HAL
open science

L'impact des émotions des parents dans la prise en soins des enfants de 3 à 12 ans par l'infirmière puéricultrice

Mélanie Croquison, Léonie Gombert

To cite this version:

Mélanie Croquison, Léonie Gombert. L'impact des émotions des parents dans la prise en soins des enfants de 3 à 12 ans par l'infirmière puéricultrice. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02103596

HAL Id: dumas-02103596

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02103596

Submitted on 28 Aug 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CROQUISON Mélanie

GOMBERT Léonie

Année 2018

« L'impact des émotions des parents dans la prise en soins des enfants de 3ans à 12ans par l'infirmière puéricultrice »

Ecole de puéricultrices

Institut de formation en santé

Université catholique de LILLE

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier nos formatrices pour leur accompagnement durant cette formation, et plus particulièrement à notre formatrice référente Madame PELISSIER pour son aide et pour l'accompagnement dans ce travail.

Egalement, nous remercions tous les professionnels et personnes (infirmières, puéricultrices, cadres de santé) que nous avons sollicité pour la réalisation de l'enquête de ce travail, nous ayant permis de faire le lien avec le terrain de façon concrète mais aussi pour leurs conseils.

Enfin, nous tenons à remercier notre famille et nos amis pour la relecture de ce travail.

Sommaire

Introduction **Page 1**

I) Les constats

1) Constat de Léonie Pages 2 à 4
2) Constat de Mélanie Pages 4 à 6

II) ***Questions de départ*** **Page 7**

III) *Cadre théorique* **Pages 7 à 30**

1) Le cadre contextuel

1.1 Les droits de l'enfant en milieu hospitalier Pages 7 à 10

1.2 Le point de vue législatif : la place des parents dans l'hospitalisation de leur enfant et le rôle de la puéricultrice auprès des parents Pages 11-12

1.3 L'accompagnement de l'enfant par les parents Pages 12 à 14

2) Le cadre conceptuel

2.1 Les ressentis ***Pages 15 à 19***

Le stress Page 15

L'angoisse Page 16

L'anxiété Page 16

L'inquiétude Pages 16-17

La peur Page 17

La confiance Pages 17-18

L'optimisme Page 18-19

2.2 La parentalité ***Pages 19 à 25***

2.2.1 Définition Pages 19-20

2.2.2 Le partenariat entre la famille et le soignant dans la prise en charge de l'enfant hospitalisé Pages 20-22

2.2.3 La parentalité lors d'une hospitalisation Pages 22 à 25

2.3 Les conséquences dans la prise en charge de l'enfant ***Pages 25 à 30***

2.3.1 La gestion des parents stressés Page 25-26

2.3.2 L'impact sur l'enfant des émotions du parent Pages 26 à 28

2.3.3 Le lien d'attachement des parents et l'enfant hospitalisé selon son âge Pages 29-30

IV) Problématique et hypothèses **Pages 30 à 32**

V) *Enquête* **Page 32 à 48**

1) Analyse des entretiens Page 32 à 48

1.1 .En service d'hospitalisation de courte durée Pages 33 à 40

1.2 Aux urgences pédiatriques Pages 40 à 45

1.3 Analyse commune Pages 45 à 47

2) Agrégation des analyses Page 48

Conclusion **Page 49**

Bibliographie/Webographie

Annexes :

Annexe 1 : Déclaration de Genève **Page I**

Annexe 2 : Déclaration des droits de l'enfant **Page II**

Annexe 3 : Charte de l'enfant hospitalisé **Page III**

Annexe 4 : Guide d'entretiens **Pages IV-V**

Annexe 5 : Entretien de la puéricultrice 8, service des urgences pédiatriques **Pages VI à XII**

Annexe 6 : Tableau d'analyse des entretiens des urgences pédiatriques **Pages XIII à XVII**

Introduction

Dans le cadre de notre formation de puéricultrice, nous devons réaliser un projet professionnel sur un thème nous portant une réflexivité afin d'améliorer nos pratiques professionnelles et la qualité de nos soins en tant que futures puéricultrices. Ainsi, le thème de notre travail porte sur **« l'impact des émotions des parents sur la prise en soins des enfants âgés de 3 à 12 ans »** dans les services de chirurgie et d'urgences pédiatriques.

L'arrivée d'un enfant dans la vie d'un couple est une période de changements et d'adaptation à une nouvelle organisation familiale. Dès lors, l'enfant devient le centre d'attention de ses parents. Lorsque l'enfant est malade, une hospitalisation peut se révéler nécessaire. Celle-ci se doit d'être préparée lorsque cela est possible afin de ne pas se retrouver dans l'inconnu. Cette hospitalisation peut être un élément perturbateur d'un point de vue émotionnel pour les parents et l'enfant entraînant un retentissement sur les comportements. Néanmoins pour les parents il est parfois difficile de trouver les mots justes, adaptés à l'âge de l'enfant et à sa capacité de compréhension des informations données.

Nous avons choisi ce thème car durant notre exercice professionnel, nous avons été confrontées à des situations où la prise en charge de l'enfant a été difficile. Ces situations nous ont questionnées quant à l'impact que peuvent avoir les émotions qui sont ressenties par les parents sur l'enfant hospitalisé face aux soignants. Nous nous questionnons sur le rôle qu'a alors la puéricultrice dans l'accompagnement des parents afin de leur permettre de gérer leurs émotions de manière à ce que celles-ci ne se répercutent pas sur le comportement de leur enfant.

L'objectif de ce travail est d'observer les émotions des parents afin de savoir si elles ont un impact sur le comportement de l'enfant et de développer les moyens mis en place par la puéricultrice pour prendre en charge les parents et l'enfant dans l'acceptation des soins et la réassurance. Le travail de la puéricultrice est de prendre en charge le ressenti de l'enfant et de sa famille dans un contexte parfois anxiogène afin qu'ils comprennent et adhèrent à leur prise en charge malgré leur jeune âge.

Tout d'abord, nous observerons, dans le constat, les situations qui nous ont interpellées puis nous verrons la question de départ qui en a découlé. Ensuite, nous étudierons la théorie sur le thème avec le cadre de référence. Après avoir présenté la problématique et les hypothèses, nous nous intéresserons à l'enquête. Dans un dernier temps, nous aborderons la validation ou non de nos hypothèses avant de conclure.

I) Les constats

1) Constat de Léonie

Je suis dans un service d'urgences pédiatriques. Je remarque à plusieurs reprises que de nombreux parents viennent aux urgences pédiatriques angoissés car leur enfant est malade. Je pense notamment à un enfant de trois ans entré pour une hyperthermie accompagné de sa maman. Cette dernière le ramène dans le service après avoir pris sa température qui était de 38.8°C. Je le prends en charge dès son arrivée. Je propose à la maman de s'installer mais elle ne veut pas s'asseoir et fait des allers-retours dans la chambre. Puis, elle pose énormément de questions à la puéricultrice et moi-même : « Est-ce normal ? Ai-je eu les bons réflexes ? Va-t-il être hospitalisé ? Pourquoi a-t-il de la température ? » Je lui explique donc que nous allons faire des examens pour essayer de comprendre l'origine de cette hyperthermie mais avant cela, je vais réaliser un entretien avec elle puis le pédiatre passera.

