail a grandement facilité les heures de rendez-vous.

Tous les entretiens effectués ont été enregistrés avec un dictaphone puis retranscrits (Annexe IV) en tenant compte de tous les mots prononcés ainsi que de la communication non verbale, les fautes n'étant pas corrigées. De plus, les prénoms des puéricultrices interviewées ont été changés dans un but d'anonymat. Cependant, pour l'entretien réalisé en maternité, j'ai décidé de ne pas le retranscrire en raison du manque d'éléments critiques et d'analyse sur mon thème.

Concernant les lieux d'entretiens, la plupart se sont déroulés dans des conditions optimales, c'est-à-dire dans une pièce isolée, à l'abri du passage et de bruits parasites, permettant une meilleure concentration des deux intervenants (intervieweur/interviewé). Cependant, pour les deux entretiens effectués en pédiatrie nourrissons, nous avons été dérangés par les allés et venus de différents professionnels et de communications entre eux.

Concernant le déroulement des entretiens, avant toute chose je me suis présentée aux professionnels et j'ai défini les modalités de l'entretien, notamment en demandant l'autorisation d'enregistrer avec un dictaphone et en précisant l'anonymat. Par la suite, j'ai énoncé le thème de ma recherche pour que les interviewés puissent orienter quelque peu leurs réponses concernant ma question inaugurale. J'ai utilisé des questions de relances en lien avec leurs discours mais également des questions préétablies dans mon guide d'entretien, comme indiqué précédemment.

3.1.4. Difficultés rencontrées

Au cours des enquêtes exploratoires j'ai rencontré plusieurs difficultés, autant sur le fond que la forme des entretiens.

Tout d'abord, comme dit précédemment, au cours des deux entretiens en pédiatrie nourrissons, nous avons été dérangés par le bruit et le passage. Cela a été compliqué à gérer car le professionnel perdait parfois le fil de son discours et les bruits parasites m'ont empêchée de retranscrire à l'exactitude certains passages de l'entretien.

Par la suite, mon guide d'entretien, bien que rassurant pour moi, m'a parfois un peu trop enfermée dans les questions, m'empêchant de relancer et d'éclairer certains sujets annoncés par le professionnel. Ainsi, de par mes diverses questions, j'ai pu induire quelques réponses des professionnels.

Concernant l'entretien effectué en maternité, je me suis rendue compte qu'il était impertinent, il ne m'apportait pas vraiment d'élément critique sur mon thème et était donc inexploitable. J'ai donc décidé de ne pas le retranscrire et de ne pas le prendre en compte pour mon analyse. Ainsi, mon analyse s'effectuera seulement sur quatre entretiens, au lieu des cinq réalisés.

3.2. Analyse et exploitation de l'enquête

Pour parvenir à exploiter mes entretiens, je les ai synthétisés sous forme de tableau (Annexe V) afin de pouvoir trier les réponses de manière claire. Dans ce tableau, j'ai repris les différents concepts exposés dans mon cadre de référence et j'ai classé les réponses des professionnels dans chaque case selon le concept abordé. Par la suite, j'ai décidé d'effectuer une analyse individualisée des entretiens (Annexe VI), afin d'avoir une vue d'ensemble des concepts abordés par les puéricultrices, de les mettre en lien avec mon cadre de référence et ainsi de réaliser plus facilement l'analyse croisée de l'enquête.

3.2.1. Prise en charge de l'enfant

Comme vu précédemment, la prise en charge d'un enfant n'est pas si simple. Cela nécessite de prendre en compte ses besoins mais également son développement psychoaffectif et cognitif. Au cours de mes quatre entretiens, toutes les puéricultrices ont évoqué le terme d'individualisation. En effet, pour elles, prendre en charge des enfants nécessite une grande

capacité d'adaptation car ils ont chacun des niveaux de compréhension différents, principalement dus à leur âge et donc leur stade de développement, mais ils ont également des spécificités qui leur sont propres. Pour la PDE 4 « *il faut savoir s'adapter à chaque personne [...] d'autant plus avec des enfants, notamment en fonction de leur âge parce qu'ils n'ont pas forcément les capacités cognitives* » (PDE 4, l. 140-142). Il en est de même pour la PDE 3 qui m'a expliqué qu' « *il faut déjà bien comprendre l'enfant et son parent, parce que chaque enfant est différent. Tu peux avoir deux enfants du même âge qui réagiront complètement différemment* » (PDE 3, l. 103-105). Ainsi, selon ces quatre puéricultrices, pour soigner un enfant de manière individualisé, il est important de connaître son développement, sa capacité à communiquer et le lien d'attachement avec ses parents. Il est également nécessaire de connaître les émotions qu'il peut ressentir face à une hospitalisation ainsi que ses besoins.

Individualisation des soins

Tout d'abord, concernant le développement de l'enfant, les PDE 1 et 4 m'ont expliqué que dès le plus jeune âge les enfants avaient des spécificités de comportements et des habitudes propres à eux. Cela fait référence à mon cadre conceptuel sur les différents stades de développement de l'enfant de Piaget, Freud et Wallon. En effet, pour eux, les enfants acquièrent progressivement des comportements et des compétences bien précises au fur et à mesure de leur développement. Dans la prise en charge de l'enfant, la PDE 1 m'a alors indiqué qu'il est important qu'un professionnel de santé s'occupe d'un même enfant tout au long de son séjour afin de repérer ses spécificités et donc d'individualiser les soins. Cela le rassure d'autant plus, ainsi que ses parents. Dans ma situation d'appel, bien que Tristan ne soit resté qu'une seule journée à l'hôpital, les professionnels de santé le prenant en charge étaient les mêmes de son entrée à sa sortie : l'infirmière et moi-même. Bien qu'à son arrivée nous étions des personnes inconnues, au fur et à mesure de la prise en charge, une relation de confiance s'est créée, permettant ainsi un climat de sécurité et de sérénité.

La connaissance des stades de développement de l'enfant est essentielle pour les soignants afin de comprendre son comportement et la manière dont il perçoit le soin et son environnement. Cela permet ainsi aux soignants d'adapter leurs gestes et leur communication afin de diminuer l'anxiété de l'enfant face au monde hospitalier et d'adopter une prise en charge soignante optimale. C'est d'ailleurs ce qu'a abordé la PDE 3 en m'expliquant tout

d'abord que pour pouvoir entrer en contact avec l'enfant et établir une relation de confiance, les professionnels de santé doivent « *s'intéresser à lui, à son histoire, à sa vie, à ce qu'il fait...* » (PDE 3, l. 111-112). Elle a ensuite évoqué, tout comme les autres puéricultrices interrogées, que le discours et les gestes doivent être adaptés à l'enfant, que ce soit au niveau de son âge, de sa capacité de compréhension, de sa maladie ou de la personnalité de ses parents, c'est ce que l'on appelle la singularité ou l'individualité. Pour la PDE 3, l'observation est une qualité essentielle afin de pouvoir adapter les soins à l'enfant : « *on est en permanence en train d'observer et d'évaluer où en est l'enfant et son parent pour pouvoir adapter nos soins* » (PDE 3, l. 101-103).

La PDE 2 aborde de manière plus détaillée cette individualisation des soins en évoquant que la prise en charge de l'enfant doit être adaptée à son âge, c'est-à-dire à sa capacité de communiquer et le lien d'attachement avec ses parents.

En effet, pour les nourrissons, la communication étant limitée, la relation « *passé beaucoup plus par le verbal avec les parents* » (PDE 2, l. 177). A contrario, avec les jeunes enfants, ayant développé leur capacité de compréhension et de communication, le soignant ne s'adressera non pas seulement aux parents mais également à l'enfant, dans un discours adapté. Il en est de même en ce qui concerne le lien d'attachement, puisque les nourrissons, à la différence des jeunes enfants, ont un lien plus fusionnel avec leurs parents, et plus précisément leur mère. John Bowlby, qui a théorisé l'attachement, évoque d'ailleurs que pour se développer normalement, le nouveau-né a besoin, dès les premiers jours, d'établir avec l'adulte une relation stable, de confiance et sécuritaire, le plus souvent avec sa mère biologique ou la personne assurant régulièrement les soins de maternage, soit le « *caregiver* ». Cette personne devient rapidement, pour l'enfant, une figure d'attachement et de sécurité durant toute sa vie. Il se rapprochera alors d'elle dès qu'il se sentira en insécurité, comme dans le cas d'une hospitalisation.

Ainsi, il est donc important que les soignants impliquent le plus possible les parents à la prise en charge de l'enfant, et d'autant plus avec les nourrissons où « *le lien mère-enfant est important* » (PDE 2, l. 50).

Pour faire le lien avec ma situation d'appel, durant l'hospitalisation de Tristan, j'ai dû m'adapter à lui ainsi qu'à ses parents et donc individualiser les soins. Au début, je n'étais pas

très à l'aise car c'était la première fois que je prenais en charge un enfant, je ne savais pas comment m'y prendre. Cependant, au fur et à mesure et grâce aux conseils de l'infirmière, j'ai réussi à prendre confiance en moi, ce qui m'a permis d'avoir plus d'assurance auprès de Tristan et de ses parents. J'ai su adapter mon discours envers eux, en utilisant un langage simple pour qu'ils puissent assimiler les informations. De plus, Tristan n'ayant que 4 ans, le lien d'attachement avec ses parents étant encore très fusionnel, j'ai dû m'adapter à eux et les intégrer dans la prise en charge, d'autant plus qu'ils sont une figure de sécurité, comme évoqué par J. Bowlby. Cela rejoint notamment ce qui s'est déroulé dans ma situation. En effet, lorsque Tristan était anxieux, j'ai pu observer que pour se sentir en sécurité, il se tournait vers ses parents et se tenait près d'eux.

Les émotions de l'enfant

Par la suite, concernant la prise en charge de l'enfant, nous avons vu qu'il était important de connaître les émotions qu'il pouvait ressentir lors d'une hospitalisation.

Au cours de mes différents entretiens, toutes les puéricultrices, sauf la PDE 1, ont abordé cela. Pour elles, l'hôpital est un milieu inconnu, pouvant être angoissant, de par la maladie, les soins ou les différents appareillages. Les enfants se sentent alors perdus « *dans un lieu inconnu [...], avec des personnes inconnues* » (PDE 3, l. 165-166), et peuvent parfois se mettre à pleurer. Comme le dit Pascale Wanquet-Thibault, l'enfant n'a plus ses repères habituels, se sent en insécurité et les soins prodigués peuvent être source de stress. Elle rajoute également que cette situation inconnue peut engendrer des perturbations telles qu'une sollicitation parentale, des troubles du sommeil, des inquiétudes ou encore des terreurs nocturnes. Cela rejoint ma situation d'appel puisque Tristan, dès son arrivée, était anxieux de par le milieu inconnu, son opération ainsi que la séparation avec ses parents lors de cette dernière. Les principales perturbations observées, étaient, ici, les inquiétudes de Tristan et une sollicitation parentale importante dans un but de réassurance.

Cependant, la PDE 4 fait le parallèle avec les enfants présentant une pathologie chronique. Pour eux, les hospitalisations sont fréquentes et ne sont donc pas dans l'inconnu. Leur vision est complètement différente, ils ont une « *très grande maturité, une vision du soin qui n'est pas du tout la même* » (PDE 4, l. 136).

De plus, selon la PDE 2, les émotions peuvent être différentes en fonction du type d'hospitalisation. En effet, l'hospitalisation classique peut engendrer des angoisses en lien avec la maladie ou les soins techniques, alors que la chirurgie peut entraîner une peur du bloc opératoire et l'angoisse de la séparation avec les parents, comme dans ma situation d'appel. P. Wanquet-Thibault explique d'ailleurs que l'enfant peut subir un traumatisme supplémentaire si un soin nécessite la séparation avec les parents. D'autre part, dans certaines situations, ils sont peu présents ou absents, et cela peut être traumatisant pour les enfants. Il existe deux types de réactions de leur part : les bébés vont souvent être en retrait et ne jamais pleurer « *on a l'impression pour pas se rendre compte que les parents sont pas là* » (PDE 1, l. 85-86), et au contraire, les enfants plus grands vont beaucoup pleurer car ils ont l'habitude de la présence des parents. Ainsi, dans de telles situations, les professionnels de santé, auront tendance, inconsciemment, à plus entourer l'enfant, afin de compenser cette absence.

Par ailleurs, ces émotions peuvent également être en lien avec d'autres paramètres évoqués par les puéricultrices. Pour la PDE 2, les émotions peuvent varier en fonction de la personne elle-même mais aussi de ses parents. En effet, « *pour un enfant qui a la même pathologie, en fonction des parents, il y en a qui sont supers angoissés et d'autres pas du tout* » (PDE 2, l. 212-213). Les parents peuvent donc transmettre leurs émotions aux enfants et plus précisément aux nourrissons, « *les bébés ce sont des éponges* » (PDE 2, l. 116-117). Pascale Wanquet-Thibault aborde d'ailleurs cela en expliquant que l'anxiété chez l'enfant peut être majorée par celle de ses parents. Pour la PDE 2, c'est principalement la mère qui transmet ses émotions à l'enfant parce que le lien est plus fusionnel. Je peux ici faire le lien avec ma situation d'appel puisque Tristan, déjà anxieux par les éléments cités ci-dessus, aperçoit également ses parents angoissés, et notamment sa mère, qui sont pourtant censés être des figures de sécurité et de réassurance mais qui, ici, ont pour effet de majorer le sentiment d'anxiété de Tristan.

D'autre part, la PDE 4, aborde l'impact de la blouse blanche sur l'enfant. En effet, parfois, lorsque les soignants s'approchent, étant en blouse blanche, les enfants « *se mettent à hurler, à pleurer, on a beau essayer de parler ça ne marche pas* » (PDE 4, l. 39-40). Ce syndrome de la blouse blanche, bien que souvent négligé, est très handicapant et se traduit par une accélération du rythme cardiaque, une élévation de la tension artérielle ou une transpiration

soudaine. Il peut se déclarer à la suite d'une prise en charge médicale conduite de manière défaillante et vécue difficilement par le sujet, malgré la bonne volonté et la disponibilité des personnes soignantes. Ainsi, les émotions des enfants peuvent être en lien avec le vécu de l'hospitalisation.

Pour faire le lien avec les émotions de l'enfant, au cours de l'entretien avec la PDE 2, j'ai voulu en savoir un peu plus sur la prise en charge du mal-être de l'enfant, et plus précisément comment le déceler. La PDE 2 a alors abordé deux aspects du mal-être de l'enfant : la douleur physique et la souffrance psychosociale.

Concernant la douleur physique elle m'a expliqué qu'il existe différentes échelles de douleur permettant de cibler certains traits de caractères : traits du visage, la posture corporelle... en fonction de l'âge de l'enfant. Pour les grands enfants les soignants utilisent principalement l'Échelle Visuelle Analogique ou l'échelle des visages, permettant ainsi aux enfants d'auto-évaluer l'intensité de leur douleur. Cependant, ces échelles ne sont que des outils quantitatifs et l'observation du comportement de l'enfant reste primordiale, la PDE 2 m'expliquait d'ailleurs qu' « *un enfant prostré, en chien de fusil et qui se tient le ventre, tu penses bien qu'il est douloureux* » (PDE 2, l. 193-194).

A contrario, la souffrance psychosociale est plus subtile à repérer, mais on peut tout de même la percevoir grâce aux ressentis ou à la relation avec l'enfant. L'observation est également primordiale, car cette souffrance peut être repérée chez un enfant par un isolement ou au contraire une exacerbation dérangeante du comportement.

Les besoins de l'enfant

Pour lutter contre le mal-être de l'enfant et ses différentes émotions en lien avec l'hospitalisation, les puéricultrices doivent connaître leurs besoins et mettre en place des actions adaptées.

Tout d'abord, pour les quatre puéricultrices, la communication est essentielle dans la relation avec l'enfant dès le plus jeune âge, il faut savoir lui expliquer les choses dans un langage adapté, favoriser le contact mais également savoir imposer des limites, afin d'établir une relation de confiance. L'accueil est un temps très important qui permet de dédramatiser

l'hospitalisation, tout comme la présentation du soignant à l'enfant et à ses parents. C'est d'ailleurs ce que l'infirmière et moi-même avons fait dans ma situation d'appel. Peu importe la personne que nous prenons en charge, il est important de se présenter afin d'établir un premier contact et essayer de mettre en place une relation de confiance. Dans le cas d'une prise en charge d'un enfant, cela est d'autant plus important afin de dédramatiser la situation et rassurer l'enfant.

De manière générale, pour que l'enfant et les parents ne soient pas dans l'inconnu, il faut pouvoir répondre à leurs questions, les rassurer et surtout les informer sur les soins ou examens prévus. Dans ma situation d'appel c'est d'ailleurs ce que j'ai tenté de faire en expliquant à Tristan et à ses parents comment allait se dérouler son hospitalisation, en amont et en aval de l'opération, et en les rassurant. Il est important d'appréhender le soin, c'est à dire prévenir et expliquer à l'enfant, et même au nourrisson, ce qu'on va lui faire, ainsi qu'à ses parents, dans un but de sécurisation et de réassurance, afin que le soin se déroule de manière optimale « *C'est important d'être honnête avec les enfants c'est à dire que si on sait qu'un soin risque d'être douloureux, il faut pouvoir leur dire* » (PDE 4, l. 53-55). De plus, appréhender le soin revient à mettre en place des systèmes de distractions, tels que l'hypnose, comme ont pu me le dire les PDE 2 et 3, ou bien des tablettes, pour faire du soin un moment moins traumatisant pour l'enfant.

Par la suite, toutes les puéricultrices interrogées s'accordent à dire que la principale ressource pour diminuer l'angoisse de l'enfant à l'hôpital reste la présence des parents. Ils sont un repère et un soutien essentiel, permettant aux enfants de les rassurer et de les apaiser. Ils font « *partie intégrante du soin* » (PDE 2, l. 54). Pour Pascale Wanquet-Thibault, ils ont le pouvoir de les protéger et de rendre le monde rassurant. Cela rejoint ma situation d'appel car, comme dit précédemment, lorsque Tristan était anxieux, j'ai pu observer que pour se sentir en sécurité, il se tournait vers ses parents et se tenait près d'eux. Cela le rassurait et l'apaisait lorsque j'étais dans la chambre, avec ou sans l'infirmière.

Enfin, la PDE 3 m'a expliqué que le fait d'être hospitalisé ne doit pas priver l'enfant de sa vie extérieure, c'est à dire qu'il doit continuer à jouer, à se divertir ou à recevoir un enseignement scolaire, d'autant plus que tout cela fait partie intégrante de son développement.

Ainsi à l'hôpital, les services de pédiatrie sont équipés de salles de jeux, des musiciens viennent également divertir les enfants et une institutrice est présente pour enseigner des cours. Cette dernière s'adapte à l'âge des enfants mais aussi à leur pathologie, les soignants « *l'intègre[nt] dans les soins [...] et dans la prise en soin de l'enfant et de sa maladie* » (PDE 3, 1. 77-78).

Evolution de la prise en charge de l'enfant

Cette prise en charge, bien qu'optimale de nos jours, ne fut pas toujours ainsi, comme me l'a dit la PDE 1. En effet, il y a quelques années, la douleur de l'enfant n'était pas reconnue, tout comme l'installation du prématuré dans le lit ou la couveuse, et bien d'autres choses. « *Tu te rends compte que... quand moi j'ai commencé ici, donc il y a que 20 ans il y a pas si longtemps que ça, la douleur de l'enfant n'était pas encore reconnue ! Je veux dire que le sucre doux on savait pas ce que c'était hein. Quand j'y penses maintenant je me dis que c'était pas possible !* » (PDE 1, 1. 179-183). Les professionnels ne se posaient pas de questions et cela semblait être normal pour tous. C'est d'ailleurs ce que j'ai abordé dans mon cadre de référence, en effet, auparavant, Piaget, Peiper et Gesell, « *concevaient le nouveau-né comme un organisme biologique, immature, essentiellement doté de réponses réflexes et relativement insensibles à son environnement* » (cité par Corbetta D., 2002, p.21). Heureusement, au cours de ces dernières années la prise en charge de l'enfant s'est améliorée, notamment grâce à l'évolution des mentalités mais surtout des connaissances sur le développement de l'enfant, depuis la pédiatre et psychanalyste Françoise Dolto, selon la PDE 1. En effet, d'inspiration freudienne, F. Dolto a développé une théorie novatrice permettant d'accroître la compréhension de l'humain, notamment en mettant en avant les singularités du développement de l'enfant. Elle a alors révolutionné le rapport adulte-enfant en défendant l'idée selon laquelle l'enfant est égal à l'adulte. Cette théorie a ainsi permis d'améliorer la prise en charge de l'enfant à l'hôpital, dans lequel aujourd'hui, de nombreuses formations sont dispensées pour connaître au mieux les spécificités des enfants et adapter notre prise en charge. Les soins de développement font d'ailleurs partie des formations prodiguées, comme a pu me l'expliquer la PDE 1. Ils permettent d'appréhender l'enfant dans sa globalité et ainsi de repérer, rien qu'en le regardant, ce qui ne va pas, afin de mettre en place une action plus rapidement.

3.2.2. *Prise en charge des parents*

Comme nous avons pu le voir, la prise en charge de l'enfant a beaucoup évolué depuis de nombreuses années, notamment grâce aux connaissances acquises sur son développement. Ses besoins ont également été reconnus et ont permis, depuis quelques années, de valoriser la présence des parents dans les hôpitaux.

Evolution de la prise en charge des parents

Il y a de nombreuses années les parents n'étaient pas présents dans les services qui accueillait les enfants. Au cours de mes entretiens, ce sujet a été abordé par les PDE 1 et 2. Toutes deux, ayant une ancienneté d'au moins vingt ans dans le métier, m'ont précisé qu'au début de leur carrière les parents ne pouvaient pas rester auprès de leur enfant. Ce dernier était donc séparé, dès son admission à l'hôpital, de son environnement habituel et de ses parents, figures de sécurité et de réassurance.

De nos jours, les parents ont la possibilité de rester jours et nuits aux côtés de leur enfant, leur présence est indispensable, et même, selon la PDE 2, « *pour certaines personnes c'est inacceptable que les parents ne restent pas* » (PDE 2, l. 42). L'ouverture des services pédiatriques aux parents a été officialisée en France par la circulaire du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants. Elle s'appuie sur une nouvelle représentation de l'enfant malade dont les besoins émotionnels sont reconnus et dont le vécu, dès la naissance, est considéré comme décisif pour son avenir. Pour la PDE 2, cette évolution est en lien direct avec la création de la Charte Européenne de l'Enfant Hospitalisé, qui indique qu' « *un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état* ». Plus l'enfant est jeune plus il est dépendant de l'adulte, c'est-à-dire son parent, donc en règle générale ce dernier a le droit de rester auprès de lui. Pour Pascale Wanquet-Thibault, cette évolution est due au progrès de la place de l'enfant dans la société, notamment grâce à la psychologie de l'enfant.

Proximologie

Cette évolution a donc mené à une modification des pratiques professionnelles puisque, aujourd'hui, accueillir un enfant à l'hôpital implique d'y accueillir ses parents et de les intégrer dans la prise en charge. Pour Hugues Joublin, il convient, à l'hôpital, d'impliquer

l'entourage dans le projet de soins, sous l'angle d'un investissement relationnel. Dans le contexte de relation triangulaire, les parents deviennent des partenaires de soin au bénéfice d'une meilleure prise en charge thérapeutique. C'est ce que l'on appelle la proximologie, « *son originalité est d'envisager la présence et le rôle de l'entourage comme des éléments déterminants de l'environnement du patient, donc de l'efficacité des soins et de sa prise en charge* » (Joublin, H., 2010, p. 11).

Pour les quatre puéricultrices interrogées, les parents font « *partie intégrante du soin* » (PDE 2, l. 54), c'est indissociable. « *On ne prend pas en charge juste un patient, on prend sa famille en charge en même temps* » (PDE 2, l. 47-48). La collaboration des professionnels soignants avec les parents est donc essentielle. Ils ont la possibilité de rester jours et nuits et de participer aux soins s'ils le désirent. De manière générale, les parents sont très souvent aux côtés de leur enfant. Selon la PDE 2, ce sont principalement les mères qui sont présentes parce que le lien mère-enfant est très important, notamment chez les nourrissons, même si les pères sont, de nos jours, de plus en plus impliqués.

La présence des parents est beaucoup sollicitée par les soignants parce qu'ils connaissent l'enfant mieux que personne, ce sont des porte-paroles essentiels. Ils permettent également à l'enfant, de lui faire prendre conscience de l'importance d'un soin. Cela fait écho à ma situation d'appel lorsque Tristan ne voulait pas mettre sa tenue de bloc opératoire. Ses parents, ont essayé tant bien que mal de la lui mettre cependant Tristan était trop agité. Avec l'infirmière, nous avons essayé de lui parler pour l'apaiser mais c'est principalement grâce aux mots des parents que nous avons réussi à le faire changer d'avis. Sans eux, nous, personnes inconnues aux yeux de Tristan, n'aurions jamais réussi à nous faire entendre.

L'ensemble des puéricultrices interrogées affirment également que la présence des parents est bénéfique pour l'enfant. En effet, ils peuvent être très aidants : leur présence, leurs explications et leur soutien auprès de leur enfant sont primordiaux, que ce soit lors des soins ou dans la prise en charge générale. Cela permet à l'enfant de se sentir en sécurité et soutenu tout au long de sa prise en charge. Cela fait d'ailleurs référence à ma situation d'appel puisque les parents de Tristan, bien qu'anxieux, étaient très présents pour lui et le soutenait dans cette étape difficile. Cette relation sécuritaire et protectrice avec les parents est essentielle, selon Pascale Wanquet-Thibault, car s'ils disparaissent, l'enfant aura le sentiment d'être abandonné.

De plus, la PDE 1 a ajouté que la présence des parents a de nombreux bienfaits sur le développement de l'enfant. L'évolution de sa santé est alors améliorée et les problèmes médicaux sont moindres : « *il y a tout à y gagner* » (PDE 1, l. 111). H. Joublin énonce ces bienfaits et ajoute également que les parents permettent de personnaliser le soin en donnant des informations sur des habitudes de vie que l'enfant peut avoir, sa personnalité et ses goûts. Ils peuvent distraire ou contenir physiquement et psychologiquement l'enfant. En leur présence, l'enfant sera plus apaisé et pourra, plus facilement, exprimer ses émotions.

L'enfant a donc besoin de ses parents et ainsi, selon la PDE 1, « *notre premier rôle c'est de faire qu'ils soient là* » (PDE 1, l. 62-63).

Les limites à la présence des parents

Comme nous venons de l'aborder, il est essentiel d'intégrer les parents dans la prise en charge de l'enfant, cependant, il existe certaines limites à leur présence. En effet, selon Hugues Joublin, la proximité n'apparaît pas comme une notion facile à cadrer. Elle convient de poser les justes limites à l'implication du proche, dans son intérêt comme dans celui du proche malade.

Selon les PDE 2, 3 et 4, bien qu'il existe peu de contraintes à la présence des parents, elles ont toutes abordé que, lors des soins stériles avec un risque septique élevé, les parents ne sont pas autorisés à assister au soin. Cependant, la PDE 3 rajoute que « *maintenant on fait beaucoup de choses avec les parents, par exemple nous les ponctions lombaires on les fait avec les parents !* » (PDE 3, l. 148-149).

Par la suite, la PDE 2 évoque également que les soignants imposent très souvent aux parents leur absence au cours des soins très douloureux. En effet, lors de ces soins, l'enfant n'a pas conscience du geste car il est sous analgésique, cependant les parents, eux, en ont pleinement conscience. Cela impacte grandement les futurs soins puisque les parents vont transmettre leur angoisse de souffrance à l'enfant car ils auront toujours la vision du soin douloureux.

Par ailleurs, pour les PDE 2 et 4, ce transfert d'émotions peut être observé sans raison particulière et de manière inconsciente de la part des parents, comme abordé précédemment, au regard de ma situation d'appel. En effet, parfois c'est tout simplement stressant et anxiogène pour leur enfant qu'ils soient présents. Les soignants doivent donc prendre en

charge les parents, leur faire comprendre l'importance de laisser leurs émotions en dehors de la chambre ou même parfois les amener à ne pas rester pendant le soin, si on ressent que leur présence pourrait ne pas être bénéfique pour l'enfant.

Par conséquent, parfois, la présence des parents peut altérer la relation de soin et entraver la santé de l'enfant. Il est donc essentiel de pouvoir repérer ces situations afin de mettre en place des actions adaptées.

Mise à part le transfert d'émotions, la PDE 4 a évoqué le fait que le parent peut influencer son enfant sur les soins. Par exemple, il peut émettre des doutes sur l'acceptation au soin de la part de l'enfant, le rendant ainsi difficile. De même, les parents peuvent assimiler un soin comme une punition, ce qui le rendra très compliqué lorsque les soignants devront réellement l'effectuer sur l'enfant.

Pour finir, la PDE 3 a, quant à elle, abordé le fait qu'une décision juridique peut être prise pour protéger l'enfant ou encore une décision médicale, si, par exemple, la présence du parent est nocive et entraîne des conséquences ou des répercussions au niveau psychologique pour l'enfant. Le médecin peut alors demander « *un isolement c'est à dire que l'enfant soit coupé de sa famille pour un temps pendant l'hospitalisation* » (PDE 3, l. 157-158). Il arrive parfois que ce soit l'enfant, ou plutôt l'adolescent, qui demande à ses parents de partir.

En définitive, pour une prise en charge optimale de l'enfant, il est parfois nécessaire de laisser les parents de côté, cependant, s'ils souhaitent tout de même être présents, on ne peut pas leur en empêcher car ce sont eux les détenteurs de l'autorité parentale. De plus, « *je pense qu'on peut tout à fait travailler avec les parents, il faut juste s'adapter en fonction de la famille* » (PDE 3, l. 144-145).

Les émotions des parents

Comme nous l'avons déjà abordé, prendre en charge un enfant revient à prendre en charge également ses parents. Cela revient à s'intéresser à eux, notamment en écoutant leurs difficultés et attentes. Durant l'hospitalisation de leur enfant, si dans la plupart des cas les parents arrivent à collaborer avec les soignants pour aider l'enfant, ils peuvent parfois avoir des réactions ou attitudes déroutantes pour le soignant. Pour P. Wanquet-Thibault, ces réactions peuvent prendre différentes formes : angoisse, culpabilité, agressivité, répétition de

questions à tous les membres de l'équipe, demandes incessantes, comportement de fuite... Au cours de mes entretiens, ces émotions ont seulement été abordées par la PDE 2.

Face à l'hospitalisation de leur enfant, la PDE 2 a abordé que certains parents « *sont en grande difficulté, en grande souffrance* » (PDE 2, l. 121-122), et sont très souvent angoissés, transmettant ainsi, comme vu précédemment, leurs émotions à l'enfant. Pour elle, ces difficultés sont principalement dues au vécu de la personne. En effet, si la personne a eu antérieurement une mauvaise expérience à l'hôpital, comme le décès d'un proche, les prochaines hospitalisations seront forcément plus compliquées à gérer et entraîneront de l'angoisse. Ainsi, « *en fonction du vécu de chacun, pour une même situation on a pleins de comportements différents* » (PDE 2, l. 220-221). Certains parents peuvent être très stressés et d'autres, au contraire, très sereins, quant à l'hospitalisation de leur enfant. Dans ma situation d'appel, les parents de Tristan étaient très stressés, notamment parce que leur enfant l'était également mais aussi parce qu'ils étaient dans une situation inconnue, d'où l'importance d'expliquer les choses.

Par ailleurs, pour la PDE 2, l'angoisse des parents peut également être en lien avec des informations parfois difficiles à entendre pour eux, concernant l'état de santé de leur enfant, mais également en lien avec le manque d'information. En effet, les soignants sont parfois ignorants sur certaines composantes concernant la santé de l'enfant, et ne peuvent ainsi pas répondre aux questions des parents, c'est donc parfois difficile pour eux de faire face à cela.

Selon P. Wanquet-Thibault ces réactions sont souvent l'expression de difficultés du parent à faire face à la situation, elles sont souvent temporaires et leurs conséquences sont rarement néfastes.