Tout d'abord, je lui demande depuis quand il a de la température. Elle me répond qu'elle ne sait pas, après la sieste, elle l'a trouvé « *chaud* » puis a pris sa température et consulté dans le service. Je lui ai demandé s'il a des antécédents particuliers et s'il avait déjà eu de la température elle me répond que non. Ensuite, je lui demande si elle lui a donné du Paracétamol®, qui est un traitement antipyrétique. La maman me répond qu'elle ne lui en a pas administré, elle ne savait pas comment agir et qu'elle n'en n'avait pas chez elle. Son comportement semble montrer une inquiétude importante : elle marche sans cesse dans la chambre, agite ses bras et son visage est crispé. Je contrôle sa température qui est toujours élevée. Je conseille à la maman de le déshabiller. Après avoir réalisé mon entretien, je transmets les informations au pédiatre. Après la consultation médicale, le pédiatre de garde me dit : « *on fait un ECBU (Examen Cytobactériologique des Urines) et s'il est négatif, il peut sortir, l'hyperthermie est récente, et la clinique est bonne, nous n'avons pas besoin de le garder* ». L'ECBU s'est montré négatif, le médecin me remplit les papiers de sortie en me disant *« aux urgences, nous rencontrons de plus en plus de parents venant parce qu'ils ne savent pas comment réagir face à un enfant malade, ils ne pensent pas à consulter en ville et viennent aux urgences. Pourtant, cet enfant n'a pas besoin d'être ici mais l'angoisse de sa maman a pris le dessus et ne savait plus comment faire* ». En lui donnant les papiers de sortie, je demande à la maman si elle sait comment donner le Paracétamol®et les normes d'une hyperthermie. Il s'agit de son deuxième enfant, le premier avait déjà pris du Paracétamol® suite à une hyperthermie. Elle connaît le mode, la durée d'administration. Je lui conseille de consulter son pédiatre ou médecin traitant si l'hyperthermie

persiste 48 heures et de revenir aux urgences si elle dépasse les 40°C sans diminuer. Je lui transmets d'autres conseils pour sa sortie, Madame semble moins inquiète.

Durant ce stage, j'ai rencontré de nombreux parents inquiets voire angoissés. Ils venaient dans ce service pour trouver une réponse à leurs questions. Selon les dire des soignants présents, la prise en charge de certains patients aux urgences n'est pas considérée comme nécessaire mais pour les parents, elle est non négligeable. En effet, pour certains patients, la surveillance de l'état de santé de l'enfant au domicile et une consultation auprès du médecin généraliste suffiraient.

Selon un extrait du livre[1] « Les angoisses des parents pour la santé de leur enfant » de Antoine LEBLANC : « *tout symptôme anormal est source d'angoisse pour les parents […] la gestion de cette angoisse est indissociable de l'activité du pédiatre et de tous ceux qui soignent ou qui côtoient les enfants malades* ». Autrement dit, pour une prise en charge optimale de l'enfant malade, il est important d'accompagner les parents inquiets.

Au regard des dires des soignants et de mon expérience professionnelle, certains parents ne savent pas comment agir face à un symptôme d'une maladie, comme une hyperthermie et consultent rapidement le service des urgences, ce qui amène le service à recevoir beaucoup de patients où le risque de transmission de maladies augmente, surtout en période hivernale. De ce fait, l'équipe soignante et moi-même avons effectué de l'information auprès des parents et enfants sur la gestion des symptômes, à savoir comment agir, quand consulter. En revanche, je ne pense pas que cet apport d'information puisse être suffisant pour accompagner les parents inquiets.

J'ai regardé de nombreux reportages sur les urgences pédiatriques évoquant que l'anxiété des parents est un phénomène très fréquent et que cette anxiété les amène à consulter les urgences. Cependant, le temps d'attente peut-être très long, avec l'angoisse des parents, l'énervement s'installe rapidement. Ainsi, la gestion des parents aux urgences est difficilement gérable selon les soignants. Je peux donc dire qu'il est difficile d'accompagner les parents inquiets et de les rassurer lorsque leur enfant est pris en charge par des soignants, où des examens sont effectués en attente des résultats.

[1] https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2009-1-page-63.htm, CAIRN.info [consulté le 13 mars 2018]

Je me suis donc demandée en quoi la qualité d'accompagnement des parents inquiets durant l'hospitalisation de leur enfant par la puéricultrice influe-t'elle sur la prise en charge de l'enfant malade ?

Je souhaiterai donc m'orienter sur ce sujet car en tant que future puéricultrice, il me paraît important de me questionner sur la qualité d'accompagnement des parents durant l'hospitalisation de leur enfant afin de leur apporter tous les éléments nécessaires pour prendre de l'assurance en eux et les aider à effectuer une surveillance, au domicile, de leur enfant malade

2) Constat de Mélanie

Je vais développer deux situations qui m'ont particulièrement interpellées lors de ma pratique professionnelle. La première concerne la non-information des enfants par leurs parents avec plusieurs exemples de situations qui m'ont marqué. La seconde concerne le stress des parents qui se répercute sur la prise en charge de l'enfant.

Dans le service de chirurgie ambulatoire dans lequel je travaille, service accueillant des patients de tout âge, nous prenons régulièrement en charge des enfants pour des interventions chirurgicales programmées de type ORL, stomatologique et urologique.

Dans notre service, après réflexion et analyse des situations, nous nous sommes rendu compte que lorsque les parents accompagnent les enfants jusqu'aux portes du bloc, la séparation est trop brutale puisque les portes se referment sur les parents et l'enfant ne les voit plus. Nous avons donc opté pour que les parents n'accompagnent pas leurs enfants jusqu'aux portes du bloc et que la séparation se fasse à la porte de la chambre, ce qui laisse le temps à l'enfant d'accepter plus facilement la séparation puisqu'il peut encore apercevoir ses parents au loin dans le couloir qui le mène au bloc. De ce fait c'est le brancardier qui vient chercher l'enfant dans la chambre, où les parents vont rester.

Il m'est arrivé de devoir prendre en charge des enfants auxquels les parents n'avaient pas donné d'informations ou des informations incomplètes, erronées.

Par exemple, nous avons accueilli une petite fille qui devait être opérée des végétations et pose de drains trans-tympaniques. A l'entrée la petite fille semblait sereine. Lors de son départ pour le bloc, nous avons constaté que sa maman ne lui avait pas expliqué ce que l'on allait lui faire puisqu'elle lui signale simplement qu'elle va juste voir le médecin qui va regarder ses oreilles et sa gorge alors qu'elle allait être endormie pour que le chirurgien lui enlève les végétations et lui pose des drains trans-tympaniques.

Pour un autre enfant accueilli dans notre service, venu pour être opéré d'un phimosis, celui-ci semblait également serein lors de son arrivée dans le service. Au moment de son départ pour le bloc, nous avons entendu les parents lui dire qu'il partait faire un tour au supermarché pour faire les courses. Cet enfant ne savait donc pas qu'il allait au bloc où on allait l'endormir pour pouvoir l'opérer au niveau du pénis.
La préparation psychologique de l'enfant par rapport à une intervention chirurgicale est essentielle ; notamment pour une opération de type phimosis. En effet, il est important pour l'enfant de savoir ce qui va se passer puisque, dans ce genre d'intervention, il y aura une modification de l'image corporelle et une perte de sensibilité temporaire de la zone pubienne due au bloc pénien, utilisé pour ces opérations.

Toujours dans le même service, un matin, nous avons pris en charge un enfant de deux ans qui devait être opéré d'un phimosis. Lors de son arrivée dans le service l'enfant était calme, posé. Il semblait serein. Son papa ne présentait pas de signes d'anxiété, il semblait détendu en revanche sa maman était angoissée. Elle nous a demandé s'il était possible que l'intervention se fasse sans anesthésie générale. Elle nous a dit qu'elle connaissait des enfants qui avaient été opéré de cette manière pour un phimosis. Ce choix intervenait malgré les informations données aux parents lors des consultations faites par le chirurgien puis par l'anesthésiste, qui a pris le temps d'expliquer aux parents la nécessité de l'anesthésie générale et ses éventuels effets secondaires. Nous avons pris le temps de lui expliquer comment allait se dérouler l'hospitalisation de son fils. La maman avait tout de même gardé des inquiétudes quant à la nécessité d'une anesthésie générale. Elle aurait préféré que son fils n'ait qu'un bloc pénien étant donné qu'elle avait peur des effets de l'anesthésie générale. Nous avons fait passer l'anesthésiste qui lui a réexpliqué la nécessité de l'anesthésie générale et ses effets. Il a répondu aux questions de la maman ; ce qui a permis d'atténuer légèrement ses inquiétudes. L'enfant, quant à lui, est parti pour le bloc sereinement.
Lors de son retour en chambre l'enfant pleurait, était agité, ne se laissait pas approcher que ce soit par ses parents ou par l'équipe soignante. Nous avons expliqué aux parents que s'il pleurait c'était surtout parce qu'il avait été séparé de ses parents pour le bloc, qu'il ne devait pas avoir mal étant donné qu'il avait eu un bloc pénien et que les antalgiques avaient été donnés au bloc. Nous leur avons expliqué que l'enfant devrait se calmer rapidement notamment par le fait que les effets de l'anesthésie générale allaient se dissiper.
Malgré tout, la maman était toujours inquiète, angoissée. L'enfant n'arrivait pas à se calmer ; plus il pleurait plus sa mère stressait. Elle faisait les cent pas dans la chambre, elle pleurait et

se faisait des reproches. Elle en est venue à regretter d'avoir accepté l'anesthésie générale, disait qu'elle savait que ce n'était pas une bonne idée. De par son comportement, elle exprimait sa détresse et son inconfort face à son enfant qui ne se calmait pas et sa culpabilité d'avoir accepté l'anesthésie générale. Le père, inquiet lui aussi au vu du comportement de son fils, vient nous voir plusieurs fois, nous dit que son fils ne se calme absolument pas, que ce n'est pas normal. Il nous a dit qu'il ne reconnaissait pas son fils, qu'il avait l'impression que celui-ci était possédé par le diable. Nous sommes retournées régulièrement dans la chambre pour voir l'enfant et ses parents. Au vu de l'état de sa mère, nous leur avons précisé que l'enfant ressentait l'état de stress de ses parents et donc se répercutait sur lui. Nous leur avons conseillé d'essayer de se détendre ce qui, de ce fait, aura un effet bénéfique sur l'enfant. Etant donné que cela faisait une heure qu'il était revenu du bloc et qu'il ne se calmait toujours pas malgré nos tentatives d'apaisement envers l'enfant (par notre comportement, notre ton de voix, nos mots utilisés pour lui parler), nous avons appelé l'anesthésiste pour lui signifier la situation. Celui-ci est passé en chambre pour s'entretenir avec les parents et analyser le comportement de l'enfant. Il a signalé aux parents qu'il n'y avait rien d'anormal, que l'enfant allait se calmer dès que les effets de l'anesthésie se seront estompés.

Il aura fallu deux heures à l'enfant pour qu'il se calme ce qui, à terme, a rassuré ses parents. L'enfant a alors accepté de se laisser approcher et nous avons, de ce fait, pu effectuer les soins et donner les consignes aux parents quant aux soins ainsi que la surveillance à effectuer à domicile. Le fait que les parents soient rassurés leur a certainement permis une meilleure faculté de compréhension des consignes et informations données. L'urologue lors de son passage en chambre avant la sortie a redonné toutes ces instructions.

De par ces situations rencontrées et au vu des difficultés perçues lors de la prise en charge de ces enfants, soit en raison de l'inconnu de ce qui leur arrivent, soit en lien avec le stress des parents qui va se répercuter sur l'enfant, je me demande ce qu'il est possible de mettre en œuvre pour atténuer ces émotions que peuvent engendrer une hospitalisation d'enfants.

Par ce premier questionnement je m'interroge sur la place accordée aux parents lors de l'hospitalisation de leur enfant. Que faire de leur ressenti ? De leurs inquiétudes ? Quelles sont leurs attentes, leurs besoins ? Comment la gestion, par l'équipe soignante, des émotions ressenties par les parents peut-elle améliorer la prise en charge de l'enfant de la manière la plus efficace possible ?

II) Questions de départ

La mise en commun de nos constats nous a permis de formuler plusieurs interrogations :

- Comment le ressenti des parents impacte-t-il la prise en charge par la puéricultrice de l'enfant malade ?
- Les comportements des parents se répercutent-ils sur les émotions de leur enfant ?
- En quoi la gestion des émotions des parents ainsi que leur accompagnement par les puéricultrices durant l'hospitalisation peut-elle influer sur la prise en charge de leur enfant ?

Au regard de notre questionnement, nous nous sommes demandées en quoi l'accompagnement des parents par l'infirmière puéricultrice impacte-t-il la gestion des émotions parentales et influe-t-il sur la prise en soins des enfants ?

III) Le cadre théorique

1) Le cadre contextuel

Tout d'abord, nous évoquerons l'évolution du droit de l'enfant en milieu hospitalier. Puis, nous aborderons la place des parents dans l'hospitalisation de leur enfant ainsi que le rôle de la puéricultrice d'un point de vue légal. Enfin, nous analyserons la nécessité de la présence des parents auprès de leur enfant lors de son séjour à l'hôpital.

1.1 Les droits de l'enfant en milieu hospitalier

Aux lendemains de la Première Guerre Mondiale, une philanthrope britannique, Eglantyne JEBB, constate que les enfants ont besoin d'une protection particulière. Dès lors, l'Union Internationale de Secours aux Enfants, adopte le 23 février 1923, une déclaration des droits de l'enfant qui sera approuvée le 28 février 1924. Mme JEBB précisera à la Société des Nations qu'elle « *est convaincue que nous devrions exiger certains droits pour les enfants et œuvrer vers une reconnaissance générale de ces droits* ». La Société des Nations adoptera, le 26 septembre 1924, cette déclaration qu'elle nommera **Déclaration de Genève** (cf. Annexe 1) ; cette date restera gravée comme étant la première fois que des droits représentatifs des enfants sont reconnus, elle stipulera la responsabilité des adultes à leur égard et deviendra le premier texte international des Droits de l'Homme qui sont spécifiquement relatifs aux Droits de l'enfant. Néanmoins, elle n'a aucune valeur juridique contraignante pour les Etats signataires.

La Déclaration de Genève affirme que *« l'Humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur* » et reprend les besoins fondamentaux spécifiques de l'enfant (cf. Annexe 2), à savoir, son bien-être, son droit au développement, son droit à l'assistance et au secours et son droit à la protection. Le processus de reconnaissance des droits de l'enfant se poursuivra, grâce à l'ONU, avec l'adoption, le 20 novembre 1959, de la **Déclaration des droits de l'enfant**.

« L'enfant est reconnu, universellement, comme un être humain qui doit pouvoir se développer physiquement, intellectuellement, socialement, moralement, spirituellement dans la liberté et la dignité ».