En parallèle à ces émotions, la PDE 2 a abordé le fait que l'hospitalisation d'un enfant est parfois compliquée pour les parents lorsqu'ils ont d'autres enfants. En effet, il est compliqué pour eux d'être disponibles toute la journée pour leur enfant qui est hospitalisé. La durée du séjour à l'hôpital peut parfois être longue en fonction du motif d'entrée, et les parents doivent donc s'organiser entre la maison, la fratrie et l'hôpital. Pour les soignants il n'y a donc pas « *que l'enfant avec son père et sa mère, il y a aussi le reste de la famille, les frères et sœurs* » (PDE 2, l. 305-306). D'ailleurs il y a eu une nette évolution depuis plusieurs

années car avant les frères et sœurs ne pouvaient pas rentrer dans la chambre. Aujourd'hui ils sont autorisés à rendre visite à l'enfant, accompagnés des parents, dans certaines limites. Cela permet ainsi de rassurer les frères et sœurs, afin qu'ils ne se sentent pas délaissés par leurs parents, et permet également aux familles de s'organiser.

Pour la PDE 2 ce sont souvent les mères qui sont affectées par ces difficultés à gérer la maison et l'hôpital car elles « *sont partagées entre ceux qui sont à la maison [et] celui qui est à l'hôpital qui a besoin* » (PDE 2, l. 281-282). Elles vont également penser à tout ce qui les attendent à faire à la maison. C'est donc ça la différence avec le père, car lui il est tout aussi investi avec son enfant mais l'affect est moins envahissant car il sait que la mère est à la maison avec les autres. Il ne se préoccupe pas, à cet instant, des autres enfants, de la gestion de la maison, et il vit donc pleinement le moment avec son enfant hospitalisé.

Les besoins des parents

Afin d'adapter notre posture professionnelle soignante et prendre en charge de manière optimale les enfants, nous avons vu précédemment que les parents nous sont indispensables. Il est donc nécessaire de connaître, comme nous venons de l'aborder, les difficultés qu'ils peuvent ressentir au cours de l'hospitalisation de leur enfant, mais également leurs besoins.

Du point de vue des quatre puéricultrices interrogées, il est essentiel d'intégrer les parents dans la prise en charge de leur enfant, notamment en conservant leur rôle parental et en les faisant participer au maximum. « *Pour eux c'est important aussi qu'ils se sentent acteurs dans la santé de leur enfant* » (PDE 4, l. 92-93). Selon la PDE 1, cela permet de réduire leur angoisse, notamment quand vient le moment, pour eux, de partir.

P. Wanquet-Thibault évoque, elle aussi, ces besoins de présence et de réalisation des soins. En effet, lors de l'hospitalisation de leur enfant, les parents souhaitent, dans la plupart des cas, rester auprès de lui à n'importe quel moment, y compris la nuit, de façon autonome, c'est-à-dire sans avoir à demander l'autorisation. Dans la plupart des établissements, c'est aujourd'hui possible, ils peuvent être présents 24 heures sur 24 auprès de leur enfant. De plus, au cours d'une hospitalisation, il est logique que les parents aient le souhait de poursuivre leur rôle de maternage. Cependant, étant dans un milieu inconnu auquel ils ne sont pas habitués, et au

regard de l'état de santé de leur enfant ou encore des éventuels appareillages, P. Wanquet-Thibault évoque que les parents n'osent parfois pas toucher à leur enfant.

Au cours de mes entretiens, cela a été abordé par les PDE 1 et 4. En effet, face à l'hospitalisation de leur enfant, de nombreux parents prennent du recul, soit par peur de déranger, soit parce qu'ils pensent ne pas être compétents pour s'occuper de leur enfant malade. Cela atteste souvent l'expression de difficultés du parent à faire face à la situation. Néanmoins, « *notre rôle c'est de leur montrer qu'ils ont leur place au contraire* » (PDE 1, l. 54). Afin que les parents acquièrent progressivement une certaine autonomie dans les soins et que leur comportement n'impacte pas la prise en charge de l'enfant, les soignants doivent donc être attentifs aux parents, les faire participer, les rassurer, les accompagner et les informer sur l'état de santé de leur enfant. Pour cela, il est essentiel de créer une relation de confiance avec les parents. Je peux ici faire le lien avec ma situation d'appel lorsque j'ai expliqué le déroulement de la journée de Tristan à ses parents mais également lorsque j'ai tenté de rassurer sa mère, très anxieuse, lorsqu'il était au bloc opératoire.

Selon les PDE 1, 2 et 4, l'accompagnement est essentiel, il faut savoir rassurer les parents et essayer de dédramatiser l'hospitalisation. C'est d'ailleurs ce que j'ai fait dans ma situation d'appel, lorsque j'ai vu la mère de Tristan très anxieuse quand ce dernier était au bloc opératoire. Pour les parents en grande souffrance, il est possible de faire intervenir une tierce personne, infirmier ou psychologue, afin de les écouter et de discuter avec eux sur la situation. Selon Pascale Wanquet-Thibault, dans le contexte d'une hospitalisation, et compte tenu de l'anxiété que génère la maladie de leur enfant, les parents peuvent avoir des difficultés à vivre l'hospitalisation de leur enfant. Les professionnels ont ainsi un rôle de réassurance auprès des parents, possible si ces-derniers ont confiance en l'équipe soignante. C'est ce qu'aborde d'ailleurs la PDE 2, mais elle rajoute également que pour élaborer la relation de confiance, un climat de bienveillance est essentiel ainsi que la transmission d'informations claires et loyales sur l'état de santé de leur enfant.

Cela nous amène donc au besoin d'information, qui a été abordé, au cours de mes entretiens, par les PDE 1 et 2. Pour elles, il est important d'informer les parents sur l'état de santé de leur enfant, leur expliquer la prise en charge prévue ainsi que les soins, tout comme

j'ai pu faire dans ma situation d'appel. Pour P. Wanquet-Thilbault, les informations doivent être données dans un langage adapté pour qu'elles soient bien comprises par les parents. Ces derniers attendent des informations honnêtes même quand elles sont difficiles à entendre. Cependant, pour la PDE 2, parfois ce n'est « *pas forcément bon que le parent sache plus, des fois c'est pas la peine* » (PDE 2, l. 256). En effet, selon les parents et la situation, donner trop d'informations peut quelques fois les inquiéter davantage. Ainsi, c'est là « *le juste milieu entre reconforter/rassurer et puis ne pas non plus aller trop loin* » (PDE 2, l. 252-253).

Enfin, les PDE 2 et 3 ont abordé le besoin d'être relayé. En effet, les parents sont très souvent présents aux côtés de leur enfant, cependant, lors des hospitalisations de longue durée ou lorsque leur vie de famille ne leur permet pas d'être présents toute la journée, « *ils essayent toujours de palier avec une personne de confiance [...], les grands parents...* » (PDE 3, l. 174-176). De plus, ce contexte d'hospitalisation entraîne une lourde fatigue. Ainsi, le relais à des membres de la famille ou des proches est nécessaire aux parents afin qu'ils se reposent et prennent du temps pour eux, « *parce que quand l'enfant va aller mieux, ils vont être fatigués et c'est là qu'il faudra qu'ils soient en forme* » (PDE 2, l. 310-311). C'est d'ailleurs ce qu'aborde Pascale Wanquet-Thibault. En effet, elle explique que lors de la prolongation d'un séjour hospitalier, les parents ont besoin d'être relayés par des personnes de leur entourage, notamment pour qu'ils puissent se ressourcer, s'occuper des autres enfants et rester disponibles pour leur enfant hospitalisé.

3.2.3. Le soignant

Prendre en charge un enfant n'est pas si anodin, cela nécessite des compétences particulières. Le contexte de soin face à un enfant malade, ainsi que la présence de ses parents, est complexe et entraîne des réactions de la part des soignants ainsi que des besoins spécifiques. Les reconnaître est essentiel afin de les appréhender et prendre en charge de manière optimale les enfants.

Les émotions du soignant

La prise en charge d'un enfant étant complexe, elle génère parfois des tensions et émotions posant fréquemment des questions éthiques, des questions sur le sens du soin, le

sens de la vie ou encore sur la mort. Au cours de mes entretiens, ces émotions ont seulement été abordées par la PDE 2.

Pour elle, la prise en charge d'un jeune enfant peut être principalement compliquée pour les professionnels jeune diplômés. En effet, « *on n'est pas habitué, [...] il y a le stress, on prend un bébé en charge, un tout petit et [...] on a le regard des parents* » (PDE 2, l. 55-56). Elle met notamment l'accent sur la difficulté en lien avec la présence des parents. En effet, les nouveaux professionnels soignants n'ont pas l'habitude du regard des parents et manque d'assurance et d'expérience, ce qui génère de l'angoisse. Cela se rapporte à ma situation d'appel, puisque c'était la première fois que je prenais en charge un enfant et ses parents, je n'avais pas l'habitude et j'étais un peu stressée, notamment parce que j'appréhendais le regard des parents sur ma pratique. Cependant, la PDE 2 rajoute que ce regard des parents est toujours présent après des années d'expérience « *mais on le prend complètement différemment [...] on a beaucoup plus d'assurance et d'expérience, puis les parents le sentent aussi* » (PDE 2, l. 62-65).

Pascale Wanquet-Thibault évoque également cela. Pour elle, la présence des parents peut engendrer diverses difficultés pour les soignants. La plus fréquemment exprimée est la crainte d'être jugé, en particulier chez les jeunes diplômés lors de la réalisation d'actes techniques. Cette crainte disparaît en règle générale lorsque le soignant a acquis plus d'expérience dans la réalisation des soins et lorsqu'il a compris l'intérêt de la présence du parent auprès de l'enfant.

Par ailleurs, une autre difficulté exprimée par la PDE 2 correspond à la transmission de l'information. En effet, parfois les soignants détiennent des informations négatives concernant l'état de santé d'un enfant, comme son aggravation dans le temps. Cependant, informer les parents et l'enfant de cela peut être très compliqué pour les soignants.

D'autre part, en fonction des parents et de la situation, donner trop d'informations peut quelques fois les inquiéter davantage. Les soignants doivent donc trouver le juste milieu entre reconforter/rassurer et ne pas en dire trop, ce qui est parfois compliqué.

Enfin, les soignants sont parfois ignorants sur certaines composantes concernant la santé de l'enfant, et ne peuvent ainsi pas répondre aux questions des parents. Cela est donc parfois difficile pour eux de faire face à cela mais « *si on ne sait pas c'est moins difficile que de le savoir et pas le leur dire* » (PDE 2, l. 247).

Les besoins du soignant

Pour pouvoir prendre en charge un enfant de manière optimale, les professionnels soignants ont des besoins spécifiques.

Tout d'abord, pour toutes les puéricultrices interrogées, il faut déjà bien comprendre l'enfant et son parent, afin d'individualiser les soins, parce que chacun est différent. Connaître le développement de l'enfant, sa capacité de compréhension, ses émotions, ses besoins, mais également le lien avec ses parents, est donc essentiel. Il en est de même pour les émotions et les besoins des parents. Pascale Wanquet-Thibault rajoute également qu'il est important de connaître le processus de parentalisation mais aussi d'être capable de comprendre et d'analyser les relations intrafamiliales ainsi que la triade enfant-parents-soignants.

Prendre soin d'un enfant nécessite donc de prendre en charge les parents, c'est indissociable parce qu' « *on est en contact permanent avec les parents* » (PDE 2, l. 145-146). Il est ainsi important, selon la PDE 2, d'être à leur écoute et savoir discuter avec eux. C'est d'ailleurs ce que Pascale Wanquet-Thibault évoque, car elle dit que les soignants ont besoin de donner du temps aux familles, d'échanger avec elles, être à l'écoute et observer les relations familiales pour prendre en charge au mieux l'enfant. Je peux ici faire le lien avec ma situation d'appel lorsque j'ai aperçu la mère de Tristan anxieuse et que j'ai pris le temps de l'écouter et de la rassurer. Pour la PDE 2, les parents étant souvent angoissés par l'hospitalisation de leur enfant, l'écoute est nécessaire. En effet, les informations apportées par les parents peuvent les soulager mais aussi aider les soignants à comprendre pourquoi l'enfant et les parents vivent difficilement la situation. Le vécu familial détermine donc, pour la PDE 2, le comportement.

Pour finir, selon P. Wanquet-Thibault, les besoins des soignants concernent aussi la capacité à affronter la souffrance, l'impuissance et éventuellement la mort de l'enfant. La souffrance et la mort n'ont pas été abordées lors de mes entretiens, cependant l'impuissance a, quant à elle, été évoquée indirectement par la PDE 2. En effet, nous avons vu précédemment que les soignants sont parfois ignorants sur certaines composantes concernant la santé de l'enfant, et ne peuvent ainsi pas répondre aux questions des parents. Il en est de même lorsqu'ils doivent informer les parents et l'enfant d'une mauvaise nouvelle. Cela est parfois

difficile pour les soignants, cependant, il est nécessaire qu'ils puissent être capable d'affronter cette impuissance et ne pas s'effondrer afin d'avoir une posture professionnelle auprès de l'enfant et de ses parents.

Les bienfaits du travail auprès des enfants

Pour clôturer mes entretiens, j'ai voulu savoir pourquoi les puéricultrices avaient toutes choisies de travailler auprès des enfants, afin de connaître leur représentation du métier. Les PDE 1 et 2 n'ont pas vraiment su quoi répondre et ont alors abordé leur parcours d'études. Les PDE 3 et 4, ont, quant à elles, évoqué le fait que travailler auprès des enfants est très enrichissant, de par leur diversité et leur authenticité, ils ont beaucoup à nous apprendre et leurs parents également. « *Ils sont vrais, c'est à dire que voilà il n'y a pas de sous-entendu, il y a pas de 'je dis ça mais en fait je pense pas ça', voilà il a envie de dire un truc je dis un truc point barre* » (PDE 4, l. 161-163). De plus, la PDE 4 a rajouté que leur capacité de compréhension étant limitée selon leur âge, il faut sans cesse s'adapter et trouver des stratégies afin d'établir une relation de confiance et ainsi travailler ensemble dans de bonnes conditions.

Pour conclure cette analyse, je souhaite mettre en lien ces entretiens et mon cadre conceptuel avec ma question de départ, qui est : en quoi soigner l'enfant demande à prendre soin de ses parents ?

Tout au long de mon travail, comme le disent les soignants et les auteurs, il est important que les parents soient présents lors de l'hospitalisation de l'enfant puisqu'ils permettent de le rassurer et de le sécuriser. Leur présence est également bénéfique pour son développement psychoaffectif et améliore sa santé. C'est pourquoi, il est essentiel que les soignants prennent soin des parents, afin de prendre en charge l'enfant dans les meilleures conditions et ainsi de manière optimale.

CONCLUSION

Mon travail de fin d'études a débuté par un ensemble de questionnements portant sur une pratique soignante vécue lors d'un stage, mettant en scène un enfant et ses parents. Au regard de mon projet professionnel, qui est de devenir puéricultrice, j'ai décidé d'orienter mon travail sur la triade enfant-parents-soignants et d'élaborer la question de départ suivante : en quoi soigner l'enfant demande à prendre soin de ses parents ?

A partir de cela j'ai développé plusieurs concepts tels que le développement de l'enfant, la parentalité ainsi que la triade enfant-parents-soignants. Tout d'abord, cela m'a permis de comprendre que pour prendre en charge un enfant de manière optimale, il est nécessaire d'appréhender son développement psychoaffectif. De même, les différentes recherches m'ont permis d'apprécier l'importance des parents dans le soin. Bien que parfois cela reste compliqué de par la gestion de leurs émotions, la présence des parents est bénéfique pour l'enfant et essentielle pour le soignant, dans les limites du soin. Dans ce contexte de relation triangulaire, j'ai alors appris qu'il est important de prendre soin de l'enfant tout comme de ses parents, de connaître leurs émotions et leurs besoins afin que chaque acteur de la triade puisse vivre l'hospitalisation dans les meilleures conditions.

Par la suite, je me suis rendue sur le terrain pour mener des entretiens auprès de professionnels exerçant avec des enfants, afin de mettre en lien leurs témoignages avec mon cadre conceptuel. Il en ressort principalement que pour prendre en charge un enfant il est nécessaire d'appréhender ce dernier ainsi que ses parents, afin d'individualiser les soins. Cela vient confirmer ce que les auteurs ont évoqué dans ma partie théorique. En effet, connaître le développement de l'enfant, sa capacité de compréhension et le lien d'attachement avec ses parents, est donc essentiel. Il en est de même pour les émotions et besoins que peuvent ressentir chaque acteur de la triade.

Par ailleurs, les témoignages des professionnels m'ont permis de confirmer les dires des auteurs sur l'importance de l'accompagnement, de la communication et de l'information dans la relation avec l'enfant et ses parents. En effet, dans ce contexte inconnu d'hospitalisation, pouvant générer de l'anxiété, cela permet de les rassurer et de les sécuriser.

Pour finir, suite aux entretiens, il en résulte, tout comme dans mon cadre de référence, que la collaboration des soignants avec les parents s'avère essentielle pour soigner un enfant, dans les limites du soin. En effet, ce sont eux qui connaissent le mieux l'enfant, leurs explications et leur soutien sont primordiaux, dans la plupart des cas, que ce soit lors de soins ou dans la prise en charge générale. Ils permettent de rassurer et de sécuriser l'enfant. De plus, leur présence a de nombreux bienfaits sur le développement de l'enfant ainsi que sur sa santé.

D'un point de vue personnel, ce travail de fin d'études, en lien avec mon projet professionnel, a été très enrichissant. Il m'a permis d'acquérir des connaissances essentielles sur l'enfant et son développement, sur la dynamique familiale ainsi que sur le vécu de l'hospitalisation des différents acteurs de la triade. Tout cela me permettra d'adapter ma posture professionnelle au cœur de la triade enfant-parents-soignants, afin de mettre en place une prise en charge optimale.

Pour conclure, les soignants et les auteurs s'accordent à dire que la présence des parents est essentielle dans la prise en charge de l'enfant. Il est alors important de prendre soin d'eux afin de faire bénéficier à leur enfant d'une prise en charge soignante optimale. Tout cela me permet donc d'émettre l'hypothèse suivante : **pour soigner un enfant, la présence des parents est indispensable.**

BIBLIOGRAPHIE

Sitographie :

- Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active - Institut de formation professionnelle aux métiers de l'animation. *Psychologie et développement de l'enfant* [en ligne], s.d. [consulté de 5 août 2019]. Disponible sur le web : <https://ressources-cemea-pdll.org/IMG/pdf/developpement_enfant_dossier.pdf>
- Coly, S. Les 5 différents stades de l'enfance selon Freud [en ligne], 2018, [consulté le 14 août 2019]. Disponible sur le Web : <<https://psychocoach.blog4ever.com/les-5-differents-stades-de-l-enfance-selon-freud>>
- Connaissance. *La conception de l'enfant selon Wallon* [en ligne], 13 janvier 2013 [consulté le 17 août 2019]. Disponible sur le Web: <<http://cours-psychologie.blogspot.com/2013/01/la-conception-de-lenfance-selon-wallon.html>>
- Gréco, P., « Piaget Jean (1896-1980) », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], s.d. [consulté le 5 août 2019]. Disponible sur le web : <<http://www.universalis.fr/encyclopedie/jean-piaget/>>
- Joly, V. *Développement cognitif de l'enfant : les stades chez J.Piaget* [en ligne], s.d. [consulté le 5 août 2019]. Disponible sur le web : <<http://psy-enfant.fr/stade-developpement-jean-piaget/>>
- Minguet, B., & Galland, F. *Les inquiétudes de l'enfant avec un soin, un examen...* [en ligne], Avril 2011 [consulté le 10 juin 2019]. Disponible sur le Web : <<https://www.sparadrapp.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/les-inquietudes-de-lenfant-avant-un-soin-un>>
- Novartis. *Définition de la proximologie*. [en ligne], 2018 [consulté le 11 juin 2019]. Disponible sur le Web : <<https://www.proximologie.com/proximologie/definition-de-la-proximologie/>>
- Novartis. *Qui sommes-nous ?* [en ligne], 2019 [consulté le 13 juillet 2019]. Disponible sur le Web : <<https://www.novartis.fr/qui-sommes-nous>>
- Parentalité. (s.d.) Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Disponible sur le Web : <<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/parentalit%C3%A9/58145>>
- Psychanalyse 21. *Approche du développement de l'enfant selon Sigmund Freud* [en

- ligne], 2014, [consulté le 14 août 2019]. Disponible sur le Web : <<http://psychanalyse-21.psyblogs.net/2014/01/approche-du-developpement-de-lenfant.html>>
- Tatai, R. Le syndrome de la blouse blanche [en ligne], le 17 juillet 2015 [consulté le 12 février 2020]. Disponible sur le Web : <<https://devenir-capable-autrement.fr/syndrome-blouse-blanche-sbb/>>
 - Vaineau, A-L. *Le stress de l'enfant, difficile à repérer, souvent sous-estimé* [en ligne], 29 juin 2018 [consulté le 08 juin 2019]. Disponible sur le Web : <<https://www.psychologies.com/Famille/Enfants/Epanouissement-de-l-enfant/Articles-et-Dossiers/Rentree-zen-reconnaitre-le-stress-de-l-enfant-et-l-apaiser/Le-stress-de-l-enfant-difficile-a-reperer-souvent-sous-estime>>

Revue électronique :

- Fernandez L. *Psychologie du développement*. [en ligne], 2002 [consulté le 28 juillet 2019]. Disponible sur le Web : <<https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/10129/resultatrecherche/1>>
- Lamboy, B. *Soutenir la parentalité : pourquoi et comment : Différentes approches pour un même concept* [en ligne], 2009 [consulté le 29 juillet 2019]. Disponible sur le Web : <<https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-devenir-2009-1-page-31.htm?contenu=plan#s1n2>>
- Terriot, K. (2013). *La naissance de l'acte chez Wallon : un acte de naissance pour une approche dynamique du développement* [en ligne] 2013 [consulté le 2 août 2019]. Disponible sur le Web : <<https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2013-4-page-10.htm>>

1.1.1.

Ouvrages :

- Badan M., & Badar C., & al (2002). *Développement psychomoteur de l'enfant et pratique physiques et sportives*. Paris : Revue E.P.S, 214 p.
- Joublin, H. (2010). *Le proche de la personne malade dans l'univers des soins : Enjeux éthiques de proximologie*. Toulouse, France : ERES, 311p.
- Mougel, S. (2009). *Au chevet de l'enfant malade : Parents/professionnels, un modèle de partenariat ?* Paris : Armand Colin, 271p.

- Thomas, R., & Michel, C. (1994). 8. La psychanalyse de Sigmund Freud. Dans *Théories du développement de l'enfant : Études comparatives* (p. 203-239). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Thomas, R., & Michel, C. (1994). 10. La théorie du développement cognitif de Piaget. Dans *Théories du développement de l'enfant : Études comparatives* (p. 265-316). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Wanquet-Thibault, P. (2015). Les besoins de la triade enfant/parents/soignant. Dans *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*, 2ème édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 172 p.

ANNEXES

Sommaire des annexes

ANNEXE I : Guide d'entretien.....	I
ANNEXE II : Demande d'autorisation d'entretiens.....	II
ANNEXE III : Autorisation de réalisation des entretiens.....	III
ANNEXE IV : Retranscription des entretiens.....	IV
ANNEXE V : Grille de catégorisation de contenu.....	XXIV
ANNEXE VI : Analyse individuelle des entretiens.....	XLIX
ANNEXE VII : Autorisation de diffusion du TFE.....	LX

ANNEXE I : Guide d'entretien

Thème : La prise en charge de l'enfant à l'hôpital.

Questions générales :

- *Début :*
 - Présentation du professionnel
 - Description du parcours professionnel (diplôme + année, formations supplémentaires, services)
- *Fin :* Pourquoi avez-vous choisi de travailler auprès d'enfants ?

Question inaugurale : Comment se déroule l'hospitalisation d'un enfant dans votre service ?

Thèmes de relance :

- ***Les enfants***
 - La prise en charge de l'enfant diffère-t-elle selon son âge ? La présence de ses parents ?
 - En quoi le soignant a un rôle prépondérant dans le maintien du lien parent/enfant lors d'une hospitalisation ?
 - Comment reconnaître le mal-être et émotions de l'enfant ?
 - Quel comportement adopter auprès des enfants ? Comment gérer leurs émotions ?
 - Leurs émotions sont-elles différentes selon la nature ou le nombre d'hospitalisations ?
- ***Les parents***
 - Quel est le rôle des soignants auprès des parents lors de l'hospitalisation de leur enfant ?
 - Quelle place pour les parents dans le soin à l'enfant ? Cela dépend-t-il du soin ?
 - Pourquoi sont-ils essentiels ?
 - En quoi sont-ils parfois encombrants ?
 - Ressentez-vous des difficultés en lien avec la présence des parents ?
 - Quelles sont les limites de l'intégration des parents dans le soin ?
 - Ressentez-vous une différence dans la relation avec l'enfant lorsque les parents sont absents ou peu présents ?
 - Comment les parents peuvent influencer le comportement et les émotions de l'enfant ?
- ***Soignants***
 - Quel est le rôle des soignants dans la prise en charge des émotions des parents et enfants ?
 - Comment les soignants gèrent-ils leurs émotions ? Quelles sont leurs attitudes dans des situations qui leur sont inconnues ?
 - Quelle est la limite au partage d'informations ? Aux parents ? A l'enfant ?

ANNEXE II : Demande d'autorisation d'entretiens



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mlle COULOUMA Clémence
Étudiante en soins infirmiers
Adresse :

Téléphone :

Mail :

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Avignon, le 13 janvier 2020

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans les services accueillant des enfants, c'est-à-dire pédiatrie (grands enfants et nourrisson), néonatalogie, maternité, urgences pédiatriques.

Après des populations suivantes : infirmière, puéricultrice, auxiliaire de puériculture.

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : **La prise en charge de l'enfant à l'hôpital.**

Veillez trouver en pièce jointe, 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.

COULOUMA Clémence

ANNEXE III : Autorisation de réalisation des entretiens

CENTRE HOSPITALIER [REDACTED]

DIRECTION DES SOINS

[REDACTED] (secrétariat)

[REDACTED], le 20 janvier 2020

Le Directeur des Soins

Madame Clémence COULOUMA

Nos Réf. : TI-H/MP/19

Vos Réf. : votre courrier du 13 janvier 2020

Objet : TFE

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 [REDACTED], cadre de santé du service pédiatrie petits au [REDACTED], Madame [REDACTED], cadre de santé du secteur pédiatrie grands au [REDACTED], Madame [REDACTED], cadre de santé des urgences pédiatriques au [REDACTED], Madame [REDACTED], cadre de santé de néonatalogie au [REDACTED] et Madame [REDACTED], cadre de santé à la maternité au [REDACTED], dès réception de ce courrier.

Je vous prie d'agréer Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

LE DIRECTEUR DES SOINS

[REDACTED]


ANNEXE IV : Retranscription des entretiens

1. Entretien n°1 : Néonatalogie

1 **MOI : Alors du coup avant de te poser ma question inaugurale je voudrais que tu te**
2 **présentes et que tu présentes ton parcours professionnel avec tes diplômes, etc....**

3 PDE 1 : D'accord. Donc alors moi je m'appelle Lola je suis infirmière, j'ai été diplômée
4 infirmière en 1985 et j'ai travaillé chez les adultes jusqu'en 2000 donc essentiellement en
5 chirurgie, j'ai fais 5 ans d'ophtalmo et 7 ans aux urgences adultes. En 2000 j'ai fais l'école de
6 puéricultrice, j'ai travaillé 18 mois à cheval, entre guillemets, sur la néonatalogie et la maternité et
7 puis après j'ai eu un poste à temps plein en néonatalogie depuis.

8 **MOI : D'accord. Alors du coup ma question c'est comment se déroule l'hospitalisation**
9 **d'un enfant dans ton service ?**

10 PDE 1 : Comment se déroule l'hospitalisation, euh... [Réfléchit] tu veux dire le mode
11 d'admission ou...

12 **MOI : En général, la relation que tu peux avoir avec l'enfant, les parents, qu'est-ce que**
13 **tu fais ?**

14 PDE 1 : Ah d'accord ! Alors lorsque l'enfant est hospitalisé, qu'il vienne de l'extérieur ou
15 qu'il naisse ici, donc bon l'enfant est accueilli soit en salle de réanimation soit directement en
16 chambre, si par exemple il vient d'un hôpital extérieur. Très souvent les parents, soit
17 accompagnent, soit arrivent peu de temps après l'admission de l'enfant. Donc on explique aux
18 parents la prise en charge qui est prévue pour leur enfant, les traitements, ainsi que...
19 [Réfléchit] l'organisation du service, c'est-à-dire les horaires de visites, les conditions, par
20 exemple là en hiver où seuls les parents sont admis, où il faut mettre les masques, etc. Les
21 traitements qui sont mis en place, les examens qui sont prévus. On leur explique la possibilité
22 qu'ils ont de rencontrer le pédiatre lorsqu'ils le demandent. Et puis oui, ce que j'oublie quand
23 même on leur présente le service, les locaux, en leur présentant les pièces qui les intéressent,
24 entre guillemets, entre autre la salle des parents, la biberonnerie, la chambre des enfants s'ils
25 sont en salle de réa quand les parents arrivent, voilà.

26 **MOI : D'accord. Et après comment se déroule du coup la relation avec l'enfant,**
27 **comment est-ce que tu le prend en charge ?**

28 PDE 1 : Donc les enfants... on essaye autant que possible d'avoir... de garder les même
29 enfants. Bon c'est un petit peu plus compliqué là depuis qu'on travaille en 12h puisqu'on
30 travaille que 2 jours d'affilés donc c'est compliqué de garder les mêmes d'une fois sur l'autre.
31 Mais on essaye de s'occuper des mêmes enfants autant que possible, ce qui permet de bien
32 individualiser les soins puisque quand on les connaît ça permet de connaître leurs habitudes,
33 parce que déjà même tout petits ils ont des spécificités de comportements, et bien ça nous
34 permet de mieux nous adapter à eux. Par rapport aux parents c'est sûr que c'est mieux aussi
35 puisqu'ils nous connaissent, donc pour eux c'est, je pense, un peu plus rassurant que si c'est
36 une personne nouvelle tous les jours. Voilà, le but c'est de s'adapter le plus possible à l'enfant,
37 à son rythme autant qu'on peut, par rapport aux soins qui sont prescrits, en regroupant les
38 soins... [Réfléchit] Et puis en favorisant le contact avec l'enfant lorsque les parents ne sont
39 pas là, d'autant plus que l'enfant est grand. Et puis lorsque les parents sont là on favorise le
40 plus possible la participation des parents aux soins, voilà, qu'ils se sentent pas mis de côté
41 parce que l'enfant est à l'hôpital. Oui je pense que c'est pareil, c'est plus rassurant pour eux
42 également, le fait de participer, je pense que ça diminue d'autant l'angoisse de la séparation
43 quand ils doivent partir le soir car c'est déjà pas rigolo. Et voilà ça leur permet peut être de
44 relativiser un petit peu plus les choses le fait de participer. Et puis il y a des enfants qui
45 viennent du domicile, qui sont un peu plus grands, par exemple les bronchiolites, bon ben là
46 on a la possibilité, comme on a que deux chambres mère-enfant, on laisse quand même la

47 possibilité aux mamans ; le plus souvent c'est la maman, des fois c'est le papa, mais le plus
48 souvent c'est les mamans ; de rester avec leur enfant, 24h/24, même la nuit, en dormant sur un
49 fauteuil mais bon voilà. Pour elle c'est mieux que de dormir dans un lit mais loin de leur bébé.

50 **MOI : Tu parlais du lien parent/enfant, quel est le rôle du soignant dans ce lien lors de**
51 **hospitalisation de l'enfant ?**

52 PDE 1 : Beh c'est justement, il y a beaucoup de parents qui du fait que l'enfant est à l'hôpital,
53 prennent du recul en se disant qu'ils sont pas compétents pour s'occuper de leur bébé parce
54 qu'il est malade. Donc notre rôle c'est de leur montrer qu'ils ont leur place au contraire. Alors
55 c'est sûr que c'est pas eux qui vont faire les injections ou les examens mais tout ce qui est le
56 rôle qu'ils ont à la maison autour de leur bébé et bien ils l'ont ici aussi pareil, que ça soit au
57 niveau des soins corporels, des tétées, des câlins... Voilà, donc notre rôle c'est justement de ne
58 pas les mettre à l'écart, pas leur faire comprendre que nous on sait faire les choses et pas à
59 eux. Donc c'est très très important qu'ils gardent le rôle qu'ils ont à la maison.