Cette déclaration repose sur 10 principes

- Le droit à l'égalité, sans distinction de race, de religion ou de nationalité
- Le droit à une attention particulière pour son développement physique, mental et social
- Le droit à un nom et une nationalité
- Le droit à une alimentation, à un logement et à des soins médicaux appropriés
- Le droit à une éducation et à des soins spéciaux quand il est handicapé mentalement ou physiquement
- Le droit à la compréhension et à l'amour des parents et de la Société
- Le droit à l'éducation gratuite et aux activités récréatives
- Le droit aux secours prioritaires en toutes circonstances
- Le droit à une protection contre toute forme de cruauté, de négligence et d'exploitation
- Le droit à la formation dans un esprit de solidarité, de compréhension, d'amitié et de justice entre les peuples

Le 16 décembre 1966, l'Assemblée Générale des Nations Unies adopte deux pactes, au niveau international. Le **pacte international sur les droits civils et politiques** et le **pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels**. L'article 24 du pacte international sur les droits civils et politiques confirme le droit des enfants à une protection *« tout enfant, sans discrimination aucune fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'origine nationale ou sociale, la fortune ou la naissance, a droit, de la part de sa famille, de la société et de l'Etat, aux mesures de protection qu'exige sa condition de mineur ».* Quant au pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels, l'article 10 précise que *« l'enfant bénéficie d'une protection contre l'exploitation infantile et que les Etats doivent fixer et observer un âge minimum au travail. L'article 12 stipule que les enfants ont le droit de*

jouir d'un état de santé de qualité et l'article 13 acte le droit des enfants à l'éducation ainsi que la gratuité des enseignements en école primaire. » L'adoption de ces deux pactes permet de conforter les droits fondamentaux des enfants et atteste que les Etats membres doivent respecter ces droits ; sous peine de poursuites juridiques.

L'organisation des Nations Unies déclare 1979 **« Année internationale de l'enfant** » afin de sensibiliser les Etats à promouvoir la protection des enfants et le respect des droits des enfants.

En 1988, une **charte de l'enfant hospitalisé** a été rédigée concernant la présence des parents lors de l'hospitalisation de leur enfant (cf. Annexe 3).

Le 20 novembre 1989, l'Assemblée Générale des Nations Unies adopte **la Convention internationale relative aux Droits de l'Enfant**, qui repose sur 4 principes fondamentaux

- La non discrimination
- L'intérêt supérieur de l'enfant
- Le droit à la vie, à la survie et au développement
- Le respect de l'opinion de l'enfant

Les Droits de l'Enfant sont des Droits humains visant à la protection des enfants en tant qu'êtres humains à part entière. Ils sont adaptés à l'enfant puisqu'ils y intègrent sa fragilité, ses spécificités et ses besoins en fonction de son âge. Ils accordent une place à la vulnérabilité de l'enfant qui nécessite la mise en œuvre d'un cadre protecteur en leur fournissant une assistance et un soutien correspondant à leurs besoins.

Cette convention, abordant la totalité des Droits des Enfants, constitue le premier texte international permettant un recours juridique en cas de non respect de ces droits dont elle confère une intensité représentative.

Pour donner suite à l'adoption de cette convention, un comité des droits de l'enfant est créé le 27 février 1991. Son rôle est de s'assurer que les Etats membres respectent cette convention. Le comité se compose de 18 experts indépendants de Haute Moralité s'engageant à assister les Etats membres dans la mise en pratique des principes fondamentaux des droits des enfants et à permettre la sensibilisation des Sociétés en leur apportant des informations relatives aux enfants et à leurs droits.

La convention internationale relative aux droits de l'enfant permet la reconnaissance des enfants précisant qu'ils sont des êtres dotés de droits et de libertés. Les enfants peuvent exprimer leur

opinion pour toutes les décisions les concernant et participer à la prise de décision quant à leur bien-être qui ne peut être abouti que par l'implication de l'enfant.[2]

En 1995, le Parlement Français décide de faire du 20 novembre la **Journée nationale de défense et de promotion des droits de l'Enfant ;** journée qui en 2000 deviendra **Journée européenne** puis **Journée internationale de défense et de promotion des droits de l'Enfant.**

La **loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins** stipule que *« l'enfant est un patient titulaire de droits »* notamment

- Droit à l'accès aux soins
- Droit à l'information
- Droit aux consentements éclairés
- Droit à l'accès au dossier médical
- Droit au secret médical

L'article L1111-2 du Code de la Santé Publique précise *« les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles L1111-5 et L1111-5-1. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant de mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle ».* L'article L1111-4 souligne que *« le consentement du mineur ou majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. »* ce qu'appuie l'article 371-1 du code civil en indiquant que *« les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité ».*[3]

Nous constatons donc que le XXe siècle a marqué un tournant décisif dans l'histoire des droits de l'enfant, retraçant ainsi l'évolution de la place de l'enfant avec la mise en place d'une législation visant à le protéger et lui permettant de prendre part aux décisions qui le concernent notamment sur le plan médical. Ainsi, nous comprenons que l'enfant hospitalisé a des droits et des devoirs durant l'hospitalisation en particulier celui d'avoir près de lui ses parents. Sachant

[2] https://www.humanium.org/fr/ [consulté en mai 2018]
[3] Cours Puéricultrices "*Enfants et santé"* de Maître WILLIATTE-PELLITTERI [8 février 2018]

que l'enfant a des droits, quelle est alors la place de ses parents lors de l'hospitalisation et celle de la puéricultrice auprès des parents ?

1.2 Le point de vue législatif : la place des parents dans l'hospitalisation de leur enfant et le rôle de la puéricultrice auprès des parents

Selon le référentiel d'activités de puéricultrice, la puéricultrice réalise « *les soins et activités à visée diagnostique, thérapeutique et préventive auprès de l'enfant et de son entourage, à savoir suivi d'enfants et de leur famille* ». Selon la troisième activité du référentiel, la puéricultrice conduit « *des activités à visée éducative et de soutien à la parentalité, à savoir la réalisation d'activités visant à améliorer le processus de parentalité, l'accompagnement des parents dans l'exercice de leurs fonctions parentales, la conduite de soins et d'actions à visée éducative, les conseils à l'entourage familial, scolaire ou éducatif, les activités de contrôle, d'information précise et effective sur les conduites à tenir, les risques encourus dans telle ou telle situation. »*[4]

Selon la circulaire du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie : *« L'hospitalisation d'un enfant, quel qu'en soit le motif médical, est une source d'angoisse pour lui-même et pour sa famille. Il est particulièrement important de limiter cette angoisse et de lui éviter en outre une séparation injustifiée de son entourage immédiat. »*[5]

Cette circulaire met en évidence la prise de conscience d'une émotion qui peut prédominer chez l'enfant et sa famille, l'angoisse. La place de la puéricultrice est importante car elle se doit de limiter cette angoisse pour le bien-être du patient et de sa famille. La circulaire nous explique que pour limiter cette angoisse, il faut que l'enfant soit proche des personnes qu'il connaît (sa famille) et si une séparation est nécessaire (pour des soins, examens ou autre), une explication doit être donnée au patient et à l'entourage. Ceci permettant de réduire l'angoisse.

D'après la circulaire SROS (Schéma Régional d'Organisation des Soins) de l'enfant et de l'adolescent du ministère de la santé et de la protection sociale datant du 28 octobre 2004, *« la place des parents, leur information, leur présence auprès de leur enfant, leur participation active aux soins sont reconnues et assurées au sein de l'établissement de santé, quels que soient le moment et le lieu. De même, la place des associations de famille et parents est reconnue ;*

[4] https://www.syndicat-infirmier.com/Referentiel-d-activites-de.html [consulté en mai 2018]

[5] https://www.sparadrap.org/Parents/Conseils-sur-la-sante-de-mon-enfant/Les-droits-de-mon-enfant/Droit-de-mon-enfant-de-voir-ses-parents-et-ses-proches, [consulté en mai 2018]

leur existence est rendue lisible aux équipes et aux familles, leur présence est facilitée et organisée au sein des établissements. »

La circulaire SROS nous évoque l'importance d'informer les parents sur l'état de santé de leur enfant, l'explication des soins et de les impliquer dans la prise en soins de leur enfant. Cette circulaire peut être liée à la précédente car l'information et la présence des parents permettent de réduire l'angoisse de l'hospitalisation. Les associations jouent un rôle dans la gestion des émotions de la famille et des enfants. Elles permettent de soutenir l'enfant et sa famille, de les distraire et donc d'apaiser ce climat d'angoisse.

En résumé, l'ensemble de ces textes nous précise que la puéricultrice tient un rôle essentiel d'accompagnement, de soutien auprès de la famille et se doit d'accueillir le ou les parents auprès de l'enfant afin de leur permettre d'exercer leur fonction parentale en milieu hospitalier notamment faire preuve de réassurance auprès de l'enfant dans ce monde qui peut lui être inconnu.

De ce fait, au regard de la loi, un accompagnement de l'enfant par ses parents est recommandé. A l'aide de ses compétences, la puéricultrice a pour mission d'assurer la prise en considération des parents. Nous allons maintenant nous intéresser au retentissement de l'implication des parents pour leur enfant hospitalisé.

1.3 L'accompagnement de l'enfant par les parents

D'après le glossaire n°3 de la Terminologie des soins infirmiers (1993, Ministère de la santé), l'accompagnement est une démarche de *« soutien thérapeutique fondée sur une relation soignant-soigné qui assure la continuité des soins en liaison avec l'environnement social »*. L'accompagnement inclut l'écoute et l'aide apportées dans des champs interdisciplinaires, en fonction des étapes de la vie. Il se caractérise par l'investissement d'un individu mobilisant des ressources vers des individus en besoin (de santé, d'aide sociale …) ou en apprentissage (étudiants, stagiaires). L'accompagnement est intégré dans les projets de soins mais également dans le cadre de la continuité des soins (techniques), de l'éducation thérapeutique.[6]

[6] PAILLARD C. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3ème édition. Noisy-le-Grand. SETES. 2016. 568 pages.

« La démarche d'accompagnement signifie d'aller vers quelqu'un pour partager quelque chose avec lui. Elle suppose donc la reconnaissance de l'autre comme un autre moi-même, c'est-à-dire comme sujet de sa vie ».[7]

« *L'accompagnement désigne ce processus singulier qui relierait deux personnes de statut inégal, avec l'idée de partager quelque chose qui n'appartient ni à l'un ni à l'autre* ».[8]

« *Le mot accompagner, de lui-même, indique une attitude, une conception du soin et de la relation avec le grand malade. Accompagner quelqu'un, ce n 'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas.* »[9]

Les parents sont les partenaires de la prise en charge de leur enfant lors de l'hospitalisation. A son arrivée, il est nécessaire d'expliquer à l'enfant le déroulé du séjour à l'hôpital. Leur rôle est de soutenir et d'accompagner leur enfant notamment en le préparant, quand cela s'avère possible, au séjour en milieu hospitalier. Il est nécessaire de leur donner des informations justes, avec des mots adaptés à leur compréhension.

Le patient sera rassuré s'il garde des repères avec l'accompagnement de ses parents au quotidien. L'entourage permet de limiter une émotion négative que l'enfant peut ressentir au cours de son hospitalisation (anxiété, angoisse, inquiétude). De plus, il est important que les parents et la famille puissent lui rendre visite afin de maintenir la dynamique familiale dans laquelle il garde sa place malgré l'hospitalisation. La présence des parents lors des soins permet à l'enfant de comprendre qu'ils le soutiennent et peuvent le distraire, le réconforter durant les actes réalisés par les professionnels. Les parents doivent pouvoir parler avec l'enfant de son état de santé, celui-ci pourra verbaliser son ressenti, parler de ses éventuelles douleurs.

Les parents sont le lien primordial entre l'enfant et l'équipe soignante en instaurant une communication adéquate qui amènera à une relation de confiance entre les professionnels, l'enfant et sa famille. La présence des parents auprès de leur enfant lui confère un sentiment de sécurité. Ils lui amènent un réconfort. La réalisation des soins par le personnel soignant en est facilitée si l'enfant les accepte et participe à sa prise en charge. La participation aux soins permet aux parents de se conforter dans la valorisation de leurs compétences à prendre soin de leur

---

[7] NUSS M. GOHET P. *Former à l'accompagnement des personnes handicapées*. Paris. Edition Dunod. 2007. XX-219 pages. p.27.
[8] NUSS M. GOHET P. *Former à l'accompagnement des personnes handicapées*. Paris. Edition Dunod. 2007. XX-219 pages. p.28.
[9] VESPIEREN P. *Face à celui qui meurt*. Paris. Desclée de Brouwer. 1984. 205 pages. p.183

enfant et les aident à une éventuelle continuité des soins lors du retour à domicile. Ainsi, en étant présents, les parents remarqueront les éventuels changements dans le comportement et les possibles réactions de leur enfant. Le personnel soignant pourra de ce fait, adapter sa prise en charge.[10]

Nous avons constaté qu'il est primordial de permettre aux parents de rester aux côtés de leur enfant afin d'accompagner celui-ci lors de son séjour à l'hôpital pour réduire l'anxiété des enfants. Néanmoins il arrive aux parents de ressentir des émotions, propres à chacun, qui peuvent avoir retentissement spécifique sur la prise en charge de l'enfant par l'équipe soignante. Nous allons donc développer les différentes émotions qui peuvent être ressenties par les parents et l'impact de celles-ci sur la prise en soins de l'enfant.

2) Le cadre conceptuel

Nous ferons tout d'abord, une analyse sur les différents ressentis possibles des parents, notamment le stress, l'angoisse, l'anxiété, l'inquiétude, la peur, la confiance et l'optimisme afin de pouvoir affiner concrètement les termes que nous employons dans notre questionnement. Nous parlerons ensuite de la parentalité en donnant dans un premier temps une définition de celle-ci puis nous évoquerons le partenariat entre la famille et les soignants et nous nous intéresserons aux bouleversements qu'une hospitalisation d'enfant peut engendrer au regard des ressentis possibles des parents quant à leur capacité à prendre soin de leur enfant. Nous terminerons par les conséquences que peuvent avoir les émotions parentales sur la prise en charge de l'enfant par l'équipe soignante. Nous ferons un point sur la gestion des parents qui montrent des difficultés à contenir leurs émotions puis nous verrons l'impact des émotions parentales sur le comportement de l'enfant.