60 **MOI : D'accord oui, donc c'est pas à nous de faire les choses, c'est vraiment de les**
61 **éduquer.**

62 PDE 1 : Non, oui nous on les fait quand ils sont pas là mais notre premier rôle c'est de faire
63 qu'ils soient là.

64 **MOI : Ça marche ! Après des fois, est-ce que la relation avec l'enfant est différente**
65 **quand les parents sont absents ou peu présents ?**

66 PDE 1 : Bah oui forcément elle est différente, je pense que inconsciemment on prend... je
67 dirai pas qu'on prend la place mais lorsqu'on a malheureusement des parents qui peuvent pas
68 être là de manière régulière, qui viennent qu'un jour sur deux ou sur trois, je pense
69 qu'inconsciemment on va plus entourer le bébé pour essayer de compenser un peu, même si
70 c'est un peu illusoire. Voilà, surtout si l'enfant est un petit peu plus grand, à deux mois ou deux
71 mois et demi comme ça peut arriver, et qu'il vienne du domicile, je pense que pour l'enfant
72 qui se retrouve d'un seul coup à l'hôpital et puis avec papa et maman qui viennent pas parce
73 qu'ils ont pas la possibilité, ça doit être un peu traumatisant quand même. Donc je pense
74 qu'inconsciemment oui, on les coucoune plus, on essaye de compenser autant qu'on peut.

75 **MOI : Et est ce que tu ressens vis-à-vis de l'enfant un mal être ?**

76 PDE 1 : Pas forcément. En fait tu as deux sortes de réactions au niveau des enfants. Soit il y a
77 des enfants qui vont beaucoup pleurer, alors ça c'est plutôt chez les plus grands parce qu'ils
78 ont l'habitude d'être aux bras des parents, d'être beaucoup portés à la maison, enfin voilà...
79 [Réfléchit] D'avoir une relation normale avec les parents. Alors qu'ici malheureusement
80 même si on les garde un petit peu ou qu'on vient les voir quand ils pleurent, on peut pas les
81 garder au bras toute la journée donc tu as cette réaction là. Ou au contraire, tu as des enfants
82 que tu n'entends pas et qui se mettent carrément en retrait comme s'ils n'existaient pas quoi.
83 Voilà, tu as ces deux réactions qui sont possibles. Donc voilà ça c'est plutôt les plus petits,
84 c'est des bébés que tu ne vas pas entendre, qui vont pas réclamer leur biberon, qui vont...
85 [Réfléchit] se mettre en retrait, on a l'impression pour pas se rendre compte que les parents
86 sont pas là quoi.

87 **MOI : D'accord. Et du coup en quoi les parents sont justement essentiels ?**

88 PDE 1 : Et bien parce qu'un bébé ne peut pas vivre sans ses parents [Rires]. Voilà, même les
89 parents déficients... l'enfant il a besoin de ses parents. Les enfants ils s'adaptent à leurs
90 parents de toute façon, entre ceux qui les prennent tout le temps, ce qui pour les faire roter les
91 secoue... [Rires]. Enfin voilà, on ne pourra jamais remplacer des parents de toute façon. C'est
92 en ça que ça a drôlement évolué un peu de temps parce que moi, je me souviens quand je suis
93 arrivée ici dans le service, donc il y a pratiquement 20 ans, les parents n'étaient pas, quasiment
94 pas autorisés à rentrer. Avec l'ancien chef de service, alors il y avait déjà du mieux par rapport
95 à 10 ans avant, où les parents ne rentraient pas du tout, on leur montrait leur enfant à travers

96 une porte vitrée. Quand ils arrivaient les parents, ils sonnaient à la porte et les filles leur
97 apportaient les berceaux derrière la porte.

98 **MOI : Ah oui d'accord.**

99 PDE 1 : Bon moi quand je suis arrivée c'était un peu mieux mais par exemple le matin il y
100 avait que les mamans qui allaitaient qui avaient le droit de rentrer et encore elles avaient le
101 droit de rentrer pour tirer leur lait, elles posaient les biberons sur la couveuse et elles
102 repartaient. Et le chef de service ne voulait pas qu'il y ait de chaise dans les chambres pour
103 pas que les parents restent, pour te dire ! Donc il y a eu beaucoup d'évolutions maintenant.
104 [Rires] Mais les parents ils sont jamais assez, enfin voilà... Alors heureusement quand même
105 de plus en plus je pense que ça rentre dans les habitudes parce qu'il y a pleins d'émissions ou
106 pleins de bouquins qui sortent et qui expliquent que le rôle des parents est essentiel dès la
107 naissance. Donc quand même de plus en plus on a des parents qui restent pas 24h/24 mais...
108 même dans les nouveau-nés quoi, heureusement ça évolue ! Et de toute façon nous on s'en
109 rend bien compte au niveau des enfants, que ceux qui ont leurs parents tout le temps, qui font
110 du peau à peau toute la journée, ils ont moins de soucis de désaturation, de bradycardie, ils
111 grossissent plus vite, ils mangent mieux. Enfin il y a tout à y gagner quoi ! Ils régulent mieux
112 leur température...

113 **MOI : Oui. Donc ça les aide au final...**

114 PDE 1 : Ah complètement, beh bien sûr, c'est ce qui a de mieux ! L'idéal ce serait presque
115 comme en Afrique où comme ils ont pas de couveuse, tous les bébés sont en kangourou sur
116 leur mère 24h/24. Donc en fait c'est un mal pour un bien ! [Rires] Et c'est pour ça aussi qu'on
117 développe de plus en plus, enfin pas encore trop ici, mais ça va venir, le portage en fait dès la
118 salle d'accouchement. Il y a certains hôpitaux où les enfants qui doivent être hospitalisés en
119 néonate arrivent du bloc en peau à peau sur leur mère, ou leur père si par exemple c'est une
120 césarienne, qui est poussée en fauteuil jusqu'en néonate. Et puis on développe de plus en plus
121 les chambres mère-enfant mais dans les services pas seulement deux jours avant la sortie.
122 Mais les services que avec des chambres mère-enfant, c'est-à-dire que même les bébés en
123 couveuse ils ont leur mère, dans un lit à côté d'eux tout le temps de leur hospitalisation. Bon
124 après il faut avoir des locaux qui s'adaptent et c'est pas toujours... C'est pour ça qu'à une
125 époque on voulait récupérer les anciens locaux de la maternité pour pouvoir faire ça, mais bon
126 ça coûtait trop cher. [Silence]

127 **MOI : Je voulais revenir sur ce que tu as dit tout à l'heure, que les enfants s'adaptent
128 aux parents, est-ce que du coup tu penses que les parents peuvent influencer justement
129 le comportement de l'enfant, comment... ?**

130 PDE 1 : Ah beh oui, bien sûr ! S'il y a des parents qui ne s'occupent pas d'un enfant, l'enfant
131 se développe pas la même manière que des parents qui le stimulent régulièrement, à bon
132 escient. Ou des parents qui stimulent trop les enfants c'est pareil ils se développent pas de la
133 même manière non plus. Bien sûr que les parents ils ont un rôle essentiel ! La manière dont tu
134 t'occupes de ton enfant influe sur son développement. Alors ça veut pas dire qu'il y en a qui
135 seront attardés mentaux ou d'autres hypers intelligents mais je pense que oui oui tout à fait.
136 Un enfant qui n'est pas stimulé il va pas se développer à la même vitesse qu'un enfant qui...
137 [Réfléchit] Voilà, à qui les parents parlent, les parents lisent des histoires, voilà. Ou un enfant
138 qui est devant un écran toute la journée, ça a été assez démontré, qu'il se développe pas de la
139 même manière qu'un qui va se promener ou... qui joue au ballon.

140 **MOI : Et est-ce que aussi ils peuvent influencer par exemple leurs émotions ?**

141 PDE 1 : Oui moi je pense aussi que les émotions des parents rejaillissent, enfin surtout les
142 émotions de la maman rejaillissent beaucoup sur l'enfant. Je pense qu'une maman qui est
143 triste, qui fait que pleurer, on le voit ici hein, on a des enfants qui mangent pas bien ou qui
144 font beaucoup de brady/désat ou qui pleurent eux aussi... Oui, moi je pense que ça a une
145 influence. L'enfant il ressent les émotions de sa mère. [Silence]

146 **MOI : Après j'aurai aussi une petite question sur les enfants, quel comportement**
147 **adopter auprès d'eux ?**

148 PDE 1 : Ah si j'avais la réponse tu te rends compte comme je serai riche ! [Rires] Alors je
149 dirais qu'on fait comme on peut. [Rires] Voilà, les parents parfaits ça n'existe pas, qu'ils soient
150 prématurés ou un enfant né à terme, il faut essayer je pense de communiquer le plus possible
151 avec avec son bébé, dès le plus jeune âge et jusqu'à ce que mort s'ensuive. [Rires] Voilà, c'est
152 la communication qui est essentielle de toute façon, à tous les âges de la vie. Là tu veux que je
153 reste sur le plan bébé ou si c'est en règle générale.. ?

154 **MOI : Ah non en général pas de soucis !**

155 PDE 1 : Donc communication essentielle, d'expliquer les choses, après ce qui n'empêche pas
156 que les enfants, à mon avis, ont besoin de limites... à donner, donc qu'ils soient adaptés à
157 chaque âge bien sûr. Voilà mais après on est les parents qu'on peut ! De toute façon c'est
158 jamais parfait ! [Rires] Voilà c'est de faire ce qu'il faut pour que l'enfant se développe le plus
159 harmonieusement possible et qu'il soit le mieux possible dans sa peau. Donc après c'est
160 différent pour chaque enfant, même si tu as plusieurs enfants tu vas pas les élever forcément
161 de la même manière parce qu'ils auront pas forcément la même manière de voir les choses.
162 Donc c'est l'individualisation c'est important. Ça aussi c'est d'ailleurs important ici, bon tu me
163 diras je crois que je l'ai dit plus ou moins, peut-être pas avec ce mot mais que d'individualiser
164 les soins... Oui je t'ai dit qu'il fallait s'adapter donc ça veut dire la même chose. Voilà mais
165 après... on fait du mieux qu'on peut ! [Rires]

166 **MOI : C'est ça ! Et bien c'est très intéressant, j'ai pas plus de questions, mais si tu as**
167 **quelque chose à rajouter ?**

168 PDE 1 : Non non... Mais ce qu'il y a de bien c'est que moi, vu que je suis en fin de carrière,
169 ce que j'ai trouvé intéressant c'est que j'ai vu l'évolution de la prise en charge... Bon même si
170 j'ai pas commencé comme puéricultrice, je n'ai que 20 ans de recul de ce côté là, mais il y a eu
171 une évolution de la prise en charge qui a été phénoménale quoi ! On est vraiment passés de
172 rien à... bon pas à tout parce qu'on peut toujours faire mieux, mais il y a eu une énorme
173 évolution. Mais ça tient beaucoup aux gens aussi ! Il faut que les gens soient impliqués, aient
174 envie de faire changer les choses. Bon en plus de ça ici on a une équipe assez dynamique...
175 Donc voilà il y a une évolution dans le bon sens, après jusqu'où ça ira je sais pas, je serai plus
176 là pour le voir. [Rires]

177 **MOI : Et tu penses que cette évolution elle est due à quoi ?**

178 PDE 1 : Beh l'évolution des mentalités déjà, les connaissances sur le développement de
179 l'enfant, ils ont fait énormément de progrès depuis Françoise Dolto ! Donc on arrive à... Tu te
180 rends compte que... quand moi j'ai commencé ici, donc il y a que 20 ans, il y a pas si
181 longtemps que ça, la douleur de l'enfant n'était pas encore reconnue ! Je veux dire que le sucre
182 doux on savait pas ce que c'était hein. Quand j'y penses maintenant je me dis que c'était pas
183 possible ! Il y avait beaucoup beaucoup de choses qui n'étaient pas du tout reconnues :
184 l'installation dans les couveuses, tous les enfants ils étaient à plat dans les couveuses ; quand
185 on les perfusait on leur rasait le crâne pour mettre des cathéters... [Rires] enfin c'était la
186 préhistoire ! [Rires] Voilà et le pire c'est que ça nous semblait normal, enfin voilà on se posait
187 pas de questions !

188 **MOI : Et justement sur l'installation du coup en couveuse, on appelle ça...**

189 PDE 1 : Les soins de développement, oui ! Beh déjà ça a commencé à changer quand on a eu
190 Françoise X, notre première psychomotricienne, qui est arrivée, euh... [Réfléchit] peu de
191 temps après moi, je me rappelle plus, un an ou deux. Donc c'est elle qui a fait beaucoup
192 beaucoup changer les choses qui a installé les cocons et tout ça... Et puis qui a amené
193 beaucoup de... parce qu'elle travaillait dans un autre hôpital, donc elle a amené beaucoup de
194 choses. Parce qu'il y a des hôpitaux qui sont quand même plus en avance que d'autres il faut
195 reconnaître... Donc c'est ça qui est intéressant, c'est que quand tu as du monde qui arrive

196 d'ailleurs et bien ça te permet un petit peu de... de prendre un petit peu tout ce qu'il y a de
197 bien ailleurs. Voilà donc c'est elle qui a fait évoluer, surtout lorsque l'ancien chef de service est
198 parti à la retraite. Alors là ça a basculé de manière très brutale d'ailleurs, parce que moi qui
199 étais par exemple à moitié à la maternité et à moitié ici, à chaque fois que je revenais ici ça
200 avait changé, c'est un petit peu perturbant au début. [Rires]

201 **MOI : Et les soins de développement ils consistent en quoi ?**

202 PDE 1 : Alors je n'ai pas fait la formation donc je ne vais pas pouvoir t'en dire grand-chose...
203 Mais disons que ça consiste voilà effectivement sur l'installation de l'enfant dans son lit ou
204 dans sa couveuse, la manière de le manipuler pour les soins, la manière... [Réfléchit] de
205 l'entourer, de le prendre dans les bras, le portage... Je pense aussi d'arriver à faire, comment
206 dirai-je... à trouver ce qui ne va pas rien qu'en le regardant, de voir la manière dont il se tient
207 ou les gestes qu'il fait... Mais c'est vrai que mes connaissances sont encore un peu... C'est
208 prévu que je fasse la formation là dans l'année, je suis une des dernières à pas l'avoir faite
209 encore.

210 **MOI : Sans avoir déjà eu la formation en quoi tu penses que c'est essentiel justement les**
211 **soins de développement ?**

212 PDE 1 : Beh parce que ça permet justement de repérer bien plus rapidement si l'enfant est
213 inconfortable, si l'enfant est douloureux... Voilà tu repères plus facilement ce qui va pas quoi !
214 Et tu peux donc mettre une action en place plus rapidement.

215 **MOI : D'accord.**

216 PDE 1 : Voilà et puis c'est toujours pareil, ça te permet aussi d'expliquer aux parents pour eux
217 à la
218 maison.

219 **MOI : Merci, j'ai plus de question, si t'as des choses à rajouter encore...**

220 PDE 1 : Non ça va...

221 **MOI : Ah si juste pour finir, je voulais savoir pourquoi tu as choisi de travailler avec les**
222 **enfants ?**

223 PDE 1 : Oh... Alors depuis que j'ai 6 ans je disais à maman je veux être puéricultrice ! Donc
224 je sais pas j'ai toujours... Alors j'ai pas fait de suite parce qu'en fait quand j'ai fait mes études
225 d'infirmière, à l'époque tu pouvais pas continuer directement sur l'école de puéricultrice, tu
226 étais obligée de travailler 1 an. Et après quand t'as 25 ans et que tu commences à gagner des
227 sous t'as pas envie de repartir dans les études puis bon j'étais bien, enfin infirmière ça me
228 plaisait bien. Enfin voilà, je sais pas, parce que j'ai jamais envisagé autre chose en fait ! Et j'ai
229 jamais regretté ce choix ! [Rires]

230 **MOI : D'accord, ça marche merci beaucoup !**

231 PDE 1 : Mais je t'en prie !

2. Entretien n°2 : Pédiatrie nourrissons 1

1 **MOI : Alors du coup, mon mémoire porte sur la prise en charge de l'enfant à l'hôpital.**

2 **Donc avant de vous poser ma question inaugurale de l'entretien, j'aimerais que vous vous**
3 **présentiez et que vous présentiez votre parcours professionnel.**

4 PDE 2 : J'ai juste une question, quelle tranche d'âge les enfants ?

5 **MOI : Tout enfant.**

6 PDE 2 : D'accord. Nathalie je suis puéricultrice, j'ai fait l'école d'infirmière et j'ai enchaîné
7 tout de suite l'école de puer. Donc je suis diplômée de puéricultrice depuis 1989, donc ça fait
8 trente ans que je travaille en pédiatrie. Service petits et grands, donc les tranches d'âge de 0 à
9 16 ans. J'ai fait vingt ans en région parisienne dans le même établissement. Et là ça fait 10 ans
10 que je suis ici.

11 **MOI : D'accord. Alors du coup ma question c'est comment se déroule l'hospitalisation**
12 **d'un enfant dans votre service ?**

13 PDE 2 : Euh... ouais. Ici on a le service des bébés et la chirurgie pédiatrique, qui sont des
14 enfants plus grands jusqu'à 15-16 ans.

15 **MOI : D'accord donc vous avez toutes les tranches d'âges !**

16 PDE 2 : Et oui c'est pour ça que... se déroule quoi ? Sur une journée ?

17 **MOI : Oui après ce n'est pas forcément en détail ce que vous faites, soins par soins mais**
18 **comment se passe le relationnel avec l'enfant, comment vous accueillez l'enfant...**

19 PDE 2 : Par exemple, il y a un bébé qui vient d'arriver à l'instant. Donc déjà les urgences
20 nous appelle pour nous dire le prénom, l'âge et la pathologie. Du coup, on installe l'enfant, on
21 accueille les parents parce que c'est indissociable. On explique donc les soins que l'on va
22 faire à l'enfant et ensuite on explique le fonctionnement du service pour les parents et
23 l'enfant : fonctionnement des locaux, salle des parents où ils peuvent se restaurer avec mise à
24 disposition d'un frigo, d'un micro-ondes, les horaires de visites, passage et visite du pédiatre,
25 les soins prévus pour leur enfant. La visite du pédiatre se fait 2 fois par jour en semaine et le
26 matin le week-end, les chirurgiens c'est le matin et le soir, week-end compris. Parce que du
27 coup on a les deux... Donc ça c'était pour le côté médical petit.

28 **MOI : D'accord.**

29 PDE 2 : Après du côté chirurgical pour les enfants plus grands, la démarche d'accueil est un
30 peu la même sauf que du coup c'est côté chirurgical donc potentiellement il y a une
31 intervention. Donc soit les enfants viennent des urgences et il y a une intervention qui va être
32 prévue, en urgence ou pas ; ou une observation, je sais pas un enfant qui vient pour des maux
33 de ventre par exemple ; ou alors une hospitalisation programmée par la chirurgie. Les
34 interventions qui sont programmées les enfants arrivent le matin et seront opérés dans la
35 journée. Donc voilà l'accueil n'est pas tout à fait le même, l'angoisse n'est pas la même, l'âge
36 et la tranche d'âge n'est pas la même non plus. [Silence]

37 **MOI : Du coup, vous me disiez tout à l'heure que l'accompagnement des parents étaient**
38 **indissociables, est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus justement sur la présence**
39 **des parents ?**

40 PDE 2 : Alors il y a des années en arrière, les parents ne restaient pas forcément, on ne leur
41 laissait pas la place de rester. Maintenant c'est le contraire, trente ans après, ce n'est pas
42 inacceptable mais pour certaines personnes c'est inacceptable que les parents ne restent pas.
43 Certains membres du personnel je dirais. [Réfléchit] Après il y a la charte de l'enfant
44 hospitalisé de toute façon qui a été créée aussi, qui n'existait pas il y a quelques années en
45 arrière. Après voilà on n'a pas à faire à des adultes mais à des enfants donc forcément les
46 parents sont présents. Donc on travaille avec les parents toujours. On est obligé, enfin... Oui
47 c'est partie intégrante, on ne prend pas en charge juste un patient, on prend sa famille en
48 charge en même temps. Contrairement à l'adulte, où on s'occupe que de la personne
49 globalement hospitalisée quand même. Donc en plus, nous on a à faire à des nourrissons donc
50 le lien mère-enfant est important. Donc on a essentiellement des mamans qui restent, on a des
51 papas mais essentiellement des mamans. En chirurgie c'est un peu différent, bien que quand
52 même il y a plus de mamans qui restent que de papas, mais on a un peu plus de papas chez les
53 enfants plus âgés quand même. Chez les nourrissons ce sont essentiellement les mamans qui
54 restent. Après elles font partie intégrante du soin. [Réfléchit] Après c'est un peu difficile
55 quand on commence à travailler je pense, parce qu'on n'est pas habitué, parce qu'il y a le
56 stress, on prend un bébé en charge, un tout petit et qu'on a le regard des parents. Ça c'est
57 normal. Après je dirais que... ce n'est pas qu'on n'y fait pas attention mais on le vit
58 différemment.

59 **MOI : D'accord. Donc avec l'expérience c'est mieux de...**

60 PDE 2 : Ah beh oui, une fois que j'ai piqué en présence des parents, on n'est pas à l'aise, on

61 se dit si je rate, les parents ont les yeux sur leur petit. On a le regard des parents c'est sûr. On
62 l'a toujours, 30 ans après, mais on le prend complètement différemment. Même si c'est un
63 enfant difficile à piquer, même si on se dit ben ça ne va pas être facile, on peut ne pas réussir,
64 mais les choses sont complètement différentes, on a beaucoup plus d'assurance et
65 d'expérience, puis les parents le sentent aussi. Moi à 20 ans quand j'ai commencé, en
66 tremblant comme ça, à faire une prise de sang, les parents voyaient bien que je n'étais pas à
67 l'aise, et que je n'avais pas piquer 50 enfants et que... Et maintenant voilà quoi, ils ne se
68 posent même pas la question je dirai. Mais il y a une façon d'amener les choses aussi, et puis
69 il y a des façons de... en fonction des parents, de faire en sorte qu'ils n'accompagnent pas
70 leur enfant si on sent que ce n'est pas bénéfique pour l'enfant. Il y a une façon de faire, enfin
71 je ne peux pas l'expliquer... Il y a certains parents je me dis, pour la prise de sang, ça va être
72 plus compliqué avec eux parce que le petit va être stressé, les parents vont être angoissés et ça
73 ne va pas forcément bien se passer, et en fonction la façon d'amener les parents et les enfants
74 en salle de soins n'est pas la même.

75 **MOI : D'accord.**

76 PDE 2 : Mais je parle en mon nom. Il y a des fois, j'incite... [Réfléchit] non c'est pas
77 « inciter ». C'est pas que je dis aux parents de ne pas venir, c'est que ... « *oh ben si vous*
78 *voulez profiter, je suis avec votre petit, on fait le soin, on vous le ramène, puis aller prendre*
79 *une douche comme ça, ça vous fera du bien, comme ça quand vous revenez vous serez*
80 *disponibles pour votre petit* ».

81 **MOI : Oui, faut essayer de faire passer le message.**

82 PDE 2 : En fonction des parents. Il y a des parents... on les a plusieurs jours aussi de suite, on
83 les connaît. Pour certaines mamans, c'est stressant et anxiogène pour leur enfant qu'elles
84 soient présentes. Vaut mieux qu'elles soient là pour rassurer après faire le câlin, après le soin,
85 et qu'elles de leur côté aient pris un peu l'air, ou fumer leur cigarette... que d'être présentes,
86 de stresser tout le monde, d'être angoissées... Après si les parents disent « *oh non non moi je*
87 *viens* », ils viennent, façon on ne peut pas ne pas les accepter, on peut pas dire ben non je ne
88 pique pas avec les parents dans la salle, ça c'est pas possible.

89 **MOI : Ouais, il y a pas de limite à la présence des parents...**

90 PDE 2 : Alors à part la ponction lombaire que l'on fait sans les parents, le reste non on le fait
91 avec, ou alors certains gros pansements qu'on fait sans les parents, mais c'est rare. Les gros
92 pansements de brûlés, certains, en fonction des parents ou... des fois on les fait sortir. Pas
93 parce que... c'est parce que l'enfant fait des soins sous le masque sous l'Entonox® avec le
94 Méopa®, donc l'enfant ne se souvient pas du geste douloureux, que les parents dans la salle
95 eux voient ; surtout sur des gros trucs comme des brûlures ou des choses comme ça ; où c'est
96 douloureux et c'est pas beau à voir, ils sont impressionnés, l'enfant ne se laisse pas forcément
97 faire et eux ils ont le souvenir du soin douloureux. Ils transmettent leur angoisse à leur enfant,
98 qui lui à la limite l'a bien vécu, parce qu'il était un peu dans les vapes, on fait la... [Réfléchit]

99 **MOI : La RESC peut être ?**

100 PDE 2 : Ouais mais avec l'Entonox® on fait aussi la... bon ça va me revenir. Où on parle à
101 l'enfant, il s'évade, il part... bon ça me reviendra. Et l'enfant n'a pas le souvenir du soin, que
102 le parent oui, donc pour certains soins de chirurgie on fait sortir les parents des salles
103 pansements, et le chirurgien les fait sortir de toute façon, il leur laisse pas le choix. [Silence]

104 **MOI : D'accord. Du coup vous pensez que les parents...**

105 PDE 2 : L'hypnose ! Ah je me disais c'est pas possible ! Oui on fait l'hypnose en même temps
106 que le masque, l'Entonox®, on les amène hop dans une histoire et ils ont pas du tout souvenir
107 des soins douloureux ou de ce qu'on a fait. Que le parent qui est présent, lui il est avec son
108 enfant qui... beh il voit les soins, les plaies et c'est difficile pour lui après parce qu'il a ça en
109 tête, alors que l'enfant se souvient même pas quoi. Donc il y a certains soins où on fait sortir
110 les parents de toute façon, en chirurgie, on leur laisse pas le choix.

111 **MOI : Et vous avez suivi une formation du coup pour l'hypnose ?**

112 PDE 2 : Moi non, mais il y en a qui l'on fait oui, à qui on peut faire appel quand il y a des
113 soins un peu longs, oui on le fait facilement.

114 **MOI : D'accord. Et après du coup vous me disiez que les parents transfèrent leurs
115 émotions souvent à l'enfant, donc est ce que vous pensez qu'il y a une raison à ça ?**

116 PDE 2 : Ah ben nous on s'occupe de bébés hein, donc c'est difficile de... Enfin les bébés ce
117 sont des éponges, si la maman est anxieuse, inquiète... [Réfléchit]

118 **MOI : Ils ressentent tout quoi.**

119 PDE 2 : Beh oui, les plus grands c'est un petit peu différent, mais les bébés oui, on travaille
120 beaucoup avec les bébés. [Silence] Mais voilà, il y a une façon de dédramatiser, d'essayer...
121 d'expliquer les choses et de rassurer. Après il y a des mamans qui sont en grande difficulté, en
122 grande souffrance, on a la psychologue aussi. Alors on le propose, on n'impose jamais, si la
123 maman dit « *non moi je ne veux voir personne* », mais à certaines mamans on dit ce serait
124 bien qu'elles puissent parler avec quelqu'un. Alors soit c'est nous, en fonction de comment se
125 présentent les choses, soit on peut introduire la psychologue, et là soit on en parle à la maman,
126 soit on se dit elle va être réticente. Mais si on présente la psychologue lors d'une visite avec le
127 pédiatre, qu'elle rentre dans la chambre de façon fortuite on va dire... Voilà, nous on va dire à
128 la psychologue « *on va passer dans la chambre vers telle heure, est ce que tu peux être
129 présente parce qu'on a une maman qui est en difficulté, ce serait bien qu'éventuellement tu te
130 présentes* ». Et on a accroché comme ça des mamans et ça les a aidé, donc elle passe avec le
131 médecin et avec nous dans la chambre, elle se représente en disant « *je suis la visite de
132 pédiatrie, je me présente je suis la psychologue* ». Il y a des mamans qui disent « *non moi j'ai
133 pas besoin* », il y en a qui disent « *oui effectivement* »... Après il y a des fois on est surpris
134 parce qu'on ne s'y attend pas du tout, on parle de choses et d'autres et la maman des fois se
135 confie... Ça peut être aussi des informations qui elle la soulagent mais qui nous aident aussi à
136 comprendre pourquoi l'enfant est comme ça, ou pourquoi elle vit ça, l'hospitalisation très
137 difficilement ou... Là on a des mamans qui sont angoissées, qui sont pas bien, dès qu'il y a...
138 pour que l'enfant n'est pas mal... Et on se dit comment ça se fait qu'elles soient aussi
139 angoissées et dans l'histoire tu... « *ah beh il y a un enfant qui est décédé nouveau-né* », ou
140 « *il y a un enfant qui est décédé de ça* », ou « *on a perdu un enfant, ou un frère ou une
141 sœur* », ou... des choses qui la ramènent... ou elle a perdu son papa récemment et du coup les
142 hôpitaux c'est compliqué, ça l'angoisse. Ça des fois on l'a en discutant de choses et d'autres,
143 et de... Et il y a de l'écoute hein c'est sûr que... Alors en pédiatrie, par rapport à, alors je
144 veux pas dire aux patients adultes parce que j'ai toujours travaillé avec les enfants, mais
145 quand même par rapport à mes stages d'il y a longtemps, on travaille... [Réfléchit] On est en
146 contact permanent avec les parents, donc tu peux pas soigner que le bébé tout seul c'est pas
147 possible. Du coup la façon dont nous on est et comment on va agir et s'adresser aux gens, ils
148 se confient plus ou moins facilement. Ou il y a des gens qui sont pas du tout expressifs et qui
149 veulent pas, mais il y en a qui facilement discutent et se confient et ça peut débloquent
150 certaines situations des fois. [Silence] Notamment dans l'anorexie du nourrisson, on a eu
151 plusieurs, en discutant un peu on se rend compte que « *ah ben la maman aussi avait des
152 difficultés petite à manger* », « *ah ben tient...* ». Et puis en faisant les liens et les liens, ça
153 aboutit après à un suivi, parce que du coup on en parle avec le pédiatre aussi. Ça aboutit à un
154 suivi aussi en extérieur après, parce que ce sont des enfants qui repartent de chez nous avec
155 une sonde gastrique pour les alimenter puisqu'ils ne mangent pas. Et du coup il y a tout un
156 suivi, une prise en charge maternelle et mère-enfant, aussi les deux, avec le papa mais c'est
157 souvent mère-enfant. Et en extérieur il y a un suivi qui est mis en route et on débloquent des
158 situations comme ça. [Silence]

159 **MOI : D'accord. Donc vous avez aussi un rôle important dans ce lien mère-enfant.**

160 PDE 2 : Oui, oui... Côté bébé hein, parce que côté chirurgie c'est différent, ils sont déjà plus

161 grands, ils ont 4, 5, 6 ans, 8 ans...

162 **MOI : Donc du coup le soin il est différent selon l'âge de l'enfant ?**

163 PDE 2 : Et oui ! Parce que là nous en plus c'est médecine bébé et chirurgie, c'est pas
164 médecine bébé et médecine grand. C'est vraiment un autre domaine, c'est de la chirurgie,
165 c'est pas tout à fait la même chose quand même. [Silence] Et bien que les inquiétudes, les
166 angoisses par rapport à une intervention chirurgicale, par rapport à... Il y a aussi des choses
167 similaires hein.

168 **MOI : Du coup qu'est-ce qui est plutôt de l'ordre de la prise en charge des nourrissons**
169 **et à l'opposé la prise en charge de l'enfant un peu plus grand ? Qu'est ce qui est différent**
170 **en fait ?**

171 PDE 2 : La relation aux parents ! Le parent il est en fusion avec son nourrisson, donc c'est un
172 ensemble, c'est pas encore... comment dire ? Ils ont pas encore coupé le cordon tu vois ce que
173 je veux dire, l'enfant il vit par ses parents. Les grands, vers 7-8 ans, ils sont scolarisés, ils ont
174 une vie sociale, ils ont des copains, des copines... Le lien n'est pas du tout... enfin, c'est pas
175 le même, c'est différent. [Silence] On travaille... on explique aux parents mais on travaille
176 aussi avec l'enfant, on parle directement à l'enfant. Un bébé, bon tu lui parles tu fais
177 « *gouzou-gouzou* » mais la relation elle passe beaucoup plus par le verbal avec les parents.
178 Contrairement à l'enfant qui a une dizaine d'années, tu t'adresses à l'enfant. D'ailleurs il y a
179 des enfants en chirurgie qui sont tout seuls, les parents passent la journée et restent pas le soir,
180 ils le laissent tout seul c'est pas la même. Il y a très peu de bébés tous seuls ! L'attachement
181 est plus fusionnel avec les nourrissons c'est sûr. [Silence]

182 **MOI : Et après est-ce que vous réussissez à reconnaître le mal être d'un nourrisson ici ?**
183 **Parce que là du coup il parle pas...**

184 PDE 2 : Par rapport à quoi ? A la douleur ou au bien-être psychologie, psychosocial ?

185 **MOI : Euh, ben les deux. [Rires]**

186 PDE 2 : Parce que c'est pas la même chose.

187 **MOI : Alors commençons par la douleur.**

188 PDE 2 : Nous avons des échelles de douleur. Après voilà il y a le comportement de l'enfant et
189 les échelles douleur qui permettent de cibler certains traits de caractères : les traits du visage,
190 en fonction de l'âge, la posture corporelle... Qui existe aussi chez les grands, mais chez le
191 grand on utilise plus les échelles de douleur où lui il peut montrer, les échelles de 0 à 1 ou des
192 visages différents, l'EVA, ça il peut le faire. Après il y a toute la posture mais on se sert des
193 échelles de douleur. Bon après même sans échelle de douleur, un enfant prostré, en chien de
194 fusil et qui se tient le ventre, tu penses bien qu'il est douloureux.