[10] Association SPARADRAP. *Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires*. Paris. Association Sparadrap. 2004. 168 pages. p107,122,123 et WANQUET THIBAULT P. *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*. 2ème édition. Issy-les-Moulineaux. Elsevier Masson. DL 2015. XIX-172 pages

2.1 *Les ressentis*

En premier lieu il nous paraît important de différencier « sentiments », « émotions » et « humeurs ».

« L'émotion est un épisode relativement bref de changements synchronisés de plusieurs composantes (physiologique, cognitive, subjective), en réponse à des évènements externes ou internes de signification importante pour l'individu. L'humeur correspond à un état affectif diffus, de basse intensité mais de durée relativement longue, sans notion de brutalité. Le sentiment est purement cognitif et se traduit par le sens qui est donné à une émotion. Aucune manifestation physiologique concomitante n'est nécessaire »[11].

Nous parlerons donc, ici, des différentes émotions qui peuvent être ressenties.

Le stress

Le stress vient du terme anglais *distress* qui signifie « affliction ». Il s'agit d'un état réactionnel, une tension nerveuse de l'organisme face à une agression brusque causée par un agent physique, psychique ou émotionnel (un traumatisme, un choc émotionnel, une intervention chirurgicale, des situations de la vie quotidienne) qui entraîne un déséquilibre devant être compensé par un travail d'adaptation.

L'agression déclenche au niveau cérébral (hypophyse) une réaction d'alarme, stimulant la sécrétion de corticotrophine (ACTH) et donc d'hormones surrénaliennes (cortisol) qui modifient l'équilibre psycho-physiologique du sujet et entraînent notamment une tachycardie, une hyperventilation et une vasoconstriction artérielle. Lorsque le stress reste mineur, il joue un rôle positif en améliorant les capacités d'adaptation à l'agression. Il n'en va pas de même lorsque l'agression est trop intense ou qu'elle se prolonge.[12]

Pour Louis CROCQ, psychiatre, le stress est *« une réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu (plutôt de l'organisme) à une agression, une menace, une situation inopinée »*.

[11] Cours *« Les émotions »*, UE 1.1, semestre 1 « Psychologie, sociologie, anthropologie », Première année de formation en soins infirmiers 2014

[12] https://www.larousse.fr/dictionnaires/français/stress/74848 + https://www.cnrtl.fr/definition/stress + PAILLARD C. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3ème édition. Noisy-le-Grand. SETES. 2016. 568 pages.

L'angoisse

L'angoisse correspond à un sentiment pénible d'alerte psychique et de mobilisation somatique devant une menace ou un danger indéterminés et se manifestant par des symptômes neurovégétatifs caractéristiques (spasmes, sudation, dyspnée, tachycardie, vertiges …).[13]

C'est un état psychologique voisin de l'anxiété. Dans l'ouvrage « Manuel de psychologie du soin », l'angoisse constitue le versant somatique de l'anxiété. C'est une manifestation profonde d'inquiétude pouvant survenir de manière ponctuelle et disparaître rapidement. Elle se manifeste souvent par des troubles physiques mineurs apparaissant et augmentant en quelques minutes tels que la sensation de serrement au niveau de l'estomac, des palpitations, la transpiration, des problèmes respiratoires, des nausées, des évanouissements, des troubles du sommeil, des frissons, de la fatigue ou des pleurs[14].

L'anxiété

L'anxiété se définit comme un trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité. Il s'agit d'un état de trouble psychique, plus ou moins intense et morbide, s'accompagnant de phénomènes physiques (comportement agité ou immobilité complète, pâleur faciale, sueurs, irrégularités du rythme cardiaque, sensation de constriction épigastrique, spasmes respiratoires), et causé par l'appréhension de faits de différents ordres. Pour Antoine BIOY et Damien FOUQUES, « *« l'anxiété se manifeste souvent chez le sujet hospitalisé : inquiétude par rapport à la pathologie, une intervention chirurgicale, une anesthésie, un examen douloureux ». L'infirmier prendra en compte cet état pour rassurer, expliquer, informer, accompagner le patient à comprendre la nature des soins, le mettre en confiance ».*

L'inquiétude

L'inquiétude se caractérise par un état affectif pénible causé par la crainte, l'appréhension, l'incertitude. Cet état de préoccupation, de trouble ou de tourment empêche le repos, la sérénité. Cela correspond à un manque de quiétude. La personne inquiète n'a pas la paix intérieure et n'arrive pas à se détendre, car il y a quelque chose qui la tourmente. L'inquiétude peut également être considérée comme un symptôme de l'anxiété. Inquiète, la personne ne peut pas

---

[13] https://www.larousse.fr/dictionnaires/français/angoisse/3528

[14] https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/8092-angoisse-definition + https://www.cnrtl.fr/definition/angoisse + https://www.larousse.fr/dictionnaires/français/angoisse/3528+ PAILLARD C. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3ème édition. Noisy-le-Grand. SETES. 2016. 568 pages.

se concentrer sur ce qu'elle fait parce que son attention et ses pensées se concentrent sur une autre question. Cette agitation peut engendrer des problèmes au quotidien.[15]

La peur

La peur est une émotion, un sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou dans la perspective d'un danger, réel ou supposé, ou d'une menace . Cela se manifeste par la crainte que quelque chose, considéré comme dangereux, pénible ou regrettable, se produise. La peur est une conséquence de l'analyse du danger et permet au sujet de le fuir ou de le combattre.

Il s'agit d'un état affectif plus ou moins durable, pouvant débuter par un choc émotif, fait d'appréhension (pouvant aller jusqu'à l'angoisse) et de trouble (pouvant se manifester physiquement par la pâleur, le tremblement, la paralysie, une activité désordonnée), qui accompagne la prise de conscience ou la représentation d'une menace ou d'un danger réel ou imaginaire.

Selon certains psychologues tels que John B. WATSON et Paul EKMAN *« la peur est créée par un flux d'émotions, dont la joie, la tristesse et la colère »*. La peur devrait être distinguée de l'état d'anxiété. Par ailleurs, la peur est générée par les comportements spécifiques de l'évitement et de la fuite, alors que l'anxiété est le résultat de menaces perçues comme étant incontrôlables ou inévitables.

Pour Alain REY, *« c'est un phénomène psychologique à caractère affectif marqué qui accompagne la prise de conscience, justifiée ou non, d'un danger, d'une menace pour la vie ou la sensibilité du sujet, et qui peut prendre la forme, soit d'une émotion-choc, soit d'un sentiment pénible d'insécurité de désarroi, à l'égard d'évènements actuels ou prévus »*.[16]

La confiance

La confiance est *« un état psychologique se caractérisant par l'intention d'accepter la vulnérabilité sur la base de croyances optimistes sur les intentions (ou le comportement) d'autrui »*. Elle renvoie à l'idée que l'on peut se fier à quelqu'un ou à quelque chose.[17] C'est une croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre

---

[15] https://www.larousse.fr/dictionnaires/français/inquietude/43252 + https://www.cnrtl.fr/definition/inquietude + www.lesdefinitions.fr/inquietude

[16] https://www.larousse.fr/dictionnaire/français/peur/ 60046 + https://www.cnrtl.fr/definition/peur + https://fr.wikipedia.org/wiki/peur + PAILLARD C. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3ème édition. Noisy-le-Grand. SETES. 2016. 568 pages.

[17] http://fr.wikipedia.org/wiki/confiance

personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence.[18]

Dans l'étymologie latine, le verbe *confier* (du latin *confidere* : *cum*, « avec » et *fidere* « fier ») signifie qu'on remet quelque chose de précieux à quelqu'un, en se fiant à lui et en s'abandonnant ainsi à sa bienveillance et à sa bonne foi.