195 Après le mal-être psychosocial c'est autre chose, c'est plus... c'est plus subtil on va dire. Mais
196 c'est dans le ressenti aussi, la relation avec l'enfant, avec... je sais pas moi tiens ce petit...
197 alors peut être plus chez les grands, et encore le bébé on le voit aussi, des enfants qui sont pas
198 bien... Mais tu vois bien un enfant qui parle pas, qui est dans son coin, qui est prostré... Ou
199 au contraire, il y a des enfants qui sont très ouverts et qui racontent pleins de choses, qui sont
200 un peu dérangeants des fois, tu te dis... ah, c'est un peu compliqué au niveau familial peut
201 être par là. [Silence] Après on est en lien avec nos psychologues et nos assistantes sociales
202 aussi. Il y a des fois des familles qui sont connues, déjà suivies en extérieur. D'ailleurs elles
203 nous le disent, « *lui tient sur l'ordinateur j'ai vu qu'en pédiatrie un tel je le connais parce*
204 *qu'on l'a déjà suivi, ou on a suivi la famille ou les frères et sœurs* ». Elles viennent jeter un
205 petit coup d'œil pour voir s'il y a besoin, pas besoin. Ou des enfants qui ont été en
206 néonatalogie par exemple, des anciens prématurés, qui ont été suivis et que nous on a après
207 ici. Elles consultent l'ordinateur et elles savent quand il y a des petits hospitalisés et qu'elles
208 connaissent. [Silence]

209 **MOI : Je voulais reprendre, au tout début, vous parliez aussi que l'angoisse était**
210 **différente que ce soit médecine ou chirurgie et selon l'âge, du coup...**

211 PDE 2 : Après ça c'est difficile à dire aussi, enfin pour chaque personne c'est différent. Je
212 veux dire pour un enfant qui a la même pathologie, en fonction des parents, il y en a qui sont
213 supers angoissés et d'autres pas du tout, c'est très... Voilà, pour le même âge, pour une même
214 pathologie, chaque parent va pas réagir pareil, ça dépend de leur vécu aussi. C'est ce que je
215 disais par rapport à des parents qui ont perdu des enfants ou autre, ou par rapport à une
216 intervention chirurgicale, les parents sont zens, accompagnent même pas l'enfant dès fois, on
217 dit « *mais vous allez pas avec le brancardier au bloc ?* », « *oh mais non il est grand il y va*
218 *tout seul* », « *bah non accompagnez le quand même* ». Et tu en as d'autres qui sont supers
219 stressés, qui vont jusqu'aux portes du bloc, « *vous pouvez pas rentrer dans le bloc...* ». Voilà,
220 en fonction du vécu de chacun, pour une même situation on a pleins de comportements
221 différents. Ça nous on peut pas agir sur ça, on peut aider, on peut accompagner, rassurer mais
222 des fois pas rassurer, des fois on peut pas, parce qu'on sait pas, les parents qui sont là à
223 attendre les résultats d'un examen important et « *ça va aller ? C'est quoi les résultats, vous*
224 *les avez ?* », « *beh non on les a pas encore, on attend* », « *ah et si c'est pas bon alors que...* »,
225 « *beh on ne sait pas madame, on va attendre* », et... Là on a un petit, on vient de découvrir
226 une épilepsie, il a 2 ans, il a convulsé plusieurs fois, on a mis un traitement en route, et là les
227 parents, ils se disent, ben voilà ce qui est normal, « *est-ce qu'il aura des séquelles* », beh on
228 sait pas, « *est-ce que ça va s'améliorer ?* », on sait pas, « *est-ce que ça va s'aggraver ?* », on
229 sait pas. On peut pas répondre à leurs questions, à leurs angoisses, on peut essayer
230 d'accompagner au mieux, on en parle avec le médecin, on a fait un point avec le médecin.
231 S'ils ont des questions à poser ils font la liste on en reparle avec eux, mais on pourra pas dire
232 « *beh je peux vous promettre qu'à l'âge de 3 ans ce sera terminé* », on ne peut pas apporter de
233 réponse. Donc c'est pas toujours facile, puis des fois il faut pas trop s'avancer parce qu'on ne
234 sait pas non plus. Quand on a des enfants qui partent... qui s'aggravent et qui partent, je sais
235 pas en réanimation, ils sont transférés, ben « *ça va aller* », on espère mais... « *oui oui tout va*
236 *bien* », on ne sait pas...

237 **MOI : Donc il y a une limite quand même à l'information.**

238 PDE 2 : Beh oui, des fois on sait pas, c'est pas qu'on veut pas leur dire c'est qu'on ne sait pas.
239 Là ce petit garçon on espère que ça va aller mais on peut pas dire « *oui, non ça va pas*
240 *s'aggraver* », on n'en sait rien, « *oui il n'aura pas de séquelles* », ben on ne c'est pas. Il y
241 aura que d'en l'avenir où on verra l'évolution de cet enfant, on dira après coup, « *beh ça va il*
242 *s'en sort bien, ou pas, ça c'est aggravé mais...* », on ne peut pas dire. Donc là c'est pas facile
243 parce qu'on peut pas les rassurer, on peut expliquer les traitements, expliquer les choses, mais
244 on ne peut pas se projeter dans l'avenir. Donc ça c'est pas facile pour eux de l'entendre c'est
245 sûr. On voudrait leur dire « *oui tout va bien aller* », mais même nous on ne le sait pas donc...

246 **MOI : Ça peut être difficile pour vous aussi de pas savoir quoi leur répondre ?**

247 PDE 2 : Si on ne sait pas c'est moins difficile que de le savoir et pas le leur dire. Là on sait
248 pas, à la limite je suis comme eux quoi, je sais pas ce que va... j'espère que ça va bien évoluer
249 mais j'en sais rien. Par contre certaines pathologies où tu sais que malheureusement ça va
250 s'aggraver et que... tu vas pas leur dire « *ah bah ça va s'aggraver mes pauvres gens, et ça va*
251 *être la catastrophe pour vous* ». Tu peux pas leur dire ça mais tu peux pas non plus leur dire
252 « *oh c'est rien, tout va bien* », non. Et c'est là le juste milieu entre reconforter/rassurer et puis
253 ne pas non plus aller trop loin, parce qu'on sait pas, des fois autant dans la médecine il y a des
254 choses... donc tu balances et c'est une catastrophe et puis bah non mais il s'en sort bien ma
255 foi. Donc c'est le juste milieu entre « *j'ai une information, je sais* » mais qu'en faire... Puis
256 c'est pas forcément bon que le parent sache plus, des fois c'est pas la peine, des fois on peut se
257 tromper, on peut se dire « *olala c'est la cata* », puis pas du tout, ou inversement même. Donc
258 il faut savoir rester à sa place aussi et voilà, reconforter, rassurer mais on ne peut pas raconter
259 n'importe quoi non plus. [Silence] Ça c'est vrai pour tout, tout patient je dirai, avec la
260 différence que ce sont des parents avec des petits, donc il y a quand même tout un... ils se

261 projettent dans l'avenir, dans le futur. Ce petit garçon là, la maman a dit « *beh oui il rentre à*
262 *l'école en septembre, il aura 3 ans* », est-ce qu'il pourra aller à l'école, est-ce que... Et là toi
263 tu dis « *oulala, attendez on est en janvier là, oula septembre, ouf !* », déjà on va voir s'il
264 répond au traitement là et on va voir.

265 **MOI : C'est une étape après l'autre quoi.**

266 PDE 2 : Ouais, c'est pas facile pour certains parents, mais bon, on peut pas faire autrement de
267 toute façon c'est comme ça. [Silence]

268 **MOI : Du coup j'ai pas d'autre question, c'était très intéressant. Juste si vous avez des**
269 **choses à rajouter.**

270 PDE 2 : Écoute... Après la prise en charge ça a beaucoup évolué quand même dans les années
271 là. Parce que je vois, bon on limite les frères et sœurs, mais des frères et sœurs rentrent, qui
272 avant ne rentraient pas. Plus facilement en chirurgie d'ailleurs, qu'en médecine, on est un peu
273 plus tolérant en chirurgie. Donc ça aussi ça permet aux familles de s'organiser, parce que si on
274 a qu'un enfant et qu'il est hospitalisé ça va, mais quand y en a d'autres avant ben c'est pas
275 simple. Il y a aussi la prise en charge de l'enfant qui est hospitalisé régulièrement ou souvent
276 ou en période longue, qui fait qu'il y a des frères et sœurs qui forcément ben maman elle est
277 pas là, elle reste avec l'enfant à l'hôpital, et qui sont un peu... c'est compliqué pour eux aussi,
278 donc il y a ça aussi. Permettre aussi à la maman de se dire ben je passe le relais à une tata, une
279 mamie, et moi je rentre un peu souffler à la maison, voir les autres, dire que l'enfant n'est pas
280 tout seul ici, il y en a d'autres avant. Donc en fonction de la pathologie c'est pas toujours
281 facile. Tu as toujours des mamans qui, de toute façon, sont partagées entre ceux qui sont à la
282 maison, celui qui est à l'hôpital qui a besoin, « *il est petit, les autres sont plus grands ils on*
283 *plus besoin mais comme il est bébé je veux pas le laisser* », ça c'est les mamans hein. Alors
284 les papas sont tout aussi investis maintenant avec leur enfant, ceux qui restent, après ils le
285 vivent différemment, c'est pas qu'ils sont plus détachés mais c'est que l'affect est moins,
286 comment dire... envahissant dans le sens où maman elle est à la maison avec les autres moi je
287 suis là avec lui et puis voilà quoi. Voilà maman elle, elle est ici mais elle va penser à la fois à
288 ceux qui sont là bas. Et puis il y a tout ce qui a à faire à la maison, tout gérer... C'est ça la
289 différence. Papa il est là, il s'occupe de celui qui est là et voilà. Après on arrive à faire pleins
290 de choses avec les papas aussi, il y a des « *oh moi je change pas la couche, j'ai jamais fait,*
291 *moi je reste à côté du petit mais je change pas* », « *comment ça vous changez pas, mais si,*
292 *venait voir allé* ». Alors ça nous aide quand on a des élèves masculins ou des internes, « *vous*
293 *voyez il le fait, il va vous montrer* », ça permet de... Il y en a qui le font ils disent « *vous dirai*
294 *pas la maman hein, vous dites pas à ma femme que je l'ai fait parce qu'à la maison je le fais*
295 *jamais hein* », « *ah beh vous allez l'aider votre femme* », alors c'est sur le ton de la
296 plaisanterie. On amène beaucoup de choses sur le ton de la plaisanterie, la dérision, ça passe
297 très très bien. Après oui on arrive à faire pleins de trucs avec les papas qui « *non moi je sais*
298 *pas, je fais pas* ». Bon après des fois t'as des papas qui ont jamais mis le thermomètre, jamais
299 mis le suppositoire, « *on va vous montrer vous allez voir* », « *ah non mais à la maison c'est*
300 *ma femme qui le fait, c'est pas moi* », mais bon. [Silence] Après voilà, quand il y a des fratries
301 c'est pas toujours simple pour le parent de rester à l'hôpital. Les enfants qui ont des fractures
302 du fémur ils restent trois semaines hospitalisés avec la jambe en traction avant qu'on ne les
303 plâtre. C'est 3 semaines donc il faut organiser la vie de famille pendant 3 semaines, donc ça
304 c'est compliqué aussi, quand c'est 2-3 jours ou semaine ça va, mais 3 semaines c'est long. Ça
305 aussi, il y a tout le « à côté », il y a pas que l'enfant avec son père et sa mère, il y a aussi le
306 reste de la famille, les frères et sœurs quoi. Donc ça on prend en charge, enfin on prend, c'est
307 pas qu'on prend en charge, mais c'est que voilà, on inclus quand même le reste de la famille.
308 Et les parents on est bienveillant, donc « *allez vous reposer, il est là toute façon, vous pouvez*
309 *partir une heure ou deux, on est là on s'en occupe, faites ce que vous avez à faire* ». Parce
310 qu'il faut qu'ils prennent aussi du temps pour eux, parce que quand l'enfant va aller mieux, ils

311 vont être fatigués et c'est là qu'il faudra qu'ils soient en forme quoi. Donc on est beaucoup
312 dans la bienveillance, dans « *prenez soin de vous, pour être en forme pour vous occuper de*
313 *l'enfant* », les mamans « *vous avez mangé, quelqu'un vous a apporté à manger ? Non bah*
314 *écouter on va vous dépanner, on a un yaourt, un morceau de pain* ». Ça je sais pas si les
315 adultes on le fait ça... Je sais pas mais nous on est très dans cette démarche là quoi. T'as des
316 mamans qui arrivent le soir en urgence qui sont déposées là, le papa repart à la maison avec
317 les autres et puis le lendemain matin tu les vois, puis le midi « *personne vous a amené à*
318 *manger ?* », puis le soir personne ne leur a amené à manger quoi, bon quand même. Elles ont
319 pas de papiers, pas d'argent, elles ont rien, elles sont arrivées en urgence, bon ben voilà on a
320 ce côté un peu, de toute façon comme tout soignant, un peu saint-bernard je dirai. Mais peut-
321 être un peu plus en pédiatrie. [Silence] Comme on dit on ne choisit pas ce métier par hasard
322 hein !

323 **MOI : Du coup j'ai une dernière question qui est un lien, pourquoi vous avez choisi de**
324 **travailler avec les enfants ?**

325 PDE 2 : Alors je vais te faire rire, je voulais être commissaire de police !

326 **MOI : Ah, totalement différent. [Rires]**

327 PDE 2 : Ça n'a rien à voir. J'ai toujours voulu m'occuper d'enfant et puis Julie Lescaut et
328 compagnie « *ah c'était trop bien les enquêtes* ». Sauf qu'il fallait le baccalauréat et on m'a dit
329 non tu n'iras pas en seconde, tu iras en BEP sanitaire et social, t'as pas le niveau. Je suis
330 arrivée en BEP sanitaire et social, on me dit « *mais qu'est ce que vous faites là avec les notes*
331 *que vous avez ?* ». Et pour le commissaire de police il fallait passer les échelons et avoir le
332 BAC. Donc j'ai repris la filière du BAC, comme j'avais fait la filière sanitaire et sociale, on
333 m'a dit beh le mieux c'est, à l'époque ça s'appelait une première d'adaptation, pour faire
334 secrétaire médicale. Donc on fait une première d'adaptation et terminale, on passait pas par la
335 seconde car on avait déjà fait un BEP. Et puis là ben non, commissaire ça m'intéressait plus, et
336 je suis restée sur mon idée de m'occuper d'enfants, donc j'avais passé le concours de sage-
337 femme et d'infirmière. Celui de sage-femme était super compliqué, enfin bref je l'ai pas eu.
338 Donc j'ai fait infirmière et j'ai dit beh non je veux pas être infirmière je veux être
339 puéricultrice, je veux rester avec les enfants. Et voilà ça fait 30 ans que je suis avec les enfants
340 et ma foi, je crois que je referais la même chose si on me disais beh tu recommences et tu
341 choisis un métier. J'ai aucun regret franchement. Je ferai des enquêtes quand je serai à la
342 retraite. [Rires] Donc non, franchement je m'éclate dans ce que je fais même au bout de 30
343 ans, j'ai toujours le même plaisir. Et tout ce... voilà cet échange avec l'enfant et les parents,
344 moi je suis plus côté bébés. J'ai une préférence pour les petits, pour tout ce côté un peu...
345 voilà relation, cocooning, bien-être de la mère et de l'enfant, voilà voilà.

346 **MOI : Ok merci beaucoup, c'était très riche !**

347 PDE 2 : Mais de rien !

3. Entretien n°3 : Pédiatrie grands enfants

1 **MOI : Alors du coup mon thème de mémoire c'est la prise en charge de l'enfant à**
2 **l'hôpital. Avant de te poser ma question je vais juste te demander de te présenter et**
3 **présenter ton parcours professionnel.**

4 PDE 3 : Ok, alors je m'appelle Aurélie. J'ai été diplômé de l'école d'infirmière sur Metz en
5 2005. J'ai travaillé cinq ans à l'hôpital d'enfants sur Nancy. Après je suis venue ici où avec une
6 mutation j'ai fais quelques mois sur le pôle cardiovasculaire chez les adultes endocrino, j'ai
7 fait pas mal de diabète, puis cardio adultes, c'était très rapide c'était six ou neuf mois. Et après
8 je suis arrivée dans le service des grands enfants, donc en 2011, j'y ai travaillé jusqu'en 2015
9 où je suis partie à l'école de puéricultrice pendant un. Après j'ai fait neuf mois de poule ici sur
10 l'unité mère-enfant et après je suis retournée aux grands enfants depuis fin 2016. Et là depuis

11 un an et demi je fais partie du projet d'éducation thérapeutique pour les enfants diabétiques,
12 voilà, avec trois autres de mes collègues.

13 **MOI : Très bien. Du coup ma question inaugural c'est comment se déroule**
14 **l'hospitalisation d'un enfant dans ton service ?**

15 PDE 3 : Alors on a différents types d'hospitalisation, sur les trois quarts des cas c'est des
16 hospitalisations qui viennent des urgences, donc ils sont admis par les urgences, vu par un
17 médecin. Dès que le médecin valide l'hospitalisation il descend ici dans le service, à n'importe
18 quel moment du jour ou de la nuit. Du coup on oriente l'enfant vers sa chambre, on lui
19 présente sa chambre, après on va faire l'entrée administrative au niveau de tout ce qui est
20 administratif donc au niveau de l'ordinateur pour récupérer les dossiers. L'auxiliaire va faire
21 l'entretien d'accueil et puis après nous on va se présenter et faire les soins. C'est des
22 hospitalisations qui peuvent être très courtes de 24h mais qui peuvent être un petit peu plus
23 longues voilà. Donc ça c'est les hospitalisations quand même en général très brèves, au
24 moins... En général le temps moyen d'hospitalisation c'est à peu près de trois jours. Après des
25 fois ils restent un petit peu plus longtemps. On a des prises en charge d'enfants pour des
26 maladies chroniques qui restent un petit peu plus longtemps, comme des prises en soin des
27 adolescentes anorexiques qui peuvent rester quelques mois. Sinon on a des hospitalisations
28 qui sont programmées, donc là par exemple pour le diabète c'est des programmations sur une
29 semaine où ils viennent du lundi au vendredi. Voilà en gros on a deux types d'hospitalisation.

30 **MOI : Ok ! Et après au niveau prise en charge générale de l'enfant comment ça se**
31 **passé ?**

32 PDE 3 : Tu veux dire au niveau des soins, soins de base ou au niveau des journées, au niveau
33 des... Tu veux savoir quoi exactement, si tu précises un peu plus ta question ? Qu'est-ce que
34 t'appelles générale ?

35 **MOI : Par exemple, comment ça se passe avec les parents...**

36 PDE 3 : Tu veux dire une journée type ou tu veux...

37 **MOI : Pas forcément sur une journée mais en général !**

38 PDE 3 : D'accord ! Alors du coup les parents on leur donne la possibilité de rester à l'hôpital,
39 c'est un des deux parents qui peut rester dormir. Du coup il peut rester la nuit, il y a un fauteuil
40 qui est proposé donc il peut dormir à côté de l'enfant. Les soins en général on demande aux
41 parents s'ils veulent y assister ou pas, mais il y a aucune contre indication à ce que les parents
42 n'y assistent pas, même des fois du coup on invite les parents à venir faire les soins, à
43 participer aux soins, enfin à être présents en tout cas parce que ça rassure l'enfant. L'accueil
44 c'est un temps très important où du coup c'est important de dédramatiser un peu
45 l'hospitalisation. Alors on reçoit différents types d'enfants, donc on reçoit les enfants qui
46 peuvent être de deux, trois ans mais on reçoit aussi des adolescents, donc on a quand même un
47 grand, grand, grand panel d'âges et il faut s'adapter en fonction de l'enfant. Il y a deux visites,
48 une visite par médecin qui faite le matin, plus une contre-visite, ils sont vus l'après-midi par
49 l'interne. Les soins, voilà maintenant qu'on est en 12h, on les fait dans la journée à des heures
50 fixes quand il y a des antibiotiques etc... Voilà d'une manière générale les journées se passent
51 comme ça... Après voilà c'est très important d'être présent au niveau de l'enfant, de sa famille,
52 de répondre à des questions, de les informer sur les soins qu'ils vont avoir, les informer sur les
53 examens qu'ils vont avoir. Voilà ça c'est d'une manière très générale du coup. D'être présent
54 quand ils en ont besoin, donc on est là aussi pour les rassurer... Surtout les informer aussi
55 beaucoup c'est important, qu'ils soient bien informés de ce qu'on va faire. Et puis du coup
56 après t'as les enfants aussi qui sont hospitalisés mais il y a aussi une vie à l'hôpital c'est à dire
57 qu'il y a une école avec une institutrice, il y a une salle de jeu, bon qui est pas ouverte tout le
58 temps mais en tout cas qui est présente, donc le jeu est très important. Il y a les blouses roses
59 qui viennent aussi, donc une association de bénévoles qui vient pour jouer avec les enfants,
60 plusieurs fois par semaine. Il y a les musiciens qui viennent également, qui passent une fois

61 dans la semaine également pour divertir l'enfant parce que le fait qu'il soit à l'hôpital fait que
62 tout de même la vie ne s'arrête pas et il faut qu'ils continuent à jouer, à se divertir et puis ça
63 fait partie intégrante de leur développement donc on continue tout ça. Et pareil l'école, les
64 inscrire dans une continuité des soins, c'est à dire aussi ne pas couper avec l'extérieur, donc
65 pas couper avec l'école. Donc c'est pour ça qu'il y a une institutrice, qui est là comme si c'était
66 une instit voilà, pas là pendant les vacances...

67 **MOI : Et elle intervient que pour un enfant ou c'est...**

68 PDE 3 : Non il y a une classe donc du coup il y a plusieurs enfants qui peuvent aller en classe
69 donc elle s'adapte en fonction de l'âge. Elle peut tant avoir des enfants qui sont au collège que
70 des enfants qui sont au primaire qui apprennent la lecture, donc après elle s'adapte. Elle peut
71 aussi aller en chambre quand les enfants du coup ne peuvent pas se déplacer, ça c'est
72 important. Et du coup voilà elle s'adapte aussi à la pathologie. Et puis des fois quand on est
73 dans l'éducation, par exemple l'éducation au diabète, elle nous aide aussi à comprendre
74 certaines choses avec l'enfant. Elle peut faire un travail sur l'enfant sur sa pathologie pour
75 aussi. Par exemple là on fait de l'insulinothérapie fonctionnelle avec les enfants diabétiques,
76 on est en période d'éducation, et du coup beh des fois il y a beaucoup de calculs donc elle
77 revoie avec eux les proportionnalités, etc. On l'intègre dans les soins en fait et dans la prise en
78 soin de l'enfant et de sa maladie.

79 **MOI : D'accord ! Après du coup concernant encore la prise en charge de l'enfant, est ce**
80 **qu'il y a des fois des situations qui sont compliquées à gérer ?**

81 PDE 3 : Bien sûr ! Après forcément on est dans un milieu où du coup qui fait peur, il y a la
82 maladie, il y a l'appareillage, le cathéter, il peut y avoir d'autres choses, il y a des pompes.
83 C'est un milieu angoissant donc du coup bien sûr qu'il y a des moments qui sont difficiles
84 pour eux. Quand on va leur faire des soins invasifs par exemple. Il y a beaucoup de moments
85 qui peuvent être compliqués pour eux ouais c'est sûr. Après voilà t'en a pleins au fur et à
86 mesure de la journée, le tout c'est toujours appréhender le soin, c'est à dire prévenir l'enfant,
87 prévenir sa famille, mettre tous les dispositifs en place avant le soin pour pouvoir faire le soin
88 dans de bonnes conditions. Donc c'est à dire voilà pour la douleur on utilise le Méopa®, on
89 utilise l'Emla®. Voilà, après il y a des systèmes de distraction aussi, on a des tablettes qui sont
90 maintenant fixées en salle de soins, il y en a aussi aux urgences, il y en a en salle pansement et
91 on en a dans le labo. Et après on est aussi formé sur la distraction, on fait des formations sur
92 l'hypnose également, donc pour essayer que le soin se passe au mieux. Alors malgré tout des
93 fois c'est compliqué du coup on essaie quand même de toujours mettre tout en place pour que
94 le soin se passe bien et que la peur du coup soit diminuée.

95 **MOI : Et est ce que les moyens mis en œuvre ils sont différents du coup selon l'âge de**
96 **l'enfant ?**

97 PDE 3 : Bien sûr. Il faut toujours s'adapter en fonction de l'âge de l'enfant, on s'adapte même
98 en fonction de l'enfant en fait puisqu'il y a toujours une individualité. C'est à dire on voit
99 aussi la personnalité des parents, l'émotion, à quel stade ils sont de la maladie, est ce que c'est,
100 voilà, une maladie chronique qui se met en place, est ce que c'est une maladie aiguë ou ils
101 viennent juste ponctuellement... Il y a beaucoup de facteurs qui rentrent en compte donc on
102 est en permanence en train d'observer et d'évaluer où en est l'enfant et son parent pour pouvoir
103 adapter nos soins. Et c'est toute la complexité, c'est qu'il faut déjà bien comprendre l'enfant et
104 son parent, parce que chaque enfant est différent. Tu peux avoir deux enfants du même âge
105 qui réagiront complètement différemment. Donc ça c'est tout aussi dans l'observation. Donc
106 c'est avoir une observation, un peu au fur et à mesure des années un peu experte, où on va
107 adapter nos actions en fonction de comment est l'enfant et bien sûr en fonction de l'âge parce
108 qu'on a pas du tout le même discours à un ado qu'on peut avoir à un petit de trois ans, c'est pas
109 possible. On adapte aussi les gestes qui sont différents. Et pour les ados ce qui est compliqué,
110 bon ben voilà, des fois ils sont en période d'adolescence où du coup ils se renferment un petit

111 peu sur eux donc du coup il faut bien comprendre l'adolescent et puis aussi s'intéresser à lui, à
112 son histoire, à sa vie, à ce qu'il fait... Enfin l'ado ou l'enfant hein, pour pouvoir aussi rentrer
113 en contact avec eux, surtout les adolescents puisque des fois c'est compliqué, des fois ils sont
114 fermés...

115 **MOI : Donc oui il faut trouver des stratégies aussi pour...**

116 PDE 3 : Ouais, moi je pense que voilà, ça s'appelle la singularité de chaque personne, chaque
117 personne est différente et le travail c'est de s'adapter à chaque situation. [Silence]

118 **MOI : Et après, quel est votre rôle dans le lien parent-enfant au cours d'une**
119 **hospitalisation de l'enfant ?**

120 PDE 3 : Alors déjà c'est important que... Les parents font partie intégrante de la vie de
121 l'enfant, donc le parent ne doit pas être mis à part, moi je pars sur le principe qu'un parent du
122 coup est là justement pour... Il fait partie de l'environnement de l'enfant, il fait partie
123 intégrante de sa vie. Donc du coup un enfant si on le sépare de ses parents il va être en
124 insécurité. Donc le lien mère-enfant et le lien parent-enfant est très important. Alors c'est sûr
125 que du coup chez les enfants et encore plus les bébés on parle de lien mère-enfant et du coup,
126 nous on essaye au maximum de préserver ce lien là aussi avec les parents parce que... bah ils
127 font partie intégrante de leur vie, ça le sécurise en fait. Un enfant qui est loin de ses parents il
128 est en insécurité. Par exemple même si le parent ne reste pas, beh si l'enfant à envie d'appeler
129 ses parents beh on lui donne le téléphone... [Réfléchit] Dès que le parent veut venir, même le
130 deuxième parent si il veut arriver très tôt le matin il y a aucun problème il arrive tôt le matin,
131 il veut participer aux soins, il veut être là pour le soin, il participe et est là pour le soin... Je
132 pense que c'est important, c'est pour la sécurité de l'enfant donc du coup ça les apaise aussi
133 quand ils ont leurs parents. Donc on essaye de préserver au maximum ça par pleins de petites
134 actions en fait qu'on fait au quotidien. C'est les parents qui lavent les enfants par exemple,
135 c'est pas l'auxiliaire qui va laver l'enfant, c'est son parent qui va prendre soin de son enfant.

136 **MOI : Donc leur rôle est toujours conservé...**

137 PDE 3 : Ah oui complètement ! Et justement lorsque les parents partent et que les enfants sont
138 petits, souvent on préfère que les parents soient là, c'est à dire on le rappelle aussi, que du
139 coup l'enfant est hospitalisé, qu'il a besoin de ses parents. On leur laisse leur rôle de parent.
140 Nous on a notre rôle de soignants, on leur laisse leur rôle de parents, donc c'est important
141 qu'ils soient là.

142 **MOI : Et est-ce qu'il y a une limite justement à l'intégration des parents ou pas**
143 **forcément ?**

144 PDE 3 : Alors la limite à l'intégration... Moi je pense qu'on peut tout à fait travailler avec les
145 parents, il faut juste s'adapter en fonction de la famille et... [Réfléchit] Alors la limite ça va
146 être oui si par exemple on doit faire un geste invasif chez leur enfant, au niveau de l'hygiène
147 c'est pas possible qu'ils restent dans la pièce par exemple, ça, ça va être la limite... et encore
148 maintenant on fait beaucoup de choses avec les parents, par exemple nous les ponctions
149 lombaires on les fait avec les parents ! Donc du coup est ce qu'il y a vraiment une limite.. ? Si,
150 si le parent il va être à ce moment là vraiment dans des situations particulières, mais l'enfant
151 vient pour ça, c'est à dire si le parent va être délétère pour l'enfant mais dans des situations de
152 maltraitance ou de choses comme ça donc ça c'est encore particulier, l'enfant rentre pour ça.
153 Mais sinon non. Ou si il y a une décision de justice qui doit protéger l'enfant, oui ça oui.
154 [Silence] Ou une décision médicale... Ça arrive des fois quand les ados ils viennent pour des
155 troubles du comportement, où du coup la présence du parent est invasive pour l'enfant est qui
156 entraîne des conséquences, des répercussions au niveau psychologique pour l'enfant, où le
157 médecin demande, entre guillemets, un isolement c'est à dire que l'enfant soit coupé de sa
158 famille pour un temps pendant l'hospitalisation, mais ça c'est une décision médicale. Donc ça
159 va être ça en fait la limite, dans ces décisions là, mais ça ça nous appartient pas.