La confiance n'est jamais neutre. Elle est fondamentale car sans confiance, on ne pourrait même pas envisager l'avenir et chercher à bâtir un projet qui se développe dans le temps. Il est également possible de la définir comme un certain niveau de probabilité subjective, ce qui devrait permettre à un individu de croire que l'autre accomplira ce qu'il attend de lui. Faire confiance à quelqu'un signifierait dès lors d'envisager une possible coopération.[19] La confiance est le sentiment de sécurité qu'a une personne vis-à-vis de quelqu'un ou de quelque chose. Il s'agit de la présomption de soi-même et d'une caractéristique qui permet d'entreprendre et/ou de supporter des choses difficiles voire pénibles.

En psychologie sociale et en sociologie, la confiance est une hypothèse faite sur le futur comportement d'autrui. Il s'agit d'une conviction selon laquelle une personne serait capable d'agir d'une certaine manière face à une situation donnée. La confiance peut être renforcée ou affaiblie en fonction des actions de l'autre personne. Elle suppose une suspension, du moins temporaire, de l'incertitude par rapport aux actions des autres. Lorsqu'un individu a confiance en l'autre, il est certain de pouvoir prédire ses actions et ses comportements. La confiance rend donc les relations sociales plus simples.[20]

L'optimisme

L'optimisme désigne chez l'être humain un état d'esprit qui perçoit le monde et l'univers de manière positive. Le fondement de l'optimisme remonte à Socrate ; Platon l'a professé, puis Aristote. C'est un sentiment positif en tant que moteur de l'initiative. Néanmoins un excès d'optimisme peut être un biais cognitif ou émotionnel pouvant amener à des comportements dangereux.

D'après le dictionnaire de l'Académie Française, 8ème édition, l'optimisme se définit comme étant une doctrine philosophique qui soutient que tout ce qui existe est le mieux possible.

[18] http://www.cnrtl.fr/definition/confiance
[19] http://fr.wikipedia.org/wiki/confiance
[20] http://lesdefinitions.fr/confiance

C’est une disposition d'esprit qui consiste à voir le bon côté des choses, à bien augurer l’avenir et à considérer que des évènements, même fâcheux, prendront quoi qu’il arrive une tournure positive dans la mesure où l’on trouve une solution aux problèmes. C’est une confiance dans l'issue, le dénouement favorable d'une situation inquiétante, embarrassante. [21]

Ainsi, chaque personne est susceptible de ressentir différentes émotions dans une même situation. Nous retiendrons principalement le stress, l’anxiété (en corrélation avec l’inquiétude) et la peur. De ce fait, lorsqu’un enfant est hospitalisé, le proche peut ressentir diverses émotions et agir de manière singulière en fonction de ce qu’il éprouve. Il nous a été donc important de les définir pour mieux comprendre ce que chaque personne peut être en capacité de ressentir, de les repérer et d’adapter notre accompagnement en fonction de ce que les parents nous renvoient par leur attitude et comportement.

Après avoir précisé la particularité de chaque émotion, nous allons nous pencher sur le ressenti des parents quant à leurs compétences à prendre soin de leur enfant en milieu hospitalier et au quotidien selon leur vécu émotionnel.

2.2 *La parentalité*

2.2.1 Définition

Il s’agit d’un ensemble des comportements communs au plus grand nombre de parents dans une société et à une époque déterminée. Le Professeur Pierre DELION, qui est pédopsychiatre, définit la parentalité comme *« l’ensemble des remaniements psychiques à l’œuvre chez chaque parent pour investir le bébé et s’y attacher »* [22]. Terme qui a été introduit dans la langue française en 1961 par un psychiatre nommé RACAMIER et qui se traduit par un *« processus intrapsychique associé au fait d’être parent et permet de dépasser la distinction habituellement faite entre la fonction maternelle et la fonction paternelle et de présenter ce processus comme une étape du développement psychologique de l’adulte »*. C’est un *« ensemble de réaménagements psychiques et affectifs qui permettent aux adultes de devenir parent, c’est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux : le corps (soins nourriciers), la vie affective et la vie psychique »*. Du point de vue de l’action politique et sociale, la parentalité correspond à *« la fonction d’être parent. En y incluant les responsabilités juridiques,*

[21] https://fr.wikipedia.org/wiki/Optimisme + https://www.cnrtl.fr/definition/optimisme + https://www.notrefamille.com/dictionnaire/definition/optimisme/
[22] https://www.cairn.info/revue-devenir-2009-1-page-31.htm

morales et éducatives. Il s'agit alors de « soutenir les familles et protéger les intérêts des enfants. »[23]

Christine SCHUHL définit la parentalité comme un processus continu et précise qu'« *être parent est une fonction qui se dévoile au moment de la naissance ou de l'adoption. La parentalité est ce qui compose cette fonction parentale comme le respect, la dignité, l'amour, l'accompagnement de l'enfant. Elle se construit, au fil du temps, en écho de la propre histoire du parent, de ses compétences à considérer et à accompagner l'enfant dans ses étapes de développement. Cette aventure est parfois compliquée, car l'on ne naît pas parent, mais on le devient et l'on apprend à s'adapter à mesure que l'enfant grandit. La parentalité implique la responsabilité du parent, qui bien qu'étant un devoir envers l'enfant peut s'avérer très fragile dans certaines situations* ».[24]

Ainsi nous comprenons qu'être parent n'est pas inné, il s'agit d'un apprentissage continuel à prendre soin de son enfant et de lui permettre de se développer et d'évoluer à son rythme. Nous retiendrons également qu'il n'y a pas de modèle universel en matière de parentalité. Nous allons aborder maintenant le partenariat mis en place entre les soignants, l'enfant et sa famille dans la prise en charge de l'enfant par l'équipe soignante.

2.2.2 Le partenariat entre la famille et le soignant dans la prise en charge de l'enfant hospitalisé

L'hospitalisation d'un enfant concerne toute sa famille puisque la famille représente la principale source de soutien pour l'enfant. En effet, l'article 2 de la Charte de l'enfant hospitalisé précise « *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.* » Pour Mary JERRET, professeur à la School of Nursing de Kingston au Canada, *« les parents reconnaissent les compétences des professionnels de la santé mais ils souhaitent aussi une reconnaissance de leur propre expertise en tant que parents dans la gestion de la maladie de leur enfant. »*. Cette reconnaissance ne peut se faire que par l'élaboration d'un partenariat entre les parents et le personnel soignant notamment grâce à une communication adéquate, une précision quant aux rôles de chacun et

[23] Cours de DELOBELLE F. Psychologue EPDEF Arras. *Enseignement de Psychologie*. IFsanté. 5 février 2018

[24] PAILLARD C. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3ème édition. Noisy-le-Grand. SETES. 2016. 568 pages.

par le degré d'implication des parents dans les décisions concernant l'état de santé de leur enfant. Selon l'article 5 de la Charte de l'enfant hospitalisé *« les enfants et les parents ont le droit d'être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les soins. On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. »*

La collaboration entre les équipes et les parents permet à ces derniers de ressentir moins d'inquiétudes. Ils se sentent épaulés, valorisés et sont donc en capacité d'agir avec et pour leur enfant. La participation des parents aux actes réalisés, comme le stipule l'article 3 de la Charte de l'enfant hospitalisé, leur permet de contribuer au bien-être de leur enfant et de renforcer le lien familial. Ce partenariat encourage le soutien des parents tout en étant à l'écoute de leurs besoins et en valorisant leurs compétences et leurs ressources. Cela confère aux parents un sentiment de contrôle de la situation et les incitent à s'impliquer dans la prise en charge de leur enfant. [25]