160 **MOI : D'accord ça marche ! Et une dernière question, est-ce que tu ressens une**

161 **différence dans la prise en charge de l'enfant quand les parents sont peu présents ou**
 162 **absents ?**
 163 PDE 3 : Alors... [Réfléchit] Oui parce que du coup l'enfant va être en recherche d'un repère,
 164 les parents c'est leur repère donc il va être... [Réfléchit] en recherche d'un repère parce que du
 165 coup ils se sentent un peu perdus dans un lieu inconnu quand même, avec des personnes
 166 inconnues. Donc du coup forcément ça va être... ça va se ressentir. Mais dans ces cas-là nous
 167 il faut aussi que l'on sache pourquoi les parents sont pas là et peut-être les rappeler que du
 168 coup leur place est aussi près de l'enfant.
 169 **MOI : D'accord.**
 170 [Silence]
 171 PDE 3 : Après c'est rare quand même que les parents ne restent pas... Ou bien il y a une
 172 figure, euh... comment dire... des grands parents ou des personnes de confiance qui restent
 173 donc du coup des fois ça peut arriver que la maman elle a beaucoup d'enfants ou elle vient
 174 d'accoucher et elle a un petit à la maison ou le papa il travaille... Mais dans ces cas-là ils
 175 essayent toujours de palier avec une personne de confiance en fait qui vient, les grands
 176 parents... Après c'est rare quand même hein, vraiment que les enfants soient tout seuls. A part
 177 si... des fois ça arrive que ce soit l'ado qui disent « *bon maman tu pars* » et là c'est autre
 178 chose... Donc là elles vont pas rester, parce que les ado... ils vont pas être en difficulté là du
 179 coup... Parce que c'est une demande de leur part. Mais nous ce sera jamais une demande
 180 vraiment de notre part de demander aux parents de partir, à part dans les cas particuliers qu'on
 181 a dit avant.
 182 **MOI : D'accord ! Est-ce que tu as quelque chose à rajouter ?**
 183 PDE 3 : Bah... non. [Rires]
 184 **MOI : Alors du coup moi j'ai une dernière question : pourquoi est-ce que tu as décidé de**
 185 **travailler avec les enfants ?**
 186 PDE 3 : Ah pourquoi j'ai décidé... Parce que c'est un métier formidable ! [Réfléchit] Non c'est
 187 parce que c'est... Voilà après je pense que moi depuis que j'étais à l'école d'infirmière j'ai
 188 toujours axé mes stages avec les enfants, ont pouvait à l'époque le faire, donc du coup j'ai
 189 toujours accès mes stages chez les enfants pour travailler avec les enfants. Donc je sais déjà
 190 que je veux faire ça depuis que je suis ado donc voilà après ça a été... Voilà et c'est très
 191 enrichissant chaque jour. Alors après pourquoi on va vers ce chemin là, bonne question...
 192 Parce que j'aime être dans le soin, j'aime bien être en présence des enfants... C'est très
 193 enrichissant chaque jour, ils ont beaucoup à nous apprendre, les parents aussi ont beaucoup à
 194 nous apprendre sur leur partage, aussi le vécu. Et puis voilà on est là pour prendre soin d'eux
 195 et essayer de faire que ce moment ne soit pas traumatisant dans une vie, dans une étape
 196 particulière de leur vie en tout cas, qui peut être difficile. [Silence]
 197 **MOI : Ok. Et bien merci beaucoup, merci d'avoir répondu à mes questions !**
 198 PDE 3 : Mais de rien !

4. Entretien n°4 : Pédiatrie nourrissons 2

1 **MOI : Alors du coup mon thème de mémoire c'est la prise en charge de l'enfant à**
 2 **l'hôpital et avant de te poser ma question inaugurale je vais te demander juste de te**
 3 **présenter et de présenter ton parcours professionnel.**
 4 PDE 4 : Alors moi je suis Fanny une puéricultrice. Alors j'ai fait mes études d'infirmière, je
 5 les ai terminées en 2005. J'ai travaillé à peu près 1 an en secteur adulte et après j'ai commencé
 6 à faire des nuits en pédiatrie, donc de 2006 jusqu'à 2013. En 2013 je suis partie à l'école de
 7 puéricultrice et donc depuis je travaille toujours en pédiatrie ici.
 8 **MOI : D'accord ! Alors du coup ma question inaugurale c'est comment se déroule**
 9 **l'hospitalisation d'un enfant dans ton service ?**

10 PDE 4 : Beh après c'est hyper aléatoire selon les pathologies. Après de manière générale la
11 ligne conductrice de toute façon passe par les urgences de toute façon, enfin on va dire dans
12 95% des cas ou presque. Parce qu'après on a des enfants qui sont récurrents et qui viennent
13 faire des soins ponctuels et du coup qui viennent directement dans le service, mais ça reste du
14 ponctuel. Donc du coup ils passent par les urgences, donc en général c'est là où les soins sont
15 fait, c'est s'il y a besoin de poser un cathéter, les bilans sanguins, les radios, enfin tout ce qui
16 est examens de départ. Donc quand ils arrivent dans le service on les accueille, on présente le
17 service, au niveau hôtellerie j'ai envie de dire, organisation, visite médicale... Moi je sais que
18 dès que j'ai le dossier patient je regarde au niveau des soins ce que j'ai à faire, je regarde ce
19 qui a été fait aux urgences que si j'ai des choses à faire dans l'immédiat ou pas, enfin j'essaie
20 d'expliquer un peu comment va se dérouler au moins les premiers temps. Après dépend aussi
21 l'âge de l'enfant, je peux expliquer aussi à l'enfant ce qui va se passer, mais après notamment
22 ici chez les nourrissons c'est vraiment les bébés donc bon après mise à part entrer en relation,
23 se présenter, parce que ça reste quand même hyper important, sinon voilà. Après on fait les
24 soins qui sont nécessaires à cet enfant là, en fonction de la maladie, voilà ça dure plus ou
25 moins longtemps, après on a des hospitalisations qui durent plus ou moins longtemps aussi.
26 Là on a un turn-over qui est quand même assez rapide, on a des hospitalisations qui font deux
27 trois jours, après ça arrive qu'on est des hospitalisations d'une semaine, mais en général c'est
28 quand même des hospitalisations courtes... Donc euh... [Réfléchit] Après au niveau soins
29 voilà on fait les soins qui à faire et puis pour la sortie... Voilà, enfin je sais pas. [Rires] Je sais
30 pas ce qui t'intéresse de savoir...

31 **MOI : Après du coup comment ça se passe avec l'enfant, comment est-ce que tu arrives**
32 **à entrer en contact ?**

33 PDE 4 : Beh après tout dépend de l'âge en fait de l'enfant. Quand c'est un grand qui a accès à
34 la parole ou quoi c'est pas pareil, tu peux déjà essayer de communiquer avec lui, tu peux...
35 [Réfléchit] Voilà déjà comme je dis à la base déjà il faut se présenter. Voilà moi je dis mon
36 prénom systématiquement, je me mets à sa hauteur, j'essaie de lui expliquer un peu ce qui se
37 passe, des fois c'est possible et des fois non en fonction de... beh l'état de l'enfant ou
38 comment ça s'est passé aux urgences au niveau des soins. Des fois ils arrivent, on commence
39 à s'approcher, on est en blouse blanche et ça le fait pas du tout quoi, ils se mettent à hurler, à
40 pleurer, on a beau essayer de parler ça ne marche pas. Après, dans la plupart des cas quand
41 même, quand tu rentres, tu te présentes, tu prends le temps, tu expliques ce que tu vas faire...
42 L'enfant est relativement cohérent quand même hein. Après chez les bébés c'est pas pareil non
43 plus parce que selon si t'es à 8 mois en pleine angoisse de séparation, machin... forcément
44 t'es une tête inconnue dans un lieu inconnu... c'est compliqué ! Après c'est plus ou moins
45 compliqué mais je pense qu'à partir du moment où on se présente et qu'on rentre en douceur,
46 qu'on arrive pas comme des brutes, ça se passe bien. Après euh... [Réfléchit] C'est vrai que
47 quand on fait un soin, beh c'est toujours pareil en fonction de la compréhension de l'enfant, on
48 explique, enfin de toute façon... même là ce matin j'avais un bilan sang sur un bébé de 7
49 semaines, je lui ai dit on va faire la prise de sang. Même si pour lui ça représente rien de
50 concret je pense, enfin en tout cas voilà, euh... pour moi c'est important qu'il sache voilà ce
51 qu'on va lui faire... Alors où on va faire le soin, ou en tout cas pas forcément rentrer dans les
52 détails, mais en tout cas lui dire qu'on va faire quelque chose sur lui. En sachant que voilà on
53 a des méthodes de prévention de la douleur... [Réfléchit] C'est important d'être honnête avec
54 les enfants c'est à dire que si on sait qu'un soin risque d'être douloureux, il faut pouvoir leur
55 dire que... que tu risques de sentir quelque chose, ça peut être désagréable... Voilà, on va
56 faire tout en sorte que ce soit le plus agréable, enfin le moins désagréable possible, après
57 voilà. Après je pense que c'est important quand même de les prévenir peu importe l'âge. Après
58 comme je dis voilà il faut savoir s'adapter mais... Sinon après voilà au niveau des soins...
59 [Réfléchit] Bon après la collaboration avec les parents c'est évidemment hyper important,

60 euh... [Réfléchit] Après il y a des parents qui sont, on va dire, entre guillemets, d'instinct
61 même si c'est pas... euh aidants quoi en fait, qui vont être dans la relation avec l'enfant et qui
62 vont savoir exactement, par exemple... qui vont pas avoir peur de déranger, parce qu'aussi on
63 a des gens qui ont peur de déranger c'est à dire qu'ils vont pas s'introduire dans le soin de peur
64 de déranger quoi. Alors qu'en fait on a souvent, très souvent, besoin d'eux. Je veux dire
65 l'enfant forcément il est angoissé, il est dans un lieu qui connaît pas, on a beau lui expliquer
66 ce qu'on va lui faire, c'est soit la première soit la deuxième fois qu'on va faire quelque chose et
67 que c'est pas forcément un moment très agréable. Donc on a besoin que le parent soit là, lui
68 explique aussi, ne serait-ce qu'une caresse sur la tête ou enfin je veux dire... C'est hyper
69 important quoi c'est primordial ! Et la coopération avec les parents et on travaille tous
70 ensemble en fait hein, sur le soin à l'enfant. Et après il y des parents avec qui c'est plus
71 compliqué, après c'est pas un jugement hein c'est juste que par rapport à leur histoire de vie ou
72 des choses qui peuvent être compliquées pour eux ils sont plus ou moins là quoi... Après c'est
73 moins facile mais on fait avec aussi hein. Après on verbalise aussi, c'est à dire qu'il y a des
74 moments... voilà, le petit va se mettre à pleurer parce que l'analgésie est pas suffisante pour la
75 prise de sang ou la pose de cathéter, le petit va se mettre à pleurer quand on pique. Euh, il y a
76 des moments qu'ils se mettent à pleurer, ils sont submergés par les émotions, par la situation,
77 par l'angoisse... Voilà par tout ce qu'une maman peut passer. Et du coup c'est important aussi
78 de verbaliser parce que des fois il y a des mamans qui se tournent et qui s'en vont en fait, et du
79 coup qui partent du regard de l'enfant. Donc l'enfant ça l'angoisse encore plus, donc c'est
80 important aussi de dire « *ben tu vois c'est difficile pour maman là aussi, donc maman part un
81 peu, elle va revenir, elle est juste à côté, tu la vois pas mais elle est là* ». Enfin c'est important,
82 parce que ça fait partie aussi du soin quoi. Voilà... après quoi dire de plus, je ne sais pas...
83 [Rires] Euh... [Silence] Voilà, après tu veux savoir au niveau, euh... je sais pas.

84 **MOI : Est-ce que par rapport aux parents il y a des limites à leur présence ?**

85 PDE 4 : Alors après il y a des soins en stériles comme des ponctions lombaires, des choses
86 comme ça, où on admet rarement les parents. Disons qu'on préfère le faire parce que c'est un
87 soin qui a un fort risque sceptique quoi, enfin voilà. Après sinon, moi les parents ils viennent à
88 tous les soins. Je veux dire qu'on pose une sonde naso-gastrique ou on a un bilan sang ou...
89 peu importe. Les parents moi je leur propose toujours, je leur dis vous voulez rester, vous
90 voulez partir, c'est comme vous voulez. Moi je prends qui veut venir, après ça me pose pas de
91 souci... Parce que justement ils peuvent être là et être très aidants pour le soin ! Même si des
92 fois c'est pas forcément un mieux, euh... Pour eux c'est important aussi qu'ils se sentent
93 acteurs dans la santé de leur enfant quoi. [Silence]

94 **MOI : Et pourquoi parfois c'est pas tout le temps mieux que les parents soient là ?**

95 PDE 4 : Beh en fait parce qu'il y a des parents qui vont, pas consciemment hein c'est pas
96 conscient, mais qui vont transmettre en fait leur angoisse à l'enfant, c'est à dire que l'enfant
97 n'a jamais eu de prise de sang machin... Et quand on va aller pour faire le soin ils vont être là
98 [bruit craintif de bouche], comme ça. Derrière forcément le petit il va se dire « *oula qu'est-ce
99 qu'il se passe* ». Voilà, donc c'est en ça que c'est pas forcément aidant. Après on fait avec hein
100 c'est pareil. Ou alors quand on va donner un médicament, je préviens, je dis c'est pas très très
101 bon mais il faut que tu le prennes voilà... « *ah beh non mais il le prendra pas* ». Aïe, ouais
102 mais forcément si on part comme ça ça ne va pas le faire donc voilà, c'est dans ce sens là en
103 fait. Mais bon général on arrive à peu près à faire ce qu'on veut faire et puis y a des moments
104 on n'y arrive pas hein... [Réfléchit] Donc après tout est dans la négociation et des fois un peu
105 dans l'imposition... l'imposition de limites quoi. Mais bon c'est rare, c'est quand même rare,
106 on arrive toujours plus ou moins, à négocier avec l'enfant et avec les parents aussi, en leur
107 expliquant que voilà ça n'aide ni l'enfant ni nous en fait. Après qu'ils aient des angoisses ou
108 des choses comme ça on peut l'entendre mais que pour leur enfant c'est mieux que... Voilà.
109 [Silence]

110 **MOI : Est-ce que des fois justement, quand tu arrives pas à faire comprendre quelque**
111 **chose à l'enfant ou à lui donner un médicament, est ce que tu délègues par exemple à**
112 **une autre puéricultrice ou tu arrives quand même à.. ?**

113 PDE 4 : Beh en général, en premier lieu je délègue aux parents en fait justement, parce que
114 c'est eux les détenteurs d'autorité parentale. Donc je me dis que si moi j'y arrive pas de mon
115 côté c'est à eux de faire prendre conscience à leur enfant, ça reste leur enfant quoi en fait.
116 Donc dans un premier temps je délègue aux parents, après si je vois que les parents s'en
117 sortent pas non plus je reprends la main et par contre là je... la règle c'est je fais sortir les
118 parents et je vois ça tout seule avec l'enfant. [Silence] En général là on y arrive. [Rires] Après
119 il y a toujours des cas plus ou moins... mais on y arrive quand même ! Beh en général si
120 soignants et parents ça marche pas c'est vrai que moi je laisse parents tout seuls parce que je
121 me dis qu'ils connaissent leur enfant et puis c'est à eux de gérer je veux dire, ils sont
122 responsables quand même je veux dire donc bon voilà quoi. [Silence]

123 **MOI : D'accord. Tu disais du coup tout à l'heure que les enfants pouvaient avoir des**
124 **émotions, pouvaient être angoissés... Est-ce que c'est différent par exemple selon leur**
125 **nombre d'hospitalisation ou...**

126 PDE 4 : Ça peut jouer mais après ça dépend le vécu de chaque hospitalisation aussi parce qu'il
127 y en a qui ont été hospitalisés plusieurs fois et pour qui ça c'est bien passé, entre guillemets, et
128 du coup qui vont avoir un vécu positif de l'expérience, entre guillemets hein. Enfin l'hôpital ne
129 reste jamais non plus un camp de vacances mais voilà. Et d'autres pour qui ça se sera mal
130 passé et là c'est compliqué parce que du coup il y a accumulation de mauvais vécus et du coup
131 toi tu arrives comme ça et tu rames un peu quoi, c'est un peu compliqué... [Silence] Après de
132 manière générale il y en a pas beaucoup quand même qui sont re-hospitalisés de nombreuses
133 fois... Après ça reste des enfants qui sont nés chroniques, donc qui ont des grosses
134 pathologies qui nécessitent de... qui seront hospitalisés souvent pour toute leur vie donc en
135 fait c'est pas la même chose... Voilà. Même les enfants sont différents par rapport à ça, ils ont
136 une très très grande maturité, une vision du soin qui n'est pas du tout pas du tout la même.
137 [Silence]

138 **MOI : Ok ! Est-ce que tu aurais quelque chose à rajouter ?**

139 PDE 4 : Euh... non [Rires] Je pense pas... J'ai beaucoup parlé [Rires] Non voilà après avec
140 les enfants c'est vrai que après... comme les adultes, après il faut savoir s'adapter à chaque
141 personne mais c'est vrai que d'autant plus avec des enfants, notamment en fonction de leur âge
142 parce qu'ils n'ont pas forcément les capacités cognitives qui permettent de... voilà l'histoire de
143 la pensée magique... Ou alors c'est vrai aussi pour revenir sur les parents *« soit sage sinon*
144 *elle te fait une piqûre »*... Ouais ça c'est juste horrible ça parce que le jour où on a besoin de
145 réellement lui faire une piqûre il va se dire *« mais attend j'ai pas été méchant »* quoi,
146 *« pourquoi elle me fait ça alors que j'ai pas été méchant »*. Donc là c'est compliqué... Là c'est
147 compliqué parce que du coup ils peuvent vivre ça comme une punition alors que c'en n'est
148 pas une quoi. Voilà... [Réfléchit] il y a des moments qui sont un peu compliqués. [Réfléchit]
149 Non après je pense que c'est comme pour tout le monde il faut s'adapter et puis de toute façon
150 c'est des enfants qui nécessitent des soins donc il faut les soigner. Faut faire que ça se passe le
151 mieux possible quoi ! [Rires] Voilà.

152 **MOI : Alors j'aurai juste une dernière question : pourquoi est-ce que tu as choisi de**
153 **faire puéricultrice ?**

154 PDE 4 : Pourquoi, bonne question, c'est toujours la question piège ! [Rires] La question
155 pourquoi puéricultrice... [Réfléchit] Je sais pas, après je pense que c'est des questionnements
156 qui sont un peu personnels et qui dépendent de choses vécues par le passé. Euh... [Réfléchit]
157 Franchement je saurai pas répondre à ta question. [Silence] Parce que je trouve c'est
158 enrichissant de travailler avec les enfants aussi, par leur diversité parce que voilà ils n'ont pas
159 forcément la capacité de comprendre, en tout cas pas de comprendre avec des mots, donc il

160 faut que nous on essaye de trouver comment les atteindre pour pouvoir justement être dans
161 cette relation de soin, de relation de confiance aussi ! Et du coup... Et puis les enfants ils sont
162 vrais, c'est à dire que voilà il n'y a pas de sous-entendu, il y a pas de « *je dis ça mais en fait je*
163 *pense pas ça* », voilà il a envie de dire un truc je dis un truc point barre quoi. Donc ils sont
164 vrais, et du coup ça permet une authenticité dans la relation, et du coup à nous d'être au même
165 niveau qu'eux quoi, il faut... [Réfléchit] Et je pense que c'est une exigence qu'on a peut être
166 pas forcément, enfin peut être pas autant, en service adultes parce que la relation est pas la
167 même. Là il faut vraiment que voilà... C'est pas nos potes mais enfin voilà... Faut que l'enfant
168 il soit avec nous bien quoi, pour qu'on puisse travailler ensemble quoi, sinon c'est sûr qu'on va
169 droit dans le mur quoi ! Voilà... c'est tout. [Rires]

170 **MOI : Très bien, merci beaucoup !**

171 PDE 4 : Mais il y a pas de soucis !

ANNEXE V : Grille de catégorisation de contenu

1. Entretien n°1 : Néonatalogie

Thème	Sous-thème	Verbatims
L'enfant	Développement	<p>« Déjà même tout petits ils ont des spécificités de comportements » (l. 33)</p> <p>« La manière dont tu t'occupes de ton enfant influe sur son développement » (l. 133-134)</p>
	Émotions face à l'hospitalisation	<p>« Je pense que pour l'enfant qui se retrouve d'un seul coup à l'hôpital et puis avec papa et maman qui viennent pas parce qu'ils ont pas la possibilité, ça doit être un peu traumatisant quand même » (l. 71-73)</p> <p><u>Absence parents :</u></p> <p>« En fait tu as deux sortes de réactions au niveau des enfants. Soit il y a des enfants qui vont beaucoup pleurer, alors ça c'est plutôt chez les plus grands parce qu'ils ont l'habitude d'être aux bras des parents, d'être beaucoup portés à la maison » (l. 76-78)</p> <p>« Ou au contraire, tu as des enfants que tu n'entends pas et qui se mettent carrément en retrait comme s'ils n'existaient pas quoi [...] Donc voilà ça c'est plutôt les plus petits, c'est des bébés que tu ne vas pas entendre, qui vont pas réclamer leur biberon, qui vont... [Réfléchit] se mettre en retrait, on a l'impression pour pas se rendre compte que les parents sont pas là quoi » (l. 81-86)</p> <p>« Je pense aussi que les émotions des parents rejaillissent, enfin surtout les émotions de la maman rejaillissent beaucoup sur l'enfant. Je pense qu'une maman qui est triste, qui fait que pleurer, on le voit ici hein, on a des enfants qui mangent pas bien ou qui font beaucoup de brady/désat ou qui pleurent eux aussi... Oui, moi je pense que ça a une influence. L'enfant il ressent les émotions de sa mère » (l. 141-145)</p>
	Besoins lors d'une hospitalisation	<p>« Un bébé ne peut pas vivre sans ses parents » (l. 88)</p> <p>« Les enfants ils s'adaptent à leurs parents » (l. 89-90)</p> <p>« C'est la communication qui est essentielle de toute façon, à tous les âges de la vie » (l. 151-152)</p> <p>« Donc communication essentielle, d'expliquer les choses, après ce qui n'empêche pas que les enfants, à mon avis, ont besoin de limites... à donner, donc qu'ils soient adaptés à chaque âge bien sûr » (l.155-157)</p> <p>« Donc après c'est différent pour chaque enfant » (l. 159-160)</p> <p>« Donc c'est l'individualisation c'est important » (l. 162)</p>

	Lien d'attachement avec ses parents	
Les parents	Rôle parental	
	Lien d'attachement avec l'enfant	
	Historique des droits du parent à l'hôpital	<p>« C'est en ça que ça a drôlement évolué un peu de temps parce que moi, je me souviens quand je suis arrivée ici dans le service, donc il y a pratiquement 20 ans, les parents n'étaient pas, quasiment pas autorisés à rentrer. Avec l'ancien chef de service, alors il y avait déjà du mieux par rapport à 10 ans avant, où les parents ne rentraient pas du tout, on leur montrait leur enfant à travers une porte vitrée. Quand ils arrivaient les parents, ils sonnaient à la porte et les filles leur apportaient les berceaux derrière la porte. » (l. 91-97)</p> <p>« Par exemple le matin il y avait que les mamans qui allaitaient qui avaient le droit de rentrer et encore elles avaient le droit de rentrer pour tirer leur lait, elles posaient les biberons sur la couveuse et elles repartaient » (l. 99-102)</p> <p>« Alors heureusement quand même de plus en plus je pense que ça rentre dans les habitudes parce qu'il y a pleins d'émissions ou pleins de bouquins qui sortent et qui expliquent que le rôle des parents est essentiel dès la naissance » (l. 104-107)</p>
Proximologie Place du parent dans le soin (versant positif)	<p>« On favorise le plus possible la participation des parents aux soins, voilà, qu'ils se sentent pas mis de côté parce que l'enfant est à l'hôpital » (l. 39-41)</p> <p>« tout ce qui est le rôle qu'ils ont à la maison autour de leur bébé et bien ils l'ont ici aussi pareil, que ça soit au niveau des soins corporels, des tétées, des câlins... Voilà, donc notre rôle c'est justement de ne pas les mettre à l'écart, pas leur faire comprendre que nous on sait faire les choses et pas à eux. Donc c'est très très important qu'ils gardent le rôle qu'ils ont à la maison » (l. 55-59)</p> <p>« on laisse quand même la possibilité aux mamans ; le plus souvent c'est la maman, des fois c'est le papa, mais le plus souvent c'est les mamans ; de rester avec leur enfant, 24h/24, même la nuit » (l. 46-48)</p> <p>« notre premier rôle c'est de faire qu'ils soient là » (l. 62-63)</p> <p>« Au niveau des enfants, que ceux qui ont leurs parents tout le temps, qui font du peau à peau toute la journée, ils ont moins de soucis de désaturation, de bradycardie, ils grossissent plus vite, ils mangent mieux. Enfin il y a tout à y gagner quoi ! Ils régulent mieux leur température... » (l.</p>	

		109-112)
	Place du parent dans le soin (versant négatif)	« Je pense aussi que les émotions des parents rejaillissent, enfin surtout les émotions de la maman rejaillissent beaucoup sur l'enfant. Je pense qu'une maman qui est triste, qui fait que pleurer, on le voit ici hein, on a des enfants qui mangent pas bien ou qui font beaucoup de brady/désat ou qui pleurent eux aussi... Oui, moi je pense que ça a une influence. L'enfant il ressent les émotions de sa mère » (l. 141-145)
	Limites dans le soin	
	Émotions face à l'hospitalisation de leur enfant	« Oui je pense que c'est pareil, c'est plus rassurant pour eux également, le fait de participer, je pense que ça diminue d'autant l'angoisse de la séparation quand ils doivent partir le soir car c'est déjà pas rigolo » (l. 41-43) « il y a beaucoup de parents qui du fait que l'enfant est à l'hôpital, prennent du recul en se disant qu'ils sont pas compétents pour s'occuper de leur bébé parce qu'il est malade » (l. 52-54)
	Besoins lors de l'hospitalisation de leur enfant	« On explique aux parents la prise en charge qui est prévue pour leur enfant, les traitements, ainsi que... [Réfléchit] l'organisation du service, c'est-à-dire les horaires de visites, les conditions, par exemple là en hiver où seuls les parents sont admis, où il faut mettre les masques, etc. Les traitements qui sont mis en place, les examens qui sont prévus. On leur explique la possibilité qu'ils ont de rencontrer le pédiatre lorsqu'ils le demandent. Et puis oui, ce que j'oublie quand même on leur présente le service, les locaux, en leur présentant les pièces qui les intéressent, entre guillemets, entre autre la salle des parents, la biberonnerie, la chambre des enfants s'ils sont en salle de réa quand les parents arrivent » (l. 17-25) « Par rapport aux parents c'est sûr que c'est mieux aussi puisqu'ils nous connaissent, donc pour eux c'est, je pense, un peu plus rassurant que si c'est une personne nouvelle tous les jours » (l. 34-36) « On favorise le plus possible la participation des parents aux soins, voilà, qu'ils se sentent pas mis de côté parce que l'enfant est à l'hôpital » (l. 39-41)
Le soignant	Comportements face aux parents	« Notre rôle c'est de leur montrer qu'ils ont leur place au contraire » (l. 54) « Tout ce qui est le rôle qu'ils ont à la maison autour de leur bébé et bien ils l'ont ici aussi pareil, que ça soit au niveau des soins corporels, des tétés, des câlins... Voilà, donc notre rôle c'est justement de ne pas les mettre à l'écart, pas leur faire comprendre que nous on sait faire les choses et pas à eux. Donc c'est très très important qu'ils gardent le rôle qu'ils ont à la maison » (l. 55-59)

		« Notre premier rôle c'est de faire qu'ils soient là » (l. 62-63)
	Comportements face à l'enfant	<p>« On essaye de s'occuper des mêmes enfants autant que possible, ce qui permet de bien individualiser les soins puisque quand on les connaît ça permet de connaître leurs habitudes » (l. 31-32)</p> <p>« Le but c'est de s'adapter le plus possible à l'enfant, à son rythme autant qu'on peut, par rapport aux soins qui sont prescrits, en regroupant les soins... [Réfléchit] Et puis en favorisant le contact avec l'enfant lorsque les parents ne sont pas là, d'autant plus que l'enfant est grand. » (l. 36-39)</p> <p><u>Face à l'absence des parents :</u> « Je pense qu'inconsciemment on va plus entourer le bébé pour essayer de compenser un peu » (l. 68-69)</p> <p>« C'est la communication qui est essentielle de toute façon, à tous les âges de la vie » (l. 151-152)</p> <p>« Donc communication essentielle, d'expliquer les choses, après ce qui n'empêche pas que les enfants, à mon avis, ont besoin de limites... à donner, donc qu'ils soient adaptés à chaque âge bien sûr » (l. 155-157)</p> <p>« Donc après c'est différent pour chaque enfant » (l. 159-160)</p> <p>« Donc c'est l'individualisation c'est important » (l. 162)</p>
	Émotions	
	Besoins	
Inattendus	Evolution de la prise en charge	<p>« Il y a eu une évolution de la prise en charge qui a été phénoménale quoi ! On est vraiment passés de rien à... bon pas à tout parce qu'on peut toujours faire mieux, mais il y a eu une énorme évolution. Mais ça tient beaucoup aux gens aussi ! Il faut que les gens soient impliqués, aient envie de faire changer les choses. » (l. 170-174)</p> <p><u>Causes :</u> « Beh l'évolution des mentalités déjà, les connaissances sur le développement de l'enfant, ils ont fait énormément de progrès depuis Françoise Dolto ! » (l. 178-179)</p> <p>« La douleur de l'enfant n'était pas encore reconnue ! Je veux dire que le sucre doux on savait pas ce que c'était hein » (l. 181-182)</p> <p>« Il y avait beaucoup beaucoup de choses qui n'étaient pas du tout reconnues : l'installation dans les couveuses, tous les enfants ils étaient à plat dans les couveuses ; quand on les perfusait on leur rasait le crâne pour mettre des cathéters... [Rires] enfin c'était la préhistoire ! [Rires] Voilà et le pire c'est que ça nous semblait normal, enfin</p>

		<i>voilà on se posait pas de questions ! » (l. 183-187)</i>
	Soins de développement	<p><i>« Ça consiste voilà effectivement sur l'installation de l'enfant dans son lit ou dans sa couveuse, la manière de le manipuler pour les soins, la manière... [Réfléchit] de l'entourer, de le prendre dans les bras, le portage... Je pense aussi d'arriver à faire, comment dire-ai-je... à trouver ce qui ne va pas rien qu'en le regardant, de voir la manière dont il se tient ou les gestes qu'il fait... » (l. 203-207)</i></p> <p><i>« Ça permet justement de repérer bien plus rapidement si l'enfant est inconfortable, si l'enfant est douloureux... Voilà tu repères plus facilement ce qui va pas quoi ! Et tu peux donc mettre une action en place plus rapidement » (l. 212-214)</i></p>

2. Entretien n°2 : Pédiatrie nourrissons 1

Thème	Sous-thème	Verbatims
L'enfant	Développement	
	Émotions face à l'hospitalisation	<p><u>Différence hospit/chirurgie :</u> <i>« L'accueil n'est pas tout à fait le même, l'angoisse n'est pas la même, l'âge et la tranche d'âge n'est pas la même non plus » (l. 35-36)</i> <i>« C'est pas tout à fait la même chose quand même. [Silence] Et bien que les inquiétudes, les angoisses par rapport à une intervention chirurgicale, par rapport à... Il y a aussi des choses similaires hein » (l. 165-167)</i></p> <p><i>« Les bébés ce sont des éponges, si la maman est anxieuse, inquiète... [...] les plus grands c'est un petit peu différent, mais les bébés oui » (l. 116-119)</i> <i>« Enfin pour chaque personne c'est différent. Je veux dire pour un enfant qui a la même pathologie, en fonction des parents, il y en a qui sont supers angoissés et d'autres pas du tout » (l. 211-213)</i></p>
	Besoins lors d'une hospitalisation	<p><i>« On installe l'enfant, on accueille les parents parce que c'est indissociable. On explique donc les soins que l'on va faire à l'enfant » (l. 20-22)</i> <i>« Donc en plus, nous on a à faire à des nourrissons donc le lien mère-enfant est important » (l. 49-50)</i></p>
	Lien d'attachement avec ses parents	<p><u>Différence nourrisson/enfant :</u> <i>« La relation aux parents ! Le parent il est en fusion avec son nourrisson, donc c'est un ensemble » (l. 171-172)</i> <i>« Ils ont pas encore coupé le cordon tu vois ce que je veux dire, l'enfant il vit par ses parents. Les grands, vers 7-8 ans, ils sont scolarisés, ils ont une vie sociale, ils ont des copains, des copines... Le lien n'est pas du tout... enfin, c'est pas le même, c'est différent » (l. 172-175)</i></p>

		<i>« Il y a très peu de bébés tous seuls ! L'attachement est plus fusionnel avec les nourrissons c'est sûr » (l. 180-181)</i>
Les parents	Rôle parental	
	Lien d'attachement avec l'enfant	
	Historique des droits du parent à l'hôpital	<i>« Alors il y a des années en arrière, les parents ne restaient pas forcément, on ne leur laissait pas la place de rester. Maintenant c'est le contraire, trente ans après, ce n'est pas inacceptable mais pour certaines personnes c'est inacceptable que les parents ne restent pas » (l. 40-42) « Après il y a la charte de l'enfant hospitalisé de toute façon qui a été créée aussi, qui n'existait pas il y a quelques années en arrière » (l. 43-45)</i>
	Proximologie Place du parent dans le soin (versant positif)	<i>« Après voilà on n'a pas à faire à des adultes mais à des enfants donc forcément les parents sont présents. Donc on travaille avec les parents toujours. On est obligé, enfin... Oui c'est partie intégrante, on ne prend pas en charge juste un patient, on prend sa famille en charge en même temps » (l. 45-48) « On est en contact permanent avec les parents, donc tu peux pas soigner que le bébé tout seul c'est pas possible » (l. 145-147) <u>Mère/père :</u> <i>« Donc en plus, nous on a à faire à des nourrissons donc le lien mère-enfant est important » (l. 49-50) « Donc on a essentiellement des mamans qui restent, on a des papas mais essentiellement des mamans. En chirurgie c'est un peu différent, bien que quand même il y a plus de mamans qui restent que de papas, mais on a un peu plus de papas chez les enfants plus âgés quand même. Chez les nourrissons ce sont essentiellement les mamans qui restent » (l. 50-54) « Elles font partie intégrante du soin » (l. 54)</i></i>
Place du parent dans le soin (versant négatif)	<i>« Mais il y a une façon d'amener les choses aussi, et puis il y a des façons de... en fonction des parents, de faire en sorte qu'ils n'accompagnent pas leur enfant si on sent que ce n'est pas bénéfique pour l'enfant » (l. 68-70) <u>Transfert des émotions :</u> <i>« Il y a certains parents je me dis, pour la prise de sang, ça va être plus compliqué avec eux parce que le petit va être stressé, les parents vont être angoissés et ça ne va pas forcément bien se passer, et en fonction la façon d'amener les parents et les enfants en salle de soins n'est pas la même » (l. 71-74) « Pour certaines mamans, c'est stressant et anxiogène pour</i></i>	

	<p><i>leur enfant qu'elles soient présentes » (l. 83-84)</i></p> <p><i>« Ils transmettent leur angoisse à leur enfant » (l. 97)</i></p> <p><i>« Les bébés ce sont des éponges, si la maman est anxieuse, inquiète... [...] les plus grands c'est un petit peu différent, mais les bébés oui » (l. 116-119)</i></p>
Limites dans le soin	<p><u>Soins stériles :</u></p> <p><i>« Alors à part la ponction lombaire que l'on fait sans les parents, le reste non on le fait avec, ou alors certains gros pansements qu'on fait sans les parents, mais c'est rare » (l. 90-91)</i></p> <p><u>Gestes douloureux // transfert des émotions :</u></p> <p><i>« C'est parce que l'enfant fait des soins sous le masque sous l'Entonox® avec le Méopa®, donc l'enfant ne se souvient pas du geste douloureux, que les parents dans la salle eux voient ; surtout sur des gros trucs comme des brûlures ou des choses comme ça ; où c'est douloureux et c'est pas beau à voir, ils sont impressionnés, l'enfant ne se laisse pas forcément faire et eux ils ont le souvenir du soin douloureux. Ils transmettent leur angoisse à leur enfant, qui lui à la limite l'a bien vécu, parce qu'il était un peu dans les vapes, on fait la... » (l. 93-98)</i></p> <p><i>« L'enfant n'a pas le souvenir du soin, que le parent oui, donc pour certains soins de chirurgie on fait sortir les parents des salles pansements, et le chirurgien les fait sortir de toute façon, il leur laisse pas le choix » (l. 101-103)</i></p> <p><i>« Donc il y a certains soins où on fait sortir les parents de toute façon, en chirurgie, on leur laisse pas le choix » (l. 109-110)</i></p>
Émotions face à l'hospitalisation de leur enfant	<p><u>Anxiété/angoisse :</u></p> <p><i>« Pour certaines mamans, c'est stressant et anxiogène pour leur enfant qu'elles soient présentes. Vaut mieux qu'elles soient là pour rassurer après faire le câlin, après le soin, et qu'elles de leur côté aient pris un peu l'air, ou fumer leur cigarette... que d'être présentes, de stresser tout le monde, d'être angoissées... » (l. 83-86)</i></p> <p><u>Difficultés en fonction du vécu :</u></p> <p><i>« Après il y a des mamans qui sont en grande difficulté, en grande souffrance » (l. 121-122)</i></p> <p><i>« Et on se dit comment ça se fait qu'elles soient aussi angoissées et dans l'histoire tu... 'ah beh il y a un enfant qui est décédé nouveau-né', ou 'il y a un enfant qui est décédé de ça', ou 'on a perdu un enfant, ou un frère ou une sœur', ou... des choses qui la ramènent... ou elle a perdu son papa récemment et du coup les hôpitaux c'est compliqué, ça l'angoisse » (l. 138-142)</i></p> <p><i>« Pour le même âge, pour une même pathologie, chaque parent va pas réagir pareil, ça dépend de leur vécu aussi.</i></p>

C'est ce que je disais par rapport à des parents qui ont perdu des enfants ou autre, ou par rapport à une intervention chirurgicale les parents sont zens, accompagnent même pas l'enfant des fois [...] Et tu en as d'autres qui sont supers stressés, qui vont jusqu'aux portes du bloc [...] Voilà, en fonction du vécu de chacun, pour une même situation on a pleins de comportements différents » (l. 213-221)

Souvenir du geste douloureux et transfert d'émotions :

« C'est parce que l'enfant fait des soins sous le masque sous l'Entonox® avec le Méopa®, donc l'enfant ne se souvient pas du geste douloureux, que les parents dans la salle eux voient ; surtout sur des gros trucs comme des brûlures ou des choses comme ça ; où c'est douloureux et c'est pas beau à voir, ils sont impressionnés, l'enfant ne se laisse pas forcément faire et eux ils ont le souvenir du soin douloureux. Ils transmettent leur angoisse à leur enfant, qui lui à la limite l'a bien vécu, parce qu'il était un peu dans les vapes, on fait la... » (l. 93-98)

« Que le parent qui est présent, lui il est avec son enfant qui... beh il voit les soins, les plaies et c'est difficile pour lui après parce qu'il a ça en tête, alors que l'enfant se souvient même pas quoi » (l. 107-109)

Réactions face à la limite d'information :

« Donc là c'est pas facile parce qu'on peut pas les rassurer, on peut expliquer les traitements, expliquer les choses, mais on ne peut pas se projeter dans l'avenir. Donc ça c'est pas facile pour eux de l'entendre c'est sûr » (l. 242-245)

Difficultés à gérer le lien hôpital/maison :

« Tu as toujours des mamans qui, de toute façon, sont partagées entre ceux qui sont à la maison, celui qui est à l'hôpital qui a besoin » (l. 281-282)

« Maman elle, elle est ici mais elle va penser à la fois à ceux qui sont là bas. Et puis il y a tout ce qui a à faire à la maison, tout gérer... C'est ça la différence » (l. 287-289)

« Alors les papas sont tout aussi investis maintenant avec leur enfant, ceux qui restent, après ils le vivent différemment, c'est pas qu'ils sont plus détachés mais c'est que l'affect est moins, comment dire... envahissant dans le sens où maman elle est à la maison avec les autres moi je suis là avec lui et puis voilà quoi » (l. 283-287)

« Après voilà, quand il y a des fratries c'est pas toujours simple pour le parent de rester à l'hôpital » (l. 300-301)

« Les enfants qui ont des fractures du fémur ils restent trois semaines hospitalisés avec la jambe en traction avant qu'on ne les plâtre. C'est 3 semaines donc il faut organiser la vie de famille pendant 3 semaines, donc ça c'est compliqué

	<p><i>aussi, quand c'est 2-3 jours ou semaine ça va, mais 3 semaines c'est long. Ça aussi, il y a tout le 'à côté', il y a pas que l'enfant avec son père et sa mère, il y a aussi le reste de la famille, les frères et sœurs quoi » (l. 301-306)</i></p> <p><i>« Après la prise en charge ça a beaucoup évolué quand même dans les années là. Parce que je vois, bon on limite les frères et sœurs, mais des frères et sœurs rentrent, qui avant ne rentraient pas » (l. 270-272)</i></p> <p><i>« Donc ça aussi ça permet aux familles de s'organiser, parce que si on a qu'un enfant et qu'il est hospitalisé ça va, mais quand y en a d'autres avant ben c'est pas simple » (l. 273-275)</i></p>
<p>Besoins lors de l'hospitalisation de leur enfant</p>	<p><u>Lien mère/enfant :</u></p> <p><i>« Donc en plus, nous on a à faire à des nourrissons donc le lien mère-enfant est important » (l. 49-50)</i></p> <p><u>Accompagnement :</u></p> <p><i>« Il y a une façon de dédramatiser, d'essayer... d'expliquer les choses et de rassurer. Après il y a des mamans qui sont en grande difficulté, en grande souffrance, on a la psychologue aussi. Alors on le propose, on n'impose jamais [...] mais à certaines mamans on dit ce serait bien qu'elles puissent parler avec quelqu'un. Alors soit c'est nous, en fonction de comment se présentent les choses, soit on peut introduire la psychologue » (l. 120-125)</i></p> <p><i>« On peut aider, on peut accompagner, rassurer mais des fois pas rassurer, des fois on peut pas, parce qu'on sait pas » (l. 221-222)</i></p> <p><i>Des fois : « On peut pas répondre à leurs questions, à leurs angoisses, on peut essayer d'accompagner au mieux » (l. 229-230)</i></p> <p><u>Discussion et écoute :</u></p> <p><i>« Mais à certaines mamans on dit ce serait bien qu'elles puissent parler avec quelqu'un. Alors soit c'est nous, en fonction de comment se présentent les choses, soit on peut introduire la psychologue » (l. 123-125)</i></p> <p><i>« Après il y a des fois on est surpris parce qu'on ne s'y attend pas du tout, on parle de choses et d'autres et la maman des fois se confie... Ça peut être aussi des informations qui elle la soulagent mais qui nous aident aussi à comprendre pourquoi l'enfant est comme ça, ou pourquoi elle vit ça, l'hospitalisation très difficilement ou... Là on a des mamans qui sont angoissées, qui sont pas bien » (l. 133-137)</i></p> <p><i>« Ça des fois on l'a en discutant de choses et d'autres, et de... Et il y a de l'écoute hein c'est sûr que... » (l. 142-143)</i></p> <p><i>« Et puis en faisant les liens et les liens, ça aboutit après à un suivi » (l. 152-153)</i></p>

		<p>« Et du coup il y a tout un suivi, une prise en charge maternelle et mère-enfant, aussi les deux, avec le papa mais c'est souvent mère-enfant. Et en extérieur il y a un suivi qui est mis en route et on débloque des situations comme ça » (l. 155-158)</p> <p><u>Limites à l'information :</u> « On ne peut pas apporter de réponse. Donc c'est pas toujours facile, puis des fois il faut pas trop s'avancer parce qu'on ne sait pas non plus » (l. 232-234) « Des fois on sait pas, c'est pas qu'on veut pas leur dire c'est qu'on ne sait pas » (l. 238) « Donc là c'est pas facile parce qu'on peut pas les rassurer, on peut expliquer les traitements, expliquer les choses, mais on ne peut pas se projeter dans l'avenir. Donc ça c'est pas facile pour eux de l'entendre c'est sûr » (l. 242-245)</p> <p><u>Relais et repos :</u> « Permettre aussi à la maman de se dire ben je passe le relais à une tata, une mamie, et moi je rentre un peu souffler à la maison, voir les autres, dire que l'enfant n'est pas tout seul ici » (l. 278-280) « Parce qu'il faut qu'ils prennent aussi du temps pour eux, parce que quand l'enfant va aller mieux, ils vont être fatigués et c'est là qu'il faudra qu'ils soient en forme quoi » (l. 309-311)</p> <p><u>Fratricie :</u> « On limite les frères et sœurs, mais des frères et sœurs rentrent, qui avant ne rentraient pas » (l. 271-272) « Donc ça aussi ça permet aux familles de s'organiser, parce que si on a qu'un enfant et qu'il est hospitalisé ça va, mais quand y en a d'autres avant ben c'est pas simple » (l. 273-275)</p>
<p>Le soignant</p>	<p>Comportements face aux parents</p>	<p><u>S'adapter aux parents :</u> « Mais il y a une façon d'amener les choses aussi, et puis il y a des façons de... en fonction des parents, de faire en sorte qu'ils n'accompagnent pas leur enfant si on sent que ce n'est pas bénéfique pour l'enfant » (l. 68-70) « Il y a certains parents je me dis, pour la prise de sang, ça va être plus compliqué avec eux parce que le petit va être stressé, les parents vont être angoissés et ça ne va pas forcément bien se passer, et en fonction la façon d'amener les parents et les enfants en salle de soins n'est pas la même » (l. 71-74) « Il y a des fois [...] c'est pas que je dis aux parents de ne pas venir, c'est que ... 'oh ben si vous voulez profiter, je suis avec votre petit, on fait le soin, on vous le ramène, puis aller prendre une douche comme ça, ça vous fera du bien,</p>

	<p><i>comme ça quand vous revenez vous serez disponibles pour votre petit'. [...] En fonction des parents » (l. 76-82)</i></p> <p><i>« Il y a des parents... on les a plusieurs jours aussi de suite, on les connaît. Pour certaines mamans, c'est stressant et anxiogène pour leur enfant qu'elles soient présentes. Vaut mieux qu'elles soient là pour rassurer après faire le câlin, après le soin, et qu'elles de leur côté aient pris un peu l'air, ou fumer leur cigarette... que d'être présentes, de stresser tout le monde, d'être angoissées... » (l. 82-86)</i></p> <p><i>« Après si les parents disent 'oh non non moi je viens', ils viennent, façon on ne peut pas ne pas les accepter, on peut pas dire ben non je ne pique pas avec les parents dans la salle, ça c'est pas possible » (l. 86-88)</i></p> <p><u>Accompagnement/écoute :</u></p> <p><i>« Il y a une façon de dédramatiser, d'essayer... d'expliquer les choses et de rassurer. Après il y a des mamans qui sont en grande difficulté, en grande souffrance, on a la psychologue aussi. Alors on le propose, on n'impose jamais » (l. 120-122)</i></p> <p><i>« Mais à certaines mamans on dit ce serait bien qu'elles puissent parler avec quelqu'un. Alors soit c'est nous, en fonction de comment se présentent les choses, soit on peut introduire la psychologue » (l. 123-125)</i></p> <p><i>« Après il y a des fois on est surpris parce qu'on ne s'y attend pas du tout, on parle de choses et d'autres et la maman des fois se confie... Ça peut être aussi des informations qui elle la soulagent mais qui nous aident aussi à comprendre pourquoi l'enfant est comme ça, ou pourquoi elle vit ça, l'hospitalisation très difficilement ou... Là on a des mamans qui sont angoissées, qui sont pas bien » (l. 133-137)</i></p> <p><i>« Et on se dit comment ça se fait qu'elles soient aussi angoissées et dans l'histoire tu... 'ah beh il y a un enfant qui est décédé nouveau-né', ou 'il y a un enfant qui est décédé de ça', ou 'on a perdu un enfant, ou un frère ou une sœur', ou... des choses qui la ramènent... ou elle a perdu son papa récemment et du coup les hôpitaux c'est compliqué, ça l'angoisse » (l. 138-142)</i></p> <p><i>« Ça des fois on l'a en discutant de choses et d'autres, et de... Et il y a de l'écoute hein c'est sûr que... » (l. 142-143)</i></p> <p><i>« On est en contact permanent avec les parents, donc tu peux pas soigner que le bébé tout seul c'est pas possible. Du coup la façon dont nous on est et comment on va agir et s'adresser aux gens, ils se confient plus ou moins facilement. Ou il y a des gens qui sont pas du tout expressifs et qui veulent pas, mais il y en a qui facilement discutent et se confient et ça peut débloquent certaines situations des fois » (l. 145-150)</i></p> <p><i>« Et puis en faisant les liens et les liens, ça aboutit après à</i></p>
--	--

	<p><i>un suivi » (l. 152-153)</i></p> <p><i>« Et du coup il y a tout un suivi, une prise en charge maternelle et mère-enfant, aussi les deux, avec le papa mais c'est souvent mère-enfant. Et en extérieur il y a un suivi qui est mis en route et on débloque des situations comme ça » (l. 155-158)</i></p> <p><i>« On peut aider, on peut accompagner, rassurer mais des fois pas rassurer, des fois on peut pas, parce qu'on sait pas » (l. 221-222)</i></p> <p><i>Des fois : « On peut pas répondre à leurs questions, à leurs angoisses, on peut essayer d'accompagner au mieux » (l. 229-230)</i></p> <p><u>Informations :</u></p> <p><i>« On installe l'enfant, on accueille les parents parce que c'est indissociable. On explique donc les soins que l'on va faire à l'enfant et ensuite on explique le fonctionnement du service pour les parents et l'enfant [...] les horaires de visites, passage et visite du pédiatre, les soins prévus pour leur enfant » (l. 20-25)</i></p> <p><i>« On amène beaucoup de choses sur le ton de la plaisanterie, la dérision, ça passe très très bien » (l. 296-297)</i></p> <p><u>Limite à l'information :</u></p> <p><i>Des fois : « On peut pas répondre à leurs questions, à leurs angoisses, on peut essayer d'accompagner au mieux » (l. 229-230)</i></p> <p><i>« On ne peut pas apporter de réponse. Donc c'est pas toujours facile, puis des fois il faut pas trop s'avancer parce qu'on ne sait pas non plus » (l. 232-234)</i></p> <p><i>« Des fois on sait pas, c'est pas qu'on veut pas leur dire c'est qu'on ne sait pas » (l. 238)</i></p> <p><i>« Donc là c'est pas facile parce qu'on peut pas les rassurer, on peut expliquer les traitements, expliquer les choses, mais on ne peut pas se projeter dans l'avenir. Donc ça c'est pas facile pour eux de l'entendre c'est sûr » (l. 242-245)</i></p> <p><i>« Et c'est là le juste milieu entre reconforter/rassurer et puis ne pas non plus aller trop loin, parce qu'on sait pas » (l. 252-253)</i></p> <p><i>« Donc c'est le juste milieu entre 'j'ai une information, je sais' mais qu'en faire... Puis c'est pas forcément bon que le parent sache plus, des fois c'est pas la peine, des fois on peut se tromper, on peut se dire 'olala c'est la cata', puis pas du tout, ou inversement même. Donc il faut savoir rester à sa place aussi et voilà, reconforter, rassurer mais on ne peut pas raconter n'importe quoi non plus » (l. 255-259)</i></p> <p><i>« Ça c'est vrai pour tout, tout patient je dirai, avec la différence que ce sont des parents avec des petits, donc il y</i></p>
--	---

	<p><i>a quand même tout un... ils se projettent dans l'avenir, dans le futur » (l. 259-261)</i></p> <p><u>PEC parents et fratrie :</u> <i>« Il y a tout le 'à côté', il y a pas que l'enfant avec son père et sa mère, il y a aussi le reste de la famille, les frères et sœurs quoi. Donc ça on prend en charge, enfin on prend, c'est pas qu'on prend en charge, mais c'est que voilà, on inclus quand même le reste de la famille » (l. 305-307)</i></p> <p><u>Bienveillance :</u> <i>« Et les parents on est bienveillant, donc 'allez vous reposer, il est là toute façon, vous pouvez partir une heure ou deux, on est là on s'en occupe, faites ce que vous avez à faire' » (l. 308-309)</i> <i>« On a ce côté un peu, de toute façon comme tout soignant, un peu saint-bernard je dirai. Mais peut-être un peu plus en pédiatrie » (l. 319-321)</i></p> <p><u>Papa :</u> <i>« Après on arrive à faire pleins de choses avec les papas aussi » (l. 289-290)</i> <i>« Alors ça nous aide quand on a des élèves masculins ou des internes, 'vous voyez il le fait, il va vous montrer' » (l. 292-293)</i> <i>« On amène beaucoup de choses sur le ton de la plaisanterie, la dérision, ça passe très très bien » (l. 296-297)</i></p>
<p>Comportements face à l'enfant</p>	<p><u>Accueil:</u> <i>« On installe l'enfant, on accueille les parents parce que c'est indissociable. On explique donc les soins que l'on va faire à l'enfant et ensuite on explique le fonctionnement du service pour les parents et l'enfant [...] les horaires de visites, passage et visite du pédiatre, les soins prévus pour leur enfant » (l. 20-25)</i> <i>« Après du côté chirurgical pour les enfants plus grands, la démarche d'accueil est un peu la même sauf que du coup c'est côté chirurgical donc potentiellement il y a une intervention » (l. 29-31)</i> <i>« L'accueil n'est pas tout à fait le même, l'angoisse n'est pas la même, l'âge et la tranche d'âge n'est pas la même non plus » (l. 35-36)</i></p> <p><u>Dans les soins douloureux :</u> <i>« On parle à l'enfant, il s'évade, il part... » (l. 100-101)</i> <i>« On fait l'hypnose en même temps que le masque, l'Entonox®, on les amène hop dans une histoire et ils ont pas du tout souvenir des soins douloureux ou de ce qu'on a fait » (l. 105-107)</i></p>

	<p><u>Différence de PEC entre nourrissons et grands enfants :</u> <i>« La relation aux parents ! Le parent il est en fusion avec son nourrisson, donc c'est un ensemble » (l. 171-172)</i> <i>« Il y a très peu de bébés tous seuls ! L'attachement est plus fusionnel avec les nourrissons c'est sûr » (l. 180-181)</i> <i>« Ils ont pas encore coupé le cordon tu vois ce que je veux dire, l'enfant il vit par ses parents. Les grands, vers 7-8 ans, ils sont scolarisés, ils ont une vie sociale, ils ont des copains, des copines... Le lien n'est pas du tout... enfin, c'est pas le même, c'est différent » (l. 172-175)</i> <i>« On travaille... on explique aux parents mais on travaille aussi avec l'enfant, on parle directement à l'enfant. Un bébé, bon tu lui parles tu fais 'gouzou-gouzou' mais la relation elle passe beaucoup plus par le verbal avec les parents. Contrairement à l'enfant qui a une dizaine d'années, tu t'adresses à l'enfant » (l. 175-178)</i></p>
Émotions	<p><u>L'expérience fait le métier :</u> <i>« Après c'est un peu difficile quand on commence à travailler je pense, parce qu'on n'est pas habitué, parce qu'il y a le stress, on prend un bébé en charge, un tout petit et qu'on a le regard des parents. Ça c'est normal. Après je dirais que... ce n'est pas qu'on n'y fait pas attention mais on le vit différemment » (l. 54-58)</i> <i>« On a le regard des parents c'est sûr. On l'a toujours, 30 ans après, mais on le prend complètement différemment. Même si c'est un enfant difficile à piquer, même si on se dit ben ça ne va pas être facile, on peut ne pas réussir, mais les choses sont complètement différentes, on a beaucoup plus d'assurance et d'expérience, puis les parents le sentent aussi » (l. 61-65)</i></p> <p><u>Informations aux parents :</u> <i>« Si on ne sait pas c'est moins difficile que de le savoir et pas le leur dire » (l. 247)</i> <i>« Par contre certaines pathologies où tu sais que malheureusement ça va s'aggraver et que... tu vas pas leur dire 'ah bah ça va s'aggraver mes pauvres gens, et ça va être la catastrophe pour vous' » (l. 249-251)</i></p>
Besoins	<p><u>Discussions et écoute pour comprendre certaines choses :</u> <i>« Après il y a des fois on est surpris parce qu'on ne s'y attend pas du tout, on parle de choses et d'autres et la maman des fois se confie... Ça peut être aussi des informations qui elle la soulagent mais qui nous aident aussi à comprendre pourquoi l'enfant est comme ça, ou pourquoi elle vit ça, l'hospitalisation très difficilement ou... Là on a des mamans qui sont angoissées, qui sont pas bien » (l. 133-137)</i> <i>« Et on se dit comment ça se fait qu'elles soient aussi angoissées et dans l'histoire tu... 'ah beh il y a un enfant</i></p>

		<p>qui est décédé nouveau-né', ou 'il y a un enfant qui est décédé de ça', ou 'on a perdu un enfant, ou un frère ou une sœur', ou... des choses qui la ramènent... ou elle a perdu son papa récemment et du coup les hôpitaux c'est compliqué, ça l'angoisse » (l. 138-142)</p> <p>« Ça des fois on l'a en discutant de choses et d'autres, et de... Et il y a de l'écoute hein c'est sûr que... » (l. 142-143)</p>
Inattendus	Reconnaître le mal être de l'enfant	<p><u>Physique :</u></p> <p>« Nous avons des échelles de douleur. Après voilà il y a le comportement de l'enfant et les échelles douleur qui permettent de cibler certains traits de caractères : les traits du visage, en fonction de l'âge, la posture corporelle... » (l. 188-190)</p> <p>« Chez le grand on utilise plus les échelles de douleur où lui il peut montrer; les échelles de 0 à 1 ou des visages différents, l'EVA, ça il peut le faire. Après il y a toute la posture mais on se sert des échelles de douleur » (l. 190-193)</p> <p>« Bon après même sans échelle de douleur, un enfant prostré, en chien de fusil et qui se tient le ventre, tu penses bien qu'il est douloureux » (l. 193-194)</p> <p><u>Psychosocial :</u></p> <p>« C'est plus subtil on va dire. Mais c'est dans le ressenti aussi, la relation avec l'enfant [...] alors peut être plus chez les grands, et encore le bébé on le voit aussi » (l. 195-197)</p> <p>« Tu vois bien un enfant qui parle pas, qui est dans son coin, qui est prostré... Ou au contraire, il y a des enfants qui sont très ouverts et qui racontent pleins de choses, qui sont un peu dérangement des fois, tu te dis... ah, c'est un peu compliqué au niveau familial peut être par là » (l. 198-201)</p>
	Evolution de la prise en charge de l'enfant	<p><u>Présence de la fratrie :</u></p> <p>« La prise en charge ça a beaucoup évolué quand même dans les années là. Parce que je vois, bon on limite les frères et sœurs, mais des frères et sœurs rentrent, qui avant ne rentraient pas » (l. 270-272)</p> <p>« Donc ça aussi ça permet aux familles de s'organiser, parce que si on a qu'un enfant et qu'il est hospitalisé ça va, mais quand y en a d'autres avant ben c'est pas simple » (l. 273-275)</p> <p>« Il y a aussi la prise en charge de l'enfant qui est hospitalisé régulièrement ou souvent ou en période longue, qui fait qu'il y a des frères et sœurs qui forcément ben maman elle est pas là, elle reste avec l'enfant à l'hôpital, et qui sont un peu... c'est compliqué pour eux aussi » (l. 275-277)</p>

3. Entretien n°3 : Pédiatrie grands enfants

Thème	Sous-thème	Verbatims
L'enfant	Développement	
	Émotions face à l'hospitalisation	<p>« On est dans un milieu où du coup qui fait peur, il y a la maladie, il y a l'appareillage, le cathéter, il peut y avoir d'autres choses, il y a des pompes. C'est un milieu angoissant donc du coup bien sûr qu'il y a des moments qui sont difficiles pour eux » (l. 81-84)</p> <p>« Un enfant si on le sépare de ses parents il va être en insécurité » (l. 123-124)</p> <p>« Ils se sentent un peu perdus dans un lieu inconnu quand même, avec des personnes inconnues » (l. 165-166)</p>
	Besoins lors d'une hospitalisation	<p>« Il y a aussi une vie à l'hôpital c'est à dire qu'il y a une école avec une institutrice, il y a une salle de jeu » (l. 56-57)</p> <p>« Il y a les blouses roses qui viennent aussi, donc une association de bénévoles qui vient pour jouer avec les enfants » (l. 58-59)</p> <p>« Il y a les musiciens qui viennent également, qui passent une fois dans la semaine également pour divertir l'enfant » (l. 60-61)</p> <p>« Le fait qu'il soit à l'hôpital fait que tout de même la vie ne s'arrête pas et il faut qu'ils continuent à jouer, à se divertir et puis ça fait partie intégrante de leur développement donc on continue tout ça. Et pareil l'école, les inscrire dans une continuité des soins, c'est à dire aussi ne pas couper avec l'extérieur, donc pas couper avec l'école » (l. 61-65)</p>
	Lien d'attachement avec ses parents	
Les parents	Rôle parental	
	Lien d'attachement avec l'enfant	
	Historique des droits du parent à l'hôpital	
	Proximologie Place du parent dans le soin (versant positif)	<p>« Les parents on leur donne la possibilité de rester à l'hôpital, c'est un des deux parents qui peut rester dormir » (l. 38-39)</p> <p>« Les soins en général on demande aux parents s'ils veulent y assister ou pas, mais il y a aucune contre indication à ce que les parents n'y assistent pas, même des fois du coup on invite les parents à venir faire les soins, à participer aux soins, enfin à être présents en tout cas parce que ça rassure l'enfant » (l. 40-43)</p>

		<p>« Les parents font partie intégrante de la vie de l'enfant, donc le parent ne doit pas être mis à part » (l. 120-121)</p> <p>« Alors c'est sûr que du coup chez les enfants et encore plus les bébés on parle de lien mère-enfant et du coup, nous on essaye au maximum de préserver ce lien là aussi avec les parents parce que... bah ils font partie intégrante de leur vie, ça le sécurise en fait » (l. 124-127)</p> <p>« Dès que le parent veut venir, même le deuxième parent si il veut arriver très tôt le matin il y a aucun problème il arrive tôt le matin, il veut participer aux soins, il veut être là pour le soin, il participe et est là pour le soin » (l. 129-132)</p> <p>« Je pense que c'est important, c'est pour la sécurité de l'enfant donc du coup ça les apaise aussi quand ils ont leurs parents. Donc on essaye de préserver au maximum ça par pleins de petites actions en fait qu'on fait au quotidien » (l. 132-134)</p> <p>« Et justement lorsque les parents partent et que les enfants sont petits, souvent on préfère que les parents soient là, c'est à dire on le rappelle aussi, que du coup l'enfant est hospitalisé, qu'il a besoin de ses parents. On leur laisse leur rôle de parent. Nous on a notre rôle de soignants, on leur laisse leur rôle de parents, donc c'est important qu'ils soient là » (l. 137-141)</p> <p>« Moi je pense qu'on peut tout à fait travailler avec les parents, il faut juste s'adapter en fonction de la famille » (l. 144-145)</p> <p>« Après c'est rare quand même que les parents ne restent pas... Ou bien il y a une figure, euh... comment dire... des grands parents ou des personnes de confiance qui restent » (l. 171-172)</p> <p>« Nous ce sera jamais une demande vraiment de notre part de demander aux parents de partir, à part dans les cas particuliers qu'on a dit avant » (l. 179-181)</p>
	<p>Place du parent dans le soin (versant négatif)</p>	<p>« Ça arrive des fois quand les ados ils viennent pour des troubles du comportement, où du coup la présence du parent est invasive pour l'enfant est qui entraîne des conséquences, des répercussions au niveau psychologique pour l'enfant » (l. 154-156)</p>
	<p>Limites dans le soin</p>	<p>« Alors la limite ça va être oui si par exemple on doit faire un geste invasif chez leur enfant, au niveau de l'hygiène c'est pas possible qu'ils restent dans la pièce par exemple » (l. 145-147)</p> <p>« Si le parent va être délétère pour l'enfant mais dans des situations de maltraitance ou de choses comme ça » (l. 151-152)</p> <p>« Si il y a une décision de justice qui doit protéger l'enfant, oui ça oui. [Silence] Ou une décision médicale » (l. 153-154)</p>

		<p>« Ça arrive des fois quand les ados ils viennent pour des troubles du comportement, où du coup la présence du parent est invasive pour l'enfant est qui entraîne des conséquences, des répercussions au niveau psychologique pour l'enfant, où le médecin demande, entre guillemets, un isolement c'est à dire que l'enfant soit coupé de sa famille pour un temps pendant l'hospitalisation, mais ça c'est une décision médicale » (l. 154-158)</p> <p>« Des fois ça arrive que ce soit l'ado qui disent 'bon maman tu pars' » (l. 177)</p>
	Émotions face à l'hospitalisation de leur enfant	
	Besoins lors de l'hospitalisation de leur enfant	<p>« Après voilà c'est très important d'être présent au niveau de l'enfant, de sa famille, de répondre à des questions, de les informer sur les soins qu'ils vont avoir, les informer sur les examens qu'ils vont avoir » (l. 51-53)</p> <p>« D'être présent quand ils en ont besoin, donc on est là aussi pour les rassurer... Surtout les informer aussi beaucoup c'est important, qu'ils soient bien informés de ce qu'on va faire » (l. 53-55)</p> <p>« Ils essayent toujours de palier avec une personne de confiance en fait qui vient, les grands parents... » (l. 174-176)</p>
Le soignant	Comportements face à la présence des parents	<p>« L'accueil c'est un temps très important où du coup c'est important de dédramatiser un peu l'hospitalisation » (l. 43-45)</p> <p>« Après voilà c'est très important d'être présent au niveau de l'enfant, de sa famille, de répondre à des questions, de les informer sur les soins qu'ils vont avoir, les informer sur les examens qu'ils vont avoir » (l. 51-53)</p> <p>« D'être présent quand ils en ont besoin, donc on est là aussi pour les rassurer... Surtout les informer aussi beaucoup c'est important, qu'ils soient bien informés de ce qu'on va faire » (l. 53-55)</p> <p>« Et justement lorsque les parents partent et que les enfants sont petits, souvent on préfère que les parents soient là, c'est à dire on le rappelle aussi, que du coup l'enfant est hospitalisé, qu'il a besoin de ses parents. On leur laisse leur rôle de parent. Nous on a notre rôle de soignants, on leur laisse leur rôle de parents, donc c'est important qu'ils soient là » (l. 137-141)</p>
	Comportements face à l'enfant	<p><u>Accueil</u>: « On oriente l'enfant vers sa chambre, on lui présente sa chambre, après on va faire l'entrée administrative » (l. 18-19)</p> <p>« Après voilà c'est très important d'être présent au niveau de l'enfant, de sa famille, de répondre à des questions, de</p>

	<p><i>les informer sur les soins qu'ils vont avoir; les informer sur les examens qu'ils vont avoir » (l. 51-53)</i></p> <p><i>« D'être présent quand ils en ont besoin, donc on est là aussi pour les rassurer... Surtout les informer aussi beaucoup c'est important, qu'ils soient bien informés de ce qu'on va faire » (l. 53-55)</i></p> <p><i>« Il faut s'adapter en fonction de l'enfant » (l. 47)</i></p> <p><i>« Il faut toujours s'adapter en fonction de l'âge de l'enfant, on s'adapte même en fonction de l'enfant en fait puisqu'il y a toujours une individualité. C'est à dire on voit aussi la personnalité des parents, l'émotion, à quel stade ils sont de la maladie, est ce que c'est, voilà, une maladie chronique qui se met en place, est ce que c'est une maladie aiguë ou ils viennent juste ponctuellement... » (l. 97-101)</i></p> <p><i>« On est en permanence en train d'observer et d'évaluer où en est l'enfant et son parent pour pouvoir adapter nos soins » (l. 101-103)</i></p> <p><i>« Donc c'est avoir une observation, un peu au fur et à mesure des années un peu experte, où on va adapter nos actions en fonction de comment est l'enfant et bien sûr en fonction de l'âge parce qu'on a pas du tout le même discours » (l. 105-108)</i></p> <p><i>« On adapte aussi les gestes qui sont différents » (l. 109)</i></p> <p><i>« Il faut bien comprendre l'adolescent et puis aussi s'intéresser à lui, à son histoire, à sa vie, à ce qu'il fait... Enfin l'ado ou l'enfant hein, pour pouvoir aussi rentrer en contact avec eux, surtout les adolescents puisque des fois c'est compliqué, des fois ils sont fermés » (l. 111-114)</i></p> <p><i>« Ça s'appelle la singularité de chaque personne, chaque personne est différente et le travail c'est de s'adapter à chaque situation » (l. 116-117)</i></p> <p><i>« On est là pour prendre soin d'eux et essayer de faire que ce moment ne soit pas traumatisant dans une vie, dans une étape particulière de leur vie en tout cas, qui peut être difficile » (l. 194-196)</i></p> <p><u>Face aux situations complexes :</u></p> <p><i>« Le tout c'est toujours appréhender le soin, c'est à dire prévenir l'enfant, prévenir sa famille, mettre tous les dispositifs en place avant le soin pour pouvoir faire le soin dans de bonnes conditions » (l. 86-88)</i></p> <p><i>« Il y a des systèmes de distraction aussi, on a des tablettes » (l. 89)</i></p> <p><i>« On est aussi formé sur la distraction, on fait des formations sur l'hypnose également, donc pour essayer que le soin se passe au mieux » (l. 91-92)</i></p> <p><i>« On essaie quand même de toujours mettre tout en place</i></p>
--	---

		<p><i>pour que le soin se passe bien et que la peur du coup soit diminuée » (l. 93-94)</i></p> <p><i>« Même si le parent ne reste pas, beh si l'enfant à envie d'appeler ses parents beh on lui donne le téléphone » (l. 128-129)</i></p>
	Émotions	
	Besoins	<i>« Il faut déjà bien comprendre l'enfant et son parent, parce que chaque enfant est différent. Tu peux avoir deux enfants du même âge qui réagiront complètement différemment » (l. 103-105)</i>
Inattendus	Vie a l'hôpital	<p><i>« Il y a aussi une vie à l'hôpital c'est à dire qu'il y a une école avec une institutrice, il y a une salle de jeu » (l. 56-57)</i></p> <p><i>« Il y a les blouses roses qui viennent aussi, donc une association de bénévoles qui vient pour jouer avec les enfants » (l. 58-59)</i></p> <p><i>« Il y a les musiciens qui viennent également, qui passent une fois dans la semaine également pour divertir l'enfant » (l. 60-61)</i></p> <p><i>« Le fait qu'il soit à l'hôpital fait que tout de même la vie ne s'arrête pas et il faut qu'ils continuent à jouer, à se divertir et puis ça fait partie intégrante de leur développement donc on continue tout ça. Et pareil l'école, les inscrire dans une continuité des soins, c'est à dire aussi ne pas couper avec l'extérieur, donc pas couper avec l'école » (l. 61-65)</i></p> <p><u>École à l'hôpital :</u></p> <p><i>« Il y a plusieurs enfants qui peuvent aller en classe donc elle s'adapte en fonction de l'âge » (l. 68-69)</i></p> <p><i>« Elle peut aussi aller en chambre quand les enfants du coup ne peuvent pas se déplacer, ça c'est important. Et du coup voilà elle s'adapte aussi à la pathologie » (l. 70-72)</i></p> <p><i>« On l'intègre dans les soins en fait et dans la prise en soin de l'enfant et de sa maladie » (l. 77-78)</i></p>
	Bénéfice du métier	<i>« C'est très enrichissant chaque jour, ils ont beaucoup à nous apprendre, les parents aussi ont beaucoup à nous apprendre sur leur partage, aussi le vécu » (l. 192-194)</i>

4. Entretien n°4 : Pédiatrie nourrissons 2

Thème	Sous-thème	Verbatims
L'enfant	Développement	
	Émotions face à l'hospitalisation	<i>« Des fois ils arrivent, on commence à s'approcher, on est en blouse blanche et ça le fait pas du tout quoi, ils se mettent à hurler, à pleurer, on a beau essayer de parler ça ne marche pas » (l. 38-40)</i>

		<p>« Après, dans la plupart des cas quand même, quand tu rentres, tu te présentes, tu prends le temps, tu expliques ce que tu vas faire... L'enfant est relativement cohérent quand même hein » (l. 40-42)</p> <p>« Après chez les bébés c'est pas pareil non plus parce que selon si t'es à 8 mois en pleine angoisse de séparation, machin... forcément t'es une tête inconnue dans un lieu inconnu... c'est compliqué ! » (l. 42-44)</p> <p>« Après c'est plus ou moins compliqué mais je pense qu'à partir du moment où on se présente et qu'on rentre en douceur, qu'on arrive pas comme des brutes, ça se passe bien » (l. 44-46)</p> <p>« Je veux dire l'enfant forcément il est angoissé, il est dans un lieu qui connaît pas, on a beau lui expliquer ce qu'on va lui faire, c'est soit la première soit la deuxième fois qu'on va faire quelque chose et que c'est pas forcément un moment très agréable » (l. 64-67)</p> <p>« Il y a des moments... voilà, le petit va se mettre à pleurer parce que l'analgésie est pas suffisante pour la prise de sang ou la pose de cathéter, le petit va se mettre à pleurer quand on pique » (l. 73-75)</p> <p>« Il y a des moments qu'ils se mettent à pleurer, ils sont submergés par les émotions, par la situation, par l'angoisse... » (l. 75-77)</p> <p>« Ça dépend le vécu de chaque hospitalisation aussi parce qu'il y en a qui ont été hospitalisés plusieurs fois et pour qui ça c'est bien passé, entre guillemets, et du coup qui vont avoir un vécu positif de l'expérience, entre guillemets hein » (l. 126-128)</p> <p>« Et d'autres pour qui ça se sera mal passé et là c'est compliqué parce que du coup il y a accumulation de mauvais vécus et du coup toi tu arrives comme ça et tu rames un peu quoi, c'est un peu compliqué » (l. 129-131)</p> <p>« Après de manière générale il y en a pas beaucoup quand même qui sont re-hospitalisés de nombreuses fois... Après ça reste des enfants qui sont nés chroniques, donc qui ont des grosses pathologies qui nécessitent de... qui seront hospitalisés souvent pour toute leur vie donc en fait c'est pas la même chose... Voilà. Même les enfants sont différents par rapport à ça, ils ont une très très grande maturité, une vision du soin qui n'est pas du tout pas du tout la même » (l. 131-136)</p>
	Besoins lors d'une hospitalisation	
	Lien d'attachement avec ses parents	
Les parents	Rôle parental	

Lien d'attachement avec l'enfant	
Historique des droits du parent à l'hôpital	
Proximologie Place du parent dans le soin (versant positif)	<p><i>« Bon après la collaboration avec les parents c'est évidemment hyper important » (l. 59)</i></p> <p><i>« Après il y a des parents qui sont [...] aidants quoi en fait, qui vont être dans la relation avec l'enfant et qui vont savoir exactement, par exemple... qui vont pas avoir peur de déranger, parce qu'aussi on a des gens qui ont peur de déranger c'est à dire qu'ils vont pas s'introduire dans le soin de peur de déranger quoi » (l. 60-64)</i></p> <p><i>« Alors qu'en fait on a souvent, très souvent, besoin d'eux » (l. 64)</i></p> <p><i>« On a besoin que le parent soit là, lui explique aussi, ne serait-ce qu'une caresse sur la tête ou fin je veux dire... C'est hyper important quoi c'est primordial ! Et la coopération avec les parents et on travaille tous ensemble en fait hein, sur le soin à l'enfant » (l. 67-70)</i></p> <p><i>« Après sinon, moi les parents ils viennent à tous les soins » (l. 87-88)</i></p> <p><i>« Les parents moi je leur propose toujours, je leur dis vous voulez rester, vous voulez partir, c'est comme vous voulez » (l. 89-90)</i></p> <p><i>« Parce que justement ils peuvent être là et être très aidants pour le soin » (l. 91)</i></p> <p><i>« Pour eux c'est important aussi qu'ils se sentent acteurs dans la santé de leur enfant quoi » (l. 92-93)</i></p>
Place du parent dans le soin (versant négatif)	<p><i>« Et après il y a des parents avec qui c'est plus compliqué, après c'est pas un jugement hein c'est juste que par rapport à leur histoire de vie ou des choses qui peuvent être compliquées pour eux ils sont plus ou moins là quoi... Après c'est moins facile mais on fait avec aussi hein » (l. 70-73)</i></p> <p><i>« Même si des fois c'est pas forcément un mieux » (l. 91-92)</i></p> <p><i>« Parce qu'il y a des parents qui vont, pas consciemment hein c'est pas conscient, mais qui vont transmettre en fait leur angoisse à l'enfant » (l. 95-96)</i></p> <p><i>« Ou alors quand on va donner un médicament, je préviens, je dis c'est pas très très bon mais il faut que tu le prennes voilà... 'ah beh non mais il le prendra pas'. Aïe, ouais mais forcément si on part comme ça ça ne va pas le faire » (l. 100-102)</i></p> <p><i>« Ou alors c'est vrai aussi pour revenir sur les parents 'soit sage sinon elle te fait une piqûre'... Ouais ça c'est juste horrible ça parce que le jour où on a besoin de réellement</i></p>

		<p><i>lui faire une piqûre il va se dire 'mais attend j'ai pas été méchant' quoi, 'pourquoi elle me fait ça alors que j'ai pas été méchant'. Donc là c'est compliqué... Là c'est compliqué parce que du coup ils peuvent vivre ça comme une punition alors que c'en n'est pas une quoi » (l. 143-148)</i></p> <p><i>« Après c'est moins facile mais on fait avec aussi hein. Après on verbalise aussi » (l. 72-73)</i></p>
	Limites dans le soin	<p><i>« Alors après il y a des soins en stériles comme des ponctions lombaires, des choses comme ça, où on admet rarement les parents. Disons qu'on préfère le faire parce que c'est un soin qui a un fort risque sceptique » (l. 85-87)</i></p>
	Émotions face à l'hospitalisation de leur enfant	
	Besoins lors de l'hospitalisation de leur enfant	
Le soignant	Comportements face à la présence des parents	<p><i>« J'essaie d'expliquer un peu comment va se dérouler au moins les premiers temps » (l. 19-20)</i></p> <p><i>« Après c'est moins facile mais on fait avec aussi hein. Après on verbalise aussi » (l. 72-73)</i></p> <p><u>Présence négative du parent :</u></p> <p><i>« Après tout est dans la négociation et des fois un peu dans l'imposition... l'imposition de limites quoi. Mais bon c'est rare, c'est quand même rare, on arrive toujours plus ou moins, à négocier avec l'enfant et avec les parents aussi, en leur expliquant que voilà ça n'aide ni l'enfant ni nous en fait » (l. 104-107)</i></p> <p><u>Situations complexes avec l'enfant :</u></p> <p><i>« En premier lieu je délègue aux parents en fait justement, parce que c'est eux les détenteurs d'autorité parentale. Donc je me dis que si moi j'y arrive pas de mon côté c'est à eux de faire prendre conscience à leur enfant, ça reste leur enfant quoi en fait » (l. 113-115)</i></p> <p><i>« Dans un premier temps je délègue aux parents, après si je vois que les parents s'en sortent pas non plus je reprends la main et par contre là je... la règle c'est je fais sortir les parents et je vois ça tout seule avec l'enfant » (l. 116-118)</i></p> <p><i>« Beh en général si soignants et parents ça marche pas c'est vrai que moi je laisse parents tout seuls parce que je me dis qu'ils connaissent leur enfant et puis c'est à eux de gérer je veux dire, ils sont responsables quand même je veux dire donc bon voilà quoi » (l. 119-122)</i></p>
	Comportements face à l'enfant	<p><i>« On les accueille, on présente le service, au niveau hôtellerie j'ai envie de dire, organisation, visite médicale... » (l. 16-17)</i></p>

	<p>« Il faut savoir s'adapter à chaque personne mais c'est vrai que d'autant plus avec des enfants, notamment en fonction de leur âge parce qu'ils n'ont pas forcément les capacités cognitives qui permettent de... » (l. 140-142)</p> <p>« Après dépend aussi l'âge de l'enfant, je peux expliquer aussi à l'enfant ce qui va se passer, mais après notamment ici chez les nourrissons c'est vraiment les bébés donc bon après mise à part entrer en relation, se présenter, parce que ça reste quand même hyper important » (l. 20-23)</p> <p>« Beh après tout dépend de l'âge en fait de l'enfant. Quand c'est un grand qui a accès à la parole ou quoi c'est pas pareil, tu peux déjà essayer de communiquer avec lui » (l. 33-34)</p> <p>« Voilà déjà comme je dis à la base déjà il faut se présenter. Voilà moi je dis mon prénom systématiquement, je me mets à sa hauteur, j'essaye de lui expliquer un peu ce qui se passe, des fois c'est possible et des fois non en fonction de... beh l'état de l'enfant ou comment ça s'est passé aux urgences au niveau des soins » (l. 35-38)</p> <p>« Après c'est plus ou moins compliqué mais je pense qu'à partir du moment où on se présente et qu'on rentre en douceur, qu'on arrive pas comme des brutes, ça se passe bien » (l. 44-46)</p> <p>« C'est vrai que quand on fait un soin, beh c'est toujours pareil en fonction de la compréhension de l'enfant, on explique, enfin de toute façon... même là ce matin j'avais un bilan sang sur un bébé de 7 semaines, je lui ai dit on va faire la prise de sang. Même si pour lui ça représente rien de concret je pense, enfin en tout cas voilà, euh... pour moi c'est important qu'il sache voilà ce qu'on va lui faire... Alors où on va faire le soin, ou en tout cas pas forcément rentrer dans les détails, mais en tout cas lui dire qu'on va faire quelque chose sur lui. » (l. 46-52)</p> <p>« C'est important d'être honnête avec les enfants c'est à dire que si on sait qu'un soin risque d'être douloureux, il faut pouvoir leur dire » (l. 53-55)</p> <p>« C'est important quand même de les prévenir peu importe l'âge. Après comme je dis voilà il faut savoir s'adapter » (l. 57-58)</p> <p>« Et du coup c'est important aussi de verbaliser parce que des fois il y a des mamans qui se tournent et qui s'en vont en fait, et du coup qui partent du regard de l'enfant. Donc l'enfant ça l'angoisse encore plus, donc c'est important aussi de dire 'ben tu vois c'est difficile pour maman là aussi, donc maman part un peu, elle va revenir, elle est juste à côté, tu la vois pas mais elle est là'. Enfin c'est important, parce que ça fait partie aussi du soin quoi » (l. 77-82)</p> <p>« Ils n'ont pas forcément la capacité de comprendre, en</p>
--	--

		<p><i>tout cas pas de comprendre avec des mots, donc il faut que nous on essaye de trouver comment les atteindre pour pouvoir justement être dans cette relation de soin, de relation de confiance aussi » (l. 158-161)</i></p> <p><i>« Faut que l'enfant il soit avec nous bien quoi, pour qu'on puisse travailler ensemble quoi » (l. 167-168)</i></p>
	Émotions	
	Besoins	
Inattendus	Bénéfice du métier	<p><i>« Je trouve c'est enrichissant de travailler avec les enfants aussi, par leur diversité parce que voilà ils n'ont pas forcément la capacité de comprendre, en tout cas pas de comprendre avec des mots, donc il faut que nous on essaye de trouver comment les atteindre pour pouvoir justement être dans cette relation de soin, de relation de confiance aussi » (l. 157-161)</i></p> <p><i>« Et puis les enfants ils sont vrais, c'est à dire que voilà il n'y a pas de sous-entendu, il y a pas de 'je dis ça mais en fait je pense pas ça', voilà il a envie de dire un truc je dis un truc point barre quoi. Donc ils sont vrais, et du coup ça permet une authenticité dans la relation, et du coup à nous d'être au même niveau qu'eux quoi » (l. 161-165)</i></p>

ANNEXE VI : Analyse individuelle des entretiens

1. Entretien n°1 : Néonatalogie

Tout d'abord, concernant le développement de l'enfant, j'ai appris que dès le plus jeune âge les enfants avaient des spécificités de comportements et des habitudes propres à eux. Cela fait référence à mon cadre conceptuel sur les différents stades de développement de l'enfant de Piaget, Freud et Wallon. En effet, pour eux, les enfants acquièrent progressivement des comportements et des compétences bien précises au fur et à mesure de leur développement. Dans la prise en charge de l'enfant, la PDE 1 m'a alors indiqué qu'il est important qu'un professionnel de santé s'occupe d'un même enfant tout au long de son séjour afin de repérer ses spécificités et donc d'individualiser les soins. Cela le rassure d'autant plus, ainsi que ses parents. Pour la PDE 1, la communication est aussi essentielle dans la relation avec l'enfant dès le plus jeune âge, il faut savoir lui expliquer les choses dans un langage adapté, favoriser le contact mais également savoir imposer des limites, afin d'établir une relation de confiance. « *Le but c'est de s'adapter le plus possible à l'enfant, à son rythme autant qu'on peut, par rapport aux soins qui sont prescrits, en regroupant les soins...* » (l. 36-38).

Cette prise en charge, bien qu'optimale de nos jours, ne fut pas toujours ainsi, comme me l'a dit la PDE 1. En effet, à l'époque, la douleur de l'enfant n'était pas reconnue, tout comme son installation dans le lit ou la couveuse, et bien d'autres choses. « *Tu te rends compte que... quand moi j'ai commencé ici, donc il y a que 20 ans, il y a pas si longtemps que ça, la douleur de l'enfant n'était pas encore reconnue ! Je veux dire que le sucre doux on savait pas ce que c'était hein. Quand j'y penses maintenant je me dis que c'était pas possible !* » (l. 179-183). Les professionnels ne se posaient pas de questions et cela semblait être normal pour tous, comme a pu me le dire la PDE 1. C'est d'ailleurs ce que j'ai abordé dans mon cadre de référence, en effet, auparavant, Piaget (1936), Peiper (1963) et Gesell (1933), « *concevaient le nouveau-né comme un organisme biologique, immature, essentiellement doté de réponses réflexes et relativement insensibles à son environnement* » (cité par Corbetta D., 2002, p.21). Heureusement, au cours de ces dernières années la prise en charge de l'enfant s'est améliorée, notamment grâce à l'évolution des mentalités mais surtout des connaissances sur le développement de l'enfant, depuis la pédiatre et psychanalyste Françoise Dolto, selon la PDE 1. En effet, d'inspiration freudienne, F. Dolto a développé une théorie novatrice permettant d'accroître la compréhension de l'humain, notamment en mettant en avant les singularités du développement de l'enfant. Elle a alors révolutionné le rapport adulte-enfant en défendant l'idée selon laquelle l'enfant est égal à l'adulte. Cette théorie a ainsi permis d'améliorer la prise en charge de l'enfant à l'hôpital, dans lequel aujourd'hui, de nombreuses formations sont dispensées pour connaître au mieux les spécificités des enfants et adapter notre prise en charge. Les soins de développement font d'ailleurs partie des formations prodiguées comme a pu me l'expliquer la PDE 1. Ils permettent d'appréhender l'enfant dans sa globalité et ainsi de repérer, rien qu'en le regardant, ce qui ne va pas, « *et tu peux donc mettre une action en place plus rapidement* » (l. 214).

Par ailleurs, l'évolution de la prise en charge de l'enfant concerne aussi la présence des parents. En effet, il y a de nombreuses années ces derniers n'étaient pas présents dans les services qui accueillaient les enfants. « *Les parents ne rentraient pas du tout, on leur montrait leur enfant à travers une porte vitrée. Quand ils arrivaient les parents, ils sonnaient à la porte et les filles leur apportaient les berceaux derrière la porte* » (l. 95-97). Les enfants étaient alors séparés, dès leur admission à l'hôpital, de leur environnement habituel ainsi que

de leurs parents. Aujourd'hui, la présence des parents est indispensable, ils ont la possibilité de rester jours et nuits aux côtés de leur enfant, *« je pense que ça rentre dans les habitudes parce qu'il y a pleins d'émissions ou pleins de bouquins qui sortent et qui expliquent que le rôle des parents est essentiel dès la naissance »* (l. 105-107). Cette évolution a donc mené à une modification des pratiques professionnelles puisque, aujourd'hui, accueillir un enfant à l'hôpital implique d'y accueillir ses parents et de les impliquer dans la prise en charge.

Afin d'adapter notre posture professionnelle soignante et prendre en charge de manière optimale les enfants, les parents nous sont donc indispensables. Selon la PDE 1, il est essentiel de conserver leur rôle parental, en favorisant leur place au sein de la prise en charge de l'enfant, et en les faisant participer au maximum, autant au niveau des soins corporels que des tétées ou des câlins. *« C'est plus rassurant pour eux également, le fait de participer, je pense que ça diminue d'autant l'angoisse de la séparation quand ils doivent partir le soir »* (l. 41-43). De plus, *« il y a beaucoup de parents qui du fait que l'enfant est à l'hôpital, prennent du recul en se disant qu'ils sont pas compétents pour s'occuper de leur bébé parce qu'il est malade »* (l. 52-54). Afin de prévenir cela, les soignants doivent donc être attentifs aux parents, les rassurer, les faire participer, les informer sur l'état de santé de leur enfant et leur expliquer la prise en charge prévue, d'autant plus que *« les émotions des parents rejaillissent, enfin surtout les émotions de la maman rejaillissent beaucoup sur l'enfant »* (l. 141-142).

De plus, la présence des parents a de nombreux bienfaits sur l'enfant et son développement. Cela permet une meilleure évolution de leur santé et ils ont moins de problèmes : *« nous on s'en rend bien compte au niveau des enfants, que ceux qui ont leurs parents tout le temps, qui font du peau à peau toute la journée, ils ont moins de soucis de désaturation, de bradycardie, ils grossissent plus vite, ils mangent mieux. Enfin il y a tout à y gagner quoi ! »* (l. 108-111).

L'enfant a besoin de ses parents et ainsi *« notre premier rôle c'est de faire qu'ils soient là »* (l. 62-63). Leur présence permet à l'enfant de se sentir en sécurité et soutenu tout au long de sa prise en charge. Les parents deviennent alors des partenaires de soin au bénéfice d'une meilleure prise en charge thérapeutique, c'est ce que l'on appelle la proximologie.

A contrario, comme on pu me le dire d'autres PDE, la PDE 1 n'a pas mentionné le côté négatif de la présence des parents dans le soin. Nous pouvons donc supposer que pour elle la présence des parents est bénéfique en toute circonstance, bien qu'elle m'ait dit *« les émotions des parents rejaillissent, enfin surtout les émotions de la maman rejaillissent beaucoup sur l'enfant »* (l. 141-142). Au cours de l'entretien j'aurais pu rebondir sur cette phrase afin de développer les émotions pouvant être négatives dans le soin à l'enfant.

Enfin, bien que la PDE 1 n'ait pas développé ce point, elle a évoqué toutefois que dans certaines situations, les parents sont peu présents ou absents, et cela peut être traumatisant pour les enfants. En effet, il y a deux types de réactions de leur part : les bébés vont souvent être en retrait et ne jamais pleurer *« on a l'impression pour pas se rendre compte que les parents sont pas là »* (l. 85-86), et au contraire, les enfants plus grands vont beaucoup pleurer car ils ont l'habitude de la présence des parents. Ainsi, dans de telles situations, pour la PDE 1, les professionnels de santé vont parfois, inconsciemment, plus entourer l'enfant, afin de compenser cette absence.

2. Entretien n°2 : Pédiatrie nourrissons 1

Tout d'abord, la PDE 2 m'a expliqué que la prise en charge de l'enfant varie en fonction de son âge. Pour elle, cela est en lien avec deux éléments : sa capacité à communiquer et le lien d'attachement avec ses parents.

Premièrement concernant la communication, elle m'explique qu'avec un nourrisson, ne pouvant pas encore parler, la relation *« passe beaucoup plus par le verbal avec les parents »* (l. 177). A contrario, avec les jeunes enfants, ayant développé leur capacité de compréhension

et de communication, le soignant s'adressera non pas seulement aux parents mais également à l'enfant, dans un discours adapté.

Ensuite, pour la PDE 2, le lien d'attachement avec les parents diffère entre un nourrisson et un jeune enfant ou adolescent : « *Ils ont pas encore coupé le cordon tu vois ce que je veux dire, l'enfant il vit par ses parents. Les grands, vers 7-8 ans, ils sont scolarisés, ils ont une vie sociale, ils ont des copains, des copines... Le lien n'est pas du tout... enfin, c'est pas le même, c'est différent* » (l. 172-175). Le lien d'attachement est donc plus fusionnel avec les nourrissons qu'avec les jeunes enfants ou adolescents. John Bowlby, qui a théorisé l'attachement, évoque d'ailleurs que pour se développer normalement, le nouveau-né a besoin, dès les premières jours, d'établir avec l'adulte une relation stable, de confiance et sécuritaire, qui s'établit le plus souvent avec sa mère biologique ou la personne assurant régulièrement les soins de maternage, soit le « caregiver ». Cette personne devient rapidement pour l'enfant, une figure d'attachement et de sécurité durant toute sa vie. Il se rapprochera alors d'elle dès qu'il se sentira en insécurité, comme dans le cas d'une hospitalisation. Ainsi, il est important que les soignants impliquent le plus possible les parents à la prise en charge de l'enfant, et d'autant plus avec les nourrissons où « *le lien mère-enfant est important* » (l. 50).

Par la suite, la PDE 2 a abordé succinctement les émotions de l'enfant face à l'hospitalisation. Dans son service, pouvant accueillir des enfants pour une hospitalisation classique ou pour une chirurgie, elle m'a expliqué que l'angoisse et les inquiétudes n'étaient pas tout à fait les mêmes. En effet, la chirurgie peut entraîner une peur du bloc opératoire et l'angoisse de la séparation avec les parents, alors que l'hospitalisation classique peut engendrer d'autres angoisses en lien avec la maladie ou les soins techniques. C'est d'ailleurs ce qu'aborde Pascale Wanquet-Thibault dans l'un de ses ouvrages. Elle explique que dans le contexte d'une hospitalisation, cette situation nouvelle génère généralement de l'anxiété chez l'enfant, qui peut être majorée par celle de ses parents. L'enfant n'a plus ses repères habituels, se sent en insécurité et les soins prodigués peuvent être source de stress. P. Wanquet-Thibault explique également que l'enfant peut subir un traumatisme supplémentaire si un soin nécessite la séparation avec les parents.

Cependant, la PDE 2 rajoute que les émotions varient en fonction de la personne, en effet, « *pour un enfant qui a la même pathologie, en fonction des parents, il y en a qui sont supers angoissés et d'autres pas du tout* » (l. 212-213).

De plus, elle a évoqué que les parents, et plus précisément la mère, transmettent leurs émotions à leur enfant. Pour elle, ce sont plutôt les nourrissons qui vont ressentir les émotions des parents et pour les plus grands c'est différent : « *les bébés ce sont des éponges, si la maman est anxieuse, inquiète... [...] les plus grands c'est un petit peu différent, mais les bébés oui* » (l. 116-119).

Pour faire le lien avec les émotions de l'enfant, au cours de l'entretien avec la PDE 2, j'ai voulu en savoir un peu plus sur la prise en charge du mal-être de l'enfant, et plus précisément comment le détecter. La PDE 2 a alors abordé deux aspects du mal-être de l'enfant : la douleur physique et la souffrance psychosociale.

Concernant la douleur physique elle m'a expliqué que dans son service ils avaient des échelles de douleur, permettant de cibler certains traits de caractères : traits du visage, la posture corporelle... en fonction de l'âge de l'enfant. Il existe différentes échelles, mais pour les grands enfants les soignants utilisent principalement l'Échelle Visuelle Analogique ou l'échelle des visages, permettant ainsi aux enfants d'auto-évaluer l'intensité de leur douleur. Cependant, ces échelles ne sont que des outils quantitatifs et l'observation du comportement de l'enfant reste primordiale, la PDE 2 m'expliquait d'ailleurs qu'« *un enfant prostré, en chien de fusil et qui se tient le ventre, tu penses bien qu'il est douloureux* » (l. 193-194).

A contrario, la PDE 2 indique que la souffrance psychosociale est plus subtile à repérer, mais on peut tout de même la percevoir grâce aux ressentis ou à la relation avec l'enfant. L'observation est également primordiale, car cette souffrance psychosociale peut être repérée chez un enfant par un isolement ou au contraire une exacerbation dérangeante du comportement. « *Tu vois bien un enfant qui parle pas, qui est dans son coin, qui est prostré... Ou au contraire, il y a des enfants qui sont très ouverts et qui racontent pleins de choses, qui sont un peu dérangeants des fois, tu te dis... ah, c'est un peu compliqué au niveau familial peut être par là* » (l. 198-201).

Pour lutter contre le mal-être de l'enfant et ses différentes émotions en lien avec l'hospitalisation, dès l'accueil il est important d'expliquer les choses en fonction de l'âge. Dans les soins douloureux la PDE 2 m'explique également que l'hypnose fait partie des soins pouvant être pratiqués pour que les enfants s'évadent et oublient la douleur.

Néanmoins, la ressource principale reste la présence des parents, ils font « *partie intégrante du soin* » (l. 54). En effet, la PDE 2 m'a expliqué que travailler avec des enfants revient à prendre en charge également les parents, « *c'est indissociable* » (l. 21) : « *on ne prend pas en charge juste un patient, on prend sa famille en charge en même temps* » (l. 47-48). Ce sont principalement les mères qui sont présentes auprès de leur enfant dans le service de la PDE 2, notamment parce que le lien mère-enfant est très important pour les nourrissons.

Pour H. Joublin, il convient, à l'hôpital, d'impliquer l'entourage dans le projet de soins, sous l'angle d'un investissement relationnel. Dans le contexte de relation triangulaire, les parents deviennent des partenaires de soin au bénéfice d'une meilleure prise en charge thérapeutique. C'est ce que l'on appelle la proximologie. Les parents permettent alors de personnaliser le soin en donnant des informations sur des habitudes de vie que l'enfant peut avoir, sa personnalité et ses goûts. Leur présence permet à l'enfant de se sentir en sécurité et soutenu tout au long de sa prise en charge. Ainsi, plus détendu, l'enfant pourra exprimer ses émotions. De plus au cours des soins, les parents peuvent distraire ou contenir physiquement et psychiquement l'enfant.

Cependant, cela n'a pas toujours été le cas, en effet, la PDE 2 m'a dit qu'« *il y a des années en arrière, les parents ne restaient pas forcément, on ne leur laissait pas la place de rester* » (l. 40-41). Les enfants étaient donc séparés, dès leur admission à l'hôpital, de leur environnement habituel ainsi que de leurs parents. De nos jours, accueillir un enfant à l'hôpital implique d'y accueillir ses parents et de les impliquer dans la prise en charge, ainsi, à présent, « *pour certaines personnes c'est inacceptable que les parents ne restent pas* » (l. 42). Cette évolution est en lien direct avec la création de la Charte Européenne de l'Enfant Hospitalisé, comme a pu me le dire la PDE 2, qui indique qu'« *un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état* ». Plus l'enfant est jeune plus il est dépendant de l'adulte et donc en règle générale son parent.

Il est donc essentiel d'intégrer les parents dans la prise en charge de l'enfant, cependant, il existe certaines limites, bien que rares, à leur présence. En effet, pour H. Joublin, la proximité n'apparaît pas comme une notion facile à cadrer, elle convient de poser les justes limites à l'implication du proche, dans son intérêt comme dans celui du proche malade.

Pour la PDE 2, la première limite correspond aux soins stériles, tels que la ponction lombaire, et la seconde aux gestes douloureux, par exemple sur de gros pansements. Dans ce cas, elle m'a expliqué que l'enfant n'a pas conscience du geste car il est sous analgésique, comme le Méopa® ou l'Entonox®, cependant les parents, eux, en ont pleinement conscience. Ainsi, pour les autres soins, ces derniers ont toujours la vision du soin douloureux et sont très souvent angoissés que leur enfant souffre et lui transmettent ainsi leurs émotions. C'est pour cela que les infirmiers et médecins imposent très souvent que les parents n'accompagnent pas leur enfant au cours de ces soins, « *pour certains soins de chirurgie on fait sortir les parents*

des salles pansements, et le chirurgien les fait sortir de toute façon, il leur laisse pas le choix » (l. 102-103).

Ce transfert d'émotions est d'ailleurs principalement observé chez les nourrissons car « *les bébés ce sont des éponges* » (l. 116-117). De plus, mise à part les soins douloureux, la PDE 2 m'a expliqué que pour certains parents, et principalement les mères, c'est tout simplement « *stressant et anxiogène pour leur enfant qu'elles soient présentes* » (l. 83-84). Il est alors préférable qu'elles reviennent après le soin, pour rassurer l'enfant, grâce au câlin par exemple. Ainsi, il est important que les soignants puissent repérer les situations dans lesquelles la présence des parents ne serait « *pas bénéfique pour l'enfant* » (l. 70) afin de les amener à ne pas rester pendant le soin et de leur faire comprendre pourquoi. Cependant, comme me l'a dit la PDE 2, si les parents souhaitent tout de même y participer « *ils viennent, façon on ne peut pas ne pas les accepter* » (l. 87).

Au cours de l'hospitalisation de leur enfant, les parents peuvent parfois avoir des réactions ou attitudes déroutantes pour le soignant. La PDE 2 m'a indiqué que certaines mères « *sont en grande difficulté, en grande souffrance* » (l. 121-122) face à la situation et sont souvent angoissées, transmettant ainsi, comme vu précédemment, leurs émotions à l'enfant. Pour la PDE 2, ces difficultés sont principalement dues au vécu de la personne. En effet, si la personne a eu antérieurement une mauvaise expérience à l'hôpital, comme le décès d'un proche, les prochaines hospitalisations seront forcément plus compliquées à gérer et entraîneront de l'angoisse. Ainsi, selon la PDE 2, « *en fonction du vécu de chacun, pour une même situation on a pleins de comportements différents* » (l. 220-221). Certains parents peuvent être très stressés et d'autres, au contraire, très sereins, quant à l'hospitalisation de leur enfant.

Pour la PDE 2, l'angoisse des parents peut également être en lien avec les informations données par les soignants concernant l'état de santé de leur enfant, comme l'aggravation de la pathologie, mais également par la limite à l'information. En effet, les soignants sont parfois ignorants en ce qui concerne l'évolution de la pathologie, par exemple, et ne peuvent ainsi pas répondre aux questions des parents, parfois « *on peut expliquer les traitements, expliquer les choses, mais on ne peut pas se projeter dans l'avenir. Donc ça c'est pas facile pour eux de l'entendre c'est sûr* » (l. 243-245).

En parallèle à cela, pour la PDE 2, l'hospitalisation d'un enfant est parfois compliqué pour les parents lorsqu'ils ont d'autres enfants car « *quand il y a des fratries c'est pas toujours simple pour le parent de rester à l'hôpital* » (l. 300-301). En effet, la durée du séjour à l'hôpital peut parfois être longue en fonction du motif d'entrée, et les parents doivent donc s'organiser entre la maison, la fratrie et l'hôpital. Pour les soignants il n'y a donc pas « *que l'enfant avec son père et sa mère, il y a aussi le reste de la famille, les frères et sœurs* » (l. 305-306). D'ailleurs il y a eu une nette évolution depuis plusieurs années car avant les frères et sœurs ne pouvaient pas rentrer dans la chambre. Aujourd'hui ils sont autorisés à rendre visite à l'enfant, accompagnés des parents, dans certaines limites. Cela permet ainsi de rassurer les frères et sœurs, qu'ils ne se sentent pas délaissés par leurs parents et permet également « *aux familles de s'organiser, parce que si on a qu'un enfant et qu'il est hospitalisé ça va, mais quand y en a d'autres avant ben c'est pas simple* » (l. 273-275).

Pour la PDE 2 c'est souvent les mères qui sont affectées par ces difficultés à gérer la maison et l'hôpital car elles « *sont partagées entre ceux qui sont à la maison [et] celui qui est à l'hôpital qui a besoin* » (l. 281-282). Elles vont également penser à tout ce qui les attendent à faire à la maison. C'est donc ça la différence avec le père, car lui il est tout aussi investi avec son enfant mais l'affect est moins envahissant car il sait que la mère « *elle est à la maison avec les autres, [et lui il est] là avec [l'enfant] et puis voilà* » (l. 286-287). Il ne se préoccupe

pas, à cet instant, des autres enfants, de la gestion de la maison, et il vit donc pleinement le moment avec son enfant hospitalisé.

Face aux émotions et difficultés qu'ils peuvent ressentir au cours de l'hospitalisation de leur enfant, les parents ont des besoins spécifiques. Tout d'abord la présence auprès de leur enfant est essentielle car le lien mère-enfant est très important, principalement chez les nourrissons. Ce sont principalement les mères qui sont présentes mais la PDE 2 m'a aussi expliqué qu'« *on arrive à faire pleins de choses avec les papas aussi* » (l. 289-290). Ensuite, les parents ont également besoin d'être accompagnés et rassurés. En effet, « *on peut aider, on peut accompagner, rassurer* » (PDE 2, l. 221). De même, « *il y a une façon de dédramatiser, d'essayer... d'expliquer les choses et de rassurer* » (PDE 2, l. 120-121). Pour les parents en grande souffrance, il est possible de faire intervenir une tierce personne afin de les écouter et de discuter avec eux sur la situation. Pour la PDE 2, « *soit c'est nous [soignants], en fonction de comment se présentent les choses, soit on peut introduire la psychologue* » (l. 124-125). Ainsi, pour elle, en fonction du comportement des soignants, une relation de confiance va se créer et les parents auront plus tendance à se confier à eux : « *la façon dont nous on est et comment on va agir et s'adresser aux gens, ils se confient plus ou moins facilement. Ou il y a des gens qui sont pas du tout expressifs et qui veulent pas, mais il y en a qui facilement discutent et se confient et ça peut débloquent certaines situations des fois* » (l. 147-150). Pour élaborer la relation de confiance, un climat de bienveillance est essentiel pour la PDE 2.

Selon Pascale Wanquet-Thibault, dans le contexte d'une hospitalisation, et compte tenu de l'anxiété que génère la maladie de leur enfant, les parents peuvent avoir des difficultés à vivre l'hospitalisation de leur enfant. Les professionnels ont ainsi un rôle de réassurance auprès des parents, possible si ces-derniers ont confiance en l'équipe soignante. La relation de confiance se crée notamment grâce aux informations claires et loyales données par les soignants sur l'état de santé de leur enfant.

Cela fait donc référence à un autre besoin des parents, abordé par la PDE 2, qui est l'information. En effet, il est important d'expliquer le fonctionnement du service aux parents, avec les horaires de visites mais également les soins prévus pour leur enfant. Pour Pascale Wanquet-Thibault, les informations doivent être données dans un langage adapté pour qu'elles soient bien comprises par les parents. Ces-derniers attendent des informations honnêtes même quand elles sont difficiles à entendre. Cependant, parfois « *on [ne] peut pas répondre à leurs questions, à leurs angoisses, [mais] on peut essayer d'accompagner au mieux* » (l. 229-230). « *Des fois on sait pas, c'est pas qu'on veut pas leur dire c'est qu'on ne sait pas* » (l. 238). De plus, pour la PDE 2 ce n'est « *pas forcément bon que le parent sache plus, des fois c'est pas la peine, des fois on peut se tromper* » (l. 256-257). Ainsi, la PDE 2 m'a expliqué que c'était là « *le juste milieu entre reconforter/rassurer et puis ne pas non plus aller trop loin* » (l. 252-253).

Enfin, la PDE 2 a abordé le besoin d'être relayé c'est-à-dire « *permettre aussi à la maman de se dire ben je passe le relais à une tata, une mamie, et moi je rentre un peu souffler à la maison, voir les autres, dire que l'enfant n'est pas tout seul ici* » (l. 278-280). C'est parce que l'hospitalisation d'un enfant entraîne une lourde fatigue, que ce relais est nécessaire aux parents afin qu'ils se reposent et prennent du temps pour eux, « *parce que quand l'enfant va aller mieux, ils vont être fatigués et c'est là qu'il faudra qu'ils soient en forme* » (l. 310-311). C'est d'ailleurs ce qu'aborde Pascale Wanquet-Thibault. En effet, elle explique que lors de la prolongation d'un séjour hospitalier, les parents ont besoin d'être relayés par des personnes de leur entourage, notamment pour qu'ils puissent se ressourcer, s'occuper des autres enfants et rester disponibles pour leur enfant hospitalisé.

Prendre en charge un enfant n'est pas si anodin que cela puisse être. En effet, le contexte de soin face à un enfant malade est complexe et génère des tensions et émotions. Pour la PDE 2 c'est plus difficile de travailler avec les enfants lorsque les professionnels sont de jeunes diplômés « *parce qu'on n'est pas habitué, parce qu'il y a le stress, on prend un bébé en charge, un tout petit et qu'on a le regard des parents* » (l. 55-56). La difficulté principale est, à ce stade, la présence des parents dans le soin. En effet, pour elle, les tous nouveaux professionnels soignants n'ont pas l'habitude du regard des parents et manquent d'assurance et d'expérience ce qui génère de l'angoisse. Pour la PDE 2, concernant ce regard des parents, « *on l'a toujours, 30 ans après, mais on le prend complètement différemment [...] on a beaucoup plus d'assurance et d'expérience, puis les parents le sentent aussi* » (l. 61-65).

Pascale Wanquet-Thibault explique d'ailleurs la même chose que la PDE 2. En effet, la présence des parents peut engendrer diverses difficultés pour les soignants dont la plus fréquemment exprimée est la crainte d'être jugé, en particulier chez les jeunes diplômés lors de la réalisation d'actes techniques. Cette crainte disparaît en règle générale lorsque le soignant a acquis plus d'expérience dans la réalisation des soins et lorsqu'il a compris l'intérêt de la présence du parent auprès de l'enfant.

Une autre difficulté exprimée par la PDE 2 correspond à la limite d'information. En effet, parfois les soignants détiennent des informations défavorables concernant l'état de santé d'un enfant, comme sont aggravation dans le temps. Cependant, informer les parents et l'enfant de cela peut être très compliqué. Parfois il n'est pas nécessaire de leur dire afin de ne pas les inquiéter, mais « *si on ne sait pas c'est moins difficile que de le savoir et pas le leur dire* » (l. 247). En effet, parfois on ne peut pas apporter de réponses, « *c'est pas qu'on veut pas leur dire c'est qu'on ne sait pas* » (l. 238). Ainsi, dans ces moments là « *c'est pas facile parce qu'on peut pas les rassurer, on peut expliquer les traitements, expliquer les choses, mais on ne peut pas se projeter dans l'avenir. Donc ça c'est pas facile pour eux de l'entendre* » (l. 242-244).

Prendre en charge un enfant hospitalisé nécessite des compétences particulières. Pour la PDE 2, prendre en charge un enfant nécessite de prendre en charge les parents, c'est indissociable, « *on est en contact permanent avec les parents, donc tu peux pas soigner que le bébé tout seul c'est pas possible* » (l. 145-147). Il est donc important d'être à l'écoute des parents et savoir discuter avec eux. C'est d'ailleurs ce que Pascale Wanquet-Thibault évoque, car elle dit que les soignants ont besoin de donner du temps aux familles, d'échanger avec elles, être à l'écoute et observer les relations familiales pour prendre en charge au mieux l'enfant. Pour la PDE 2, les parents étant souvent angoissés de par le contexte de l'hospitalisation de leur enfant, l'écoute est nécessaire car les informations apportées par les parents peuvent les soulager mais aussi aider les soignants à comprendre pourquoi l'enfant est dans tel état, ou pourquoi les parents vivent l'hospitalisation difficilement. Le vécu familial détermine donc pour elle le comportement. Ainsi, en faisant des liens avec ce vécu, la PDE 2 m'a expliqué que cela aboutit souvent à un suivi mère-enfant à l'hôpital mais aussi à l'extérieur, à la sortie de l'enfant, « *en extérieur il y a un suivi qui est mis en route et on débloque des situations comme ça* » (l. 157-158).

3. Entretien n°3 : Pédiatrie grands enfants

Pour pouvoir prendre en charge un enfant de manière optimale, les professionnels soignants ont des besoins spécifiques. La PDE 3 m'explique qu'« *il faut déjà bien comprendre l'enfant et son parent, parce que chaque enfant est différent. Tu peux avoir deux enfants du même âge qui réagiront complètement différemment* » (l. 103-105). Ainsi, il est

important de connaître le développement de l'enfant, expliqué par Freud, Piaget et Wallon, le lien avec ses parents, mais également les émotions qu'il peut ressentir face à une hospitalisation.

Comme me l'a dit la PDE 3, l'hôpital est un milieu inconnu, pouvant être angoissant, de par la maladie, les soins ou les différents appareillages. Les enfants se sentent alors « *un peu perdus dans un lieu inconnu [...], avec des personnes inconnues* » (l. 165-166), ils perdent leur repères habituels, se sentent en insécurité et les soins prodigués peuvent être source de stress. Face à de telles situations, les soignants doivent donc mettre en place des actions adaptées afin de pallier à ces émotions. Tout d'abord « *l'accueil c'est un temps très important où du coup c'est important de dédramatiser un peu l'hospitalisation* » (l. 43-45). Ensuite, il faut appréhender le soin, « *c'est à dire prévenir l'enfant, prévenir sa famille, mettre tous les dispositifs en place avant le soin pour pouvoir faire le soin dans de bonnes conditions* » (l. 86-88). Il existe aujourd'hui des systèmes de distractions, comme l'hypnose ou bien les tablettes, pour faire du soin un moment moins traumatisant pour l'enfant. De plus, pour la PDE 3 les parents ne doivent pas être mis à l'écart car leur présence permet de rassurer et d'apaiser l'enfant. En effet, ils font partie intégrante de leur vie, « *si on sépare [l'enfant] de ses parents il va être en insécurité* » (l. 123-124). Ce milieu inconnu, qu'est l'hôpital, peut d'ailleurs engendrer des perturbations telles qu'une importante sollicitation parentale, des troubles du sommeil, des inquiétudes ou encore des terreurs nocturnes. La présence des parents est donc essentielle, ils ont la possibilité de rester jour et nuit et d'assister aux soins s'ils le désirent. Selon la PDE 3, leur présence est d'ailleurs beaucoup sollicitée par les soignants car elle est bénéfique pour l'enfant et permet de préserver leur rôle parental. « *Je pense que c'est important, c'est pour la sécurité de l'enfant donc du coup ça les apaise aussi quand ils ont leurs parents. Donc on essaye de préserver au maximum ça par pleins de petites actions en fait qu'on fait au quotidien* » (l. 131-134).

De manière générale, dans la prise en charge de l'enfant et de ses parents, la PDE 3 m'a expliqué que la présence du soignant est essentielle. Il faut pouvoir les rassurer, répondre à leurs questions, et surtout les informer sur les soins ou les examens que l'enfant va avoir, ce qui leur permettra de ne pas être dans l'inconnu. De plus, j'ai appris que pour pouvoir entrer en contact avec l'enfant et établir une relation de confiance, les professionnels de santé doivent « *s'intéresser à lui, à son histoire, à sa vie, à ce qu'il fait...* » (l. 111-112). Le discours et les gestes doivent également être adaptés à l'enfant, que ce soit au niveau de son âge, de sa maladie ou de la personnalité de ses parents, on parle de singularité ou d'individualité. « *On est en permanence en train d'observer et d'évaluer où en est l'enfant et son parent pour pouvoir adapter nos soins* » (l. 101-103). L'observation est donc une qualité essentielle pour travailler auprès des enfants.

De plus, la PDE 3 m'a expliqué que le fait d'être hospitalisé ne doit pas priver l'enfant de sa vie extérieure, c'est à dire qu'il doit continuer à jouer, à se divertir ou à recevoir un enseignement scolaire, d'autant plus que tout cela fait partie intégrante de son développement. Ainsi à l'hôpital, les services de pédiatrie sont équipés de salles de jeux, des musiciens viennent également divertir les enfants et une institutrice est présente pour enseigner des cours. Cette dernière s'adapte à l'âge des enfants mais aussi à leur pathologie, les soignants « *l'intègre[nt] dans les soins [...] et dans la prise en soin de l'enfant et de sa maladie* » (l. 77-78).

Concernant la place des parents dans le soin, comme dit précédemment, ils font partie intégrante de la vie de l'enfant. Pour la PDE 3 il est donc important de ne pas les mettre à l'écart, de les faire participer et de préserver le lien parent-enfant. « *Je pense qu'on peut tout à fait travailler avec les parents, il faut juste s'adapter en fonction de la famille* » (l. 144-

145). Ils ont la possibilité de rester à l'hôpital toute la journée ainsi que la nuit pour l'un d'entre eux. De manière générale, la PDE 3 m'a dit que les parents sont très souvent aux côtés de leur enfant. C'est rare qu'ils ne restent pas, mais quand leur vie de famille ne leur permet pas d'être présent 24h/24 avec leur enfant, « *ils essayent toujours de palier avec une personne de confiance [...], les grands parents...* » (l. 174-176). Ce besoin d'être relayé, cité dans l'ouvrage de P. Wanquet Thibault, est important lorsque la durée du séjour hospitalier de leur enfant se prolonge, cela leur permet de se ressourcer et de s'occuper de leurs autres enfants s'ils en ont. Dans tous les cas « *nous [les soignants] ce [ne] sera jamais une demande vraiment de notre part de demander aux parents de partir* » (l. 179-180). Cependant, dans certaines situations, bien que peu nombreuses, leur présence est limitée. En effet, lors des gestes invasifs avec un risque infectieux important les parents ne sont pas autorisés à rester dans la chambre, cependant la PDE 3 rajoute que « *maintenant on fait beaucoup de choses avec les parents, par exemple nous les ponctions lombaires on les fait avec les parents !* » (l. 148-149). Après réflexion, la PDE 3 m'explique qu'une décision juridique peut également être prise pour protéger l'enfant ou encore une décision médicale, par exemple, si la présence du parent est délétère et entraîne des conséquences ou des répercussions au niveau psychologique pour l'enfant. Le médecin peut alors demander « *un isolement c'est à dire que l'enfant soit coupé de sa famille pour un temps pendant l'hospitalisation* » (l. 157-158). Enfin, il arrive parfois que ce soit l'enfant, ou plutôt l'adolescent, qui demande à ses parents de partir.

Pour conclure, après avoir demandé à la PDE 3 pourquoi avait-elle choisi de travailler avec les enfants, elle m'a répondu : « *C'est très enrichissant chaque jour, ils ont beaucoup à nous apprendre, les parents aussi ont beaucoup à nous apprendre sur leur partage, aussi le vécu* » (l. 192-194). Ce sont des propos qui sont revenus à plusieurs reprises lors de mes entretiens, en effet, la PDE 4, m'a également dit que travailler avec les enfants est très enrichissant, de par leur diversité et leur authenticité. De plus, leur capacité de compréhension étant limitée selon leur âge, il faut sans cesse s'adapter et trouver des stratégies afin d'établir une relation de confiance avec eux.

4. Entretien n°4 : Pédiatrie nourrissons 2

Au cours de cet entretien j'ai souhaité savoir pourquoi la PDE 4 avait décidé de travailler auprès des enfants. La réponse de sa part fut, dans les grandes lignes, identique à celle de la PDE 3. En effet, la PDE 4, m'a dit, tout comme la PDE 3, que travailler avec les enfants est très enrichissant, de par leur diversité et leur authenticité, « *ils sont vrais, c'est à dire que voilà il n'y a pas de sous-entendu, il y a pas de 'je dis ça mais en fait je pense pas ça', voilà il a envie de dire un truc je dis un truc point barre quoi* » (l. 161-163). De plus, elle a rajouté que leur capacité de compréhension étant limitée selon leur âge, il faut sans cesse s'adapter et trouver des stratégies afin d'établir une relation de confiance et ainsi travailler ensemble dans de bonnes conditions.

Il est vrai que travailler auprès d'enfants nécessite une grande capacité d'adaptation, car ils ont chacun des niveaux de compréhension différents, principalement dus à leur âge et donc leur stade de développement, mais ils ont également des spécificités qui leurs sont propres. « *Il faut savoir s'adapter à chaque personne [...] d'autant plus avec des enfants, notamment en fonction de leur âge parce qu'ils n'ont pas forcément les capacités cognitives* » (l. 140-142). Ainsi, la PDE 4 m'explique que dans la prise en charge d'un enfant il est important de tenir compte de leur âge et de leur compréhension. Par exemple, lorsque le soignant prend en charge un jeune enfant qui a accès à la parole, il peut essayer de communiquer avec lui, alors

qu'avec un bébé « *mise à part entrer en relation, se présenter, parce que ça reste quand même hyper important* » (l. 22-23) lors de l'accueil, la communication va être limitée. Malheureusement, parfois les enfants « *se mettent à pleurer, ils sont submergés par les émotions, par la situation, par l'angoisse...* » (l. 76-77) car « *forcément t'es une tête inconnue dans un lieu inconnu* » (l. 43-44), ainsi entrer en relation avec eux devient compliqué. L'effet de la blouse blanche peut aussi être en lien, comme l'a abordé la PDE 4. En effet, lorsque les soignants s'approchent, étant en blouse blanche, les enfants « *se mettent à hurler, à pleurer, on a beau essayer de parler ça ne marche pas* » (l. 39-40). Ce syndrome de la blouse blanche, bien que souvent négligé, est très handicapant et se traduit par une accélération du rythme cardiaque, une élévation de la tension artérielle ou une transpiration soudaine. Il peut se déclarer suite à une prise en charge médicale conduite de manière défaillante et vécue difficilement par le sujet, malgré la bonne volonté et la disponibilité des personnes soignantes. La PDE 4 m'a d'ailleurs expliqué que « *ça dépend le vécu de chaque hospitalisation aussi parce qu'il y en a qui ont été hospitalisés plusieurs fois et pour qui ça c'est bien passé, entre guillemets, et du coup qui vont avoir un vécu positif de l'expérience, entre guillemets hein. [...] Et d'autres pour qui ça se sera mal passé et là c'est compliqué parce que du coup il y a accumulation de mauvais vécus et du coup toi tu arrives comme ça et tu rames un peu quoi, c'est un peu compliqué* » (l. 126-131). A l'inverse, lorsqu'un enfant présente une pathologie chronique, les hospitalisations sont pour lui fréquentes, mais sa vision est complètement différente. En effet, ils ont une « *très grande maturité, une vision du soin qui n'est pas du tout pas du tout la même* » (l. 136). Ils ont l'habitude de venir à l'hôpital et connaissent même très bien les soignants, ainsi ils ne sont pas dans un lieu inconnu. Ils savent également pourquoi ils viennent et ne sont pas angoissés par l'inconnu du soin.

Après de manière générale, dans la prise en charge d'un enfant « *c'est plus ou moins compliqué mais je pense qu'à partir du moment où on se présente et qu'on rentre en douceur, qu'on arrive pas comme des brutes, ça se passe bien* » (l. 44-46). En effet, la présentation à l'enfant est très importante, « *moi je dis mon prénom systématiquement, je me mets à sa hauteur, j'essaye de lui expliquer un peu ce qui se passe* » (l. 35-37). Cela va lui permettre d'être un peu moins dans l'inconnu et ainsi le rassurer. Pour les bébés c'est aussi important, même s'ils ne comprennent pas, car ils vont assimiler la voix du soignant et pourront la reconnaître lorsque ce dernier reviendra le voir pour les soins. De même, pour la PDE 4, lors des soins il est essentiel de prévenir et d'expliquer à l'enfant ce que l'on va lui faire. « *C'est important d'être honnête avec les enfants c'est à dire que si on sait qu'un soin risque d'être douloureux, il faut pouvoir leur dire* » (l. 53-55), toujours dans un but de sécurisation et de réassurance, afin que le soin se déroule de manière optimale. La verbalisation joue aussi un rôle important dans le soin, notamment lorsque les parents sortent de la pièce, car pour l'enfant ils sont un repère et un soutien essentiel. Dans de telles situations il faut donc savoir trouver les bons mots pour rassurer l'enfant.

La PDE 4 m'a aussi expliqué que la collaboration avec les parents est évidemment très importante. En effet, « *on a souvent, très souvent, besoin d'eux* » (l. 64) parce qu'ils peuvent être très aidants pour le soin. Leur présence, leurs explications et leur soutien auprès de leur enfant sont primordiaux, que ce soit lors des soins ou dans la prise en charge générale. En effet, dans des situations complexes où le soignant n'arrive pas à faire accepter un soin à l'enfant, comme m'a donné l'exemple la PDE 4, ce sont aux parents, détenteurs de l'autorité parentale, à faire prendre conscience à leur enfant de l'importance du soin. « *Pour eux c'est important aussi qu'ils se sentent acteurs dans la santé de leur enfant* » (l. 92-93). Ainsi, pour la PDE 4, les parents peuvent assister à tous les soins, il n'y a aucune contrainte mise à part lors des soins stériles avec un risque septique élevé. De plus, elle m'a expliqué que les

soignants jouent un rôle important auprès de leur intégration car certains parents n'osent pas s'introduire aux soins par peur de déranger. Cela atteste souvent l'expression de difficultés du parent à faire face à la situation. Pour que les parents acquièrent progressivement une certaine autonomie dans les soins, l'accompagnement des soignants est donc indispensable. Une relation de confiance doit également se mettre en place, notamment grâce aux informations claires et loyales données par les soignants sur l'état de santé de leur enfant.

Cependant, la PDE 4 évoque que parfois la présence des parents n'est pas un atout dans la prise en charge de l'enfant, « *c'est pas forcément un mieux* » (l. 92). Il convient de poser les justes limites à l'implication du proche, dans son intérêt comme dans celui du proche malade. En effet, pour la PDE 4, certains parents vont inconsciemment transmettre leurs émotions, le plus souvent l'angoisse, à l'enfant. Il est alors important ici de prendre en charge les parents et de leur faire comprendre l'importance de laisser leurs émotions en dehors de la chambre de leur enfant. De plus, la PDE 4 évoque un autre problème : le parent peut, en présence de l'enfant, émettre des doutes sur son acceptation au soin, rendant ainsi difficile ce dernier, « *quand on va donner un médicament, je préviens, je dis c'est pas très très bon mais il faut que tu le prennes voilà... 'ah beh non mais il le prendra pas'. Aïe, ouais mais forcément si on part comme ça ça ne va pas le faire* » (l. 100-102). De même, les parents peuvent assimiler un soin comme une punition. Malheureusement cela rendra ce même soin très compliqué lorsque les soignants devront réellement l'effectuer sur l'enfant. C'est ce que la PDE 4 m'a expliqué lors de cet entretien : « *c'est vrai aussi pour revenir sur les parents 'soit sage sinon elle te fait une piqûre'... Ouais ça c'est juste horrible ça parce que le jour où on a besoin de réellement lui faire une piqûre il va se dire 'mais attend j'ai pas été méchant' quoi, 'pourquoi elle me fait ça alors que j'ai pas été méchant'. Donc là c'est compliqué... Là c'est compliqué parce que du coup ils peuvent vivre ça comme une punition alors que c'en n'est pas une quoi* » (l. 143-148). Mais pour conclure, comme me l'a dit la PDE 4, la prise en charge de l'enfant est moins facile dans ces situations là mais il faut faire avec, les parents étant les détenteurs de l'autorité parentale.

ANNEXE VII : Autorisation de diffusion du TFE



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) : *Clémence COULOUMA*

Promotion : *2017 - 2020*

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 :

" les parents au cœur de la triade enfant, parents, soignants "

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 *01/05/2020* Signature :

Résumé

Les parents au cœur de la triade enfant, parents, soignants

Résumé : Mon travail de fin d'études porte sur la triade enfant, parents, soignants et plus précisément sur la place des parents dans le soin à l'enfant. Il est en lien avec mon projet professionnel qui est de devenir puéricultrice. Ma question de départ est la suivante : En quoi soigner l'enfant demande à prendre soin de ses parents ? Pour étudier ce sujet, j'ai effectué différentes recherches dans les domaines de la psychologie, de la législation, et du paramédical. Des entretiens semi-directifs ont été conduits avec quatre puéricultrices dans leur service respectif : néonatalogie, pédiatrie nourrissons et pédiatrie grands enfants. L'analyse de ces entretiens m'a principalement permis de mettre en évidence que pour prendre en charge un enfant de manière optimale, il est fondamental d'appréhender l'enfant et ses parents afin d'individualiser les soins. De même, la présence des parents est indispensable et bénéfique pour l'enfant. Pour conclure, l'ensemble de ce travail m'a permis de poser une hypothèse de recherche.

Mots-clés : Enfant – Parents – Soignants – Proximologie – Prendre soin

Abstract

Parents at the heart of the triangular relationship between the child, the parents and the caregivers

Abstract: My end of course assignment addresses the issue of the triangular relationship between the child, the parents and the caregivers, and more specifically of the parent's position in the care of the child. It's related to my professional project which is becoming a pediatric nurse. My initial question is: To what extent caring for a child requires to take care of his parents? In order to answer this question I have conducted some research on psychology, legislation and paramedical fields. Semi-structured interviews were made with four pediatric nurses in their respective office: neonatology, infants pediatrics and old children pediatrics. The analysis of these interviews mainly enabled me to highlight the need of apprehending the child and his parents in order to individualize care. This will allow to take optimal care of a child. Likewise, the presence of parents is essential and beneficial for the child. In conclusion, this whole work allowed me to pursue a research hypothesis.

Keywords: Child – Parents – Caregivers – Proximology – Caregiving