La participation des parents aux soins est la conséquence indirecte de deux évolutions croisées : la reconnaissance, explicitée dans la Charte de l'enfant hospitalisé par le droit de l'enfant d'avoir ses parents à ses côtés au cours de son hospitalisation, par le raccourcissement de la durée des séjours et l'augmentation des maladies chroniques. De ce fait les parents doivent apprendre à réaliser certains soins afin de poursuivre le traitement à domicile pour que l'enfant se retrouve dans son environnement habituel. La non adhésion des parents à la réalisation de ces soins entraînerait une prolongation du séjour à l'hôpital. La présence d'un parent sensible et attentif aux côtés de l'enfant joue un rôle décisif pour garantir le bien-être de celui-ci. Les soignants souhaitent la présence des parents pour réaliser, avec l'adhésion de l'enfant, des soins de qualité tout en veillant à ce que la présence des parents ne soit pas néfaste à la prise en charge de l'enfant. L'article 8 de la charte de l'enfant hospitalisé précise que *« l'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille. »* De cette manière les soignants peuvent accompagner les parents afin d'améliorer la relation parents-enfant qui peut être altérée par la présence en milieu hospitalier.[26]

Nous venons de voir l'importance d'un partenariat entre l'équipe soignante, l'enfant et sa famille lors de l'hospitalisation afin d'établir une relation de confiance qui est le noyau essentiel

---

[25] BARBE COULON D., DUFEY VERGA M. « La perception des parents d'un enfant hospitalisé quant à leurs compétences ». In *Soins Pédiatrie/Puériculture n° 299*. Novembre/Décembre 2017. P46

[26] MOUGEL S. « Le partenariat parent-soignant en pédiatrie ». In *Soins Pédiatrie/Puériculture n° 277*. Mars/Avril 2014. p14 à 16 et DEVOLDERE C. « Favoriser la présence des parents lors des soins ». In *Soins Pédiatrie/Puériculture n° 277.* Mars/Avril 2014. Pages 17-18

d'une prise en charge de qualité. En effet, il est toujours plus facile de soigner lorsque la personne adhère à ce que l'on va lui faire.

Nous savons qu'une hospitalisation peut générer des émotions qui sont propres à chacun et qui font que personne ne réagit de la même manière face à une situation identique. C'est pourquoi nous allons analyser les différentes réactions que peuvent avoir les parents lorsque leur enfant est hospitalisé.

2.2.3 La parentalité lors d'une hospitalisation

La découverte d'une maladie ternit la fonction parentale de garant de la sécurité de l'enfant. L'enfant se retrouve fragilisé en raison d'une problématique médicale. Les parents se sentent coupables de la maladie de leur enfant.

Lors d'une hospitalisation les parents ressentent un tourment puisque l'hôpital reste généralement un milieu inconnu, angoissant. Chaque parent réagit à sa manière, de par sa personnalité, son tempérament et son expérience de vie. Les parents se demandent alors comment ils vont expliquer à leur enfant ce qui lui arrive. Dans les réactions des parents se reflètent généralement leurs expériences passées remontant souvent à leur propre enfance (peurs, inquiétudes, angoisses). Le doute et l'inquiétude engendrent une tension psychologique associée à des nuits d'insomnie et de fatigue physique. Les parents éprouvent alors un réel soulagement à l'annonce du diagnostic et peuvent enfin mettre des mots sur l'état de santé de leur enfant.

Hors de son environnement habituel l'enfant se retrouve dans un milieu totalement inconnu pour lui et vit des émotions particulières. Il a besoin d'être rassuré notamment par les personnes en qui il a le plus confiance. Il est donc important de parler avec l'enfant et de lui expliquer pourquoi il est à l'hôpital, comment va se passer l'hospitalisation, les actes qui seront effectués ; le tout avec un vocabulaire adapté à ses capacités de compréhension. Afin de pouvoir expliquer les choses à l'enfant, il est nécessaire que les parents reçoivent des informations claires et précises de la part de l'équipe soignante. Celle-ci s'assure que ces notions sont comprises par les parents qui pourront alors les transmettre à leur enfant.

L'hospitalisation d'un enfant entraîne des modifications dans l'organisation dans la vie familiale et professionnelle. Les réactions parentales diffèrent selon chaque personne. Les parents peuvent se montrer agressifs voire violents avec le personnel soignant. Ils peuvent avoir

une réaction de déni quant au diagnostic posé (pour eux les médecins se trompent, ce diagnostic n'est pas réel) ou se trouver dans un état de sidération tel qu'ils ne comprennent pas ce qui leur est expliqué. Certains parents peuvent ne pas se sentir capable de gérer la situation et prennent la fuite ; ils n'arrivent pas à être présents pour leur enfant. D'autres peuvent avoir des réactions particulières qui ne sont pas forcément comprises par le personnel soignant. Néanmoins chaque parent gère la situation à sa manière. La meilleure attitude, pour le bien-être de l'enfant, est de le rassurer et le réconforter en continuant d'assurer le même rôle qu'à domicile. D'autres parents deviennent surprotecteurs, ils se sentent coupables de l'état de santé de leur enfant ; de ne pas avoir réussi à le protéger contre la maladie. Ils pensent que leur enfant est beaucoup plus fragile qu'il ne le laisse paraître ; il faut alors rassurer les parents afin que ceux-ci puissent se recentrer sur les besoins réels de leur enfant. Certains sont perdus car ils n'ont plus le contrôle de la situation ; leur vie quotidienne est complètement bouleversée ce qui leur confère un sentiment d'angoisse, d'impuissance face à cette situation imprévue. Ils vont alors se centrer sur des détails sans importance afin de réguler leur angoisse en essayant de reprendre le contrôle de la situation. D'autres parents se sentiront dépassés et ne seront pas en capacité de répondre aux besoins de leur enfant. Ils sont en situation de souffrance et ont besoin que le personnel soignant leur accorde attention et soutien, pour mettre des mots sur leurs ressentis et leurs émotions. Ils pourront alors être présents pour leur enfant et répondre à ses attentes.[27]

Les parents présentent souvent des difficultés de compréhension de ce qui leur est dit en raison de l'utilisation d'un langage médical complexe et peu compréhensible par les personnes qui n'y sont pas habituées. Les parents n'oseront peut-être pas préciser à leur interlocuteur qu'ils n'ont pas compris de peur que celui-ci émette un jugement de valeur à leur encontre. De ce fait, il est difficile aux parents d'expliquer à leur enfant ce qu'il se passe puisque, eux-mêmes, n'ont pas compris. Ils attendent néanmoins qu'on leur donne des informations franches et claires, même si elles ne sont pas faciles à accepter, quant à l'état de santé de leur enfant, les traitements mis en place, le déroulement de l'hospitalisation et les examens qui vont être réalisés. Cette transmission d'informations permet l'établissement d'une relation de confiance entre les parents et les professionnels et font des parents les partenaires de concertation dans la prise de décisions. Toutefois, il est nécessaire que les équipes soignantes prennent connaissance auprès des parents du degré d'informations qu'ils souhaitent obtenir.

[27] WANQUET THIBAULT P. *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage. La place des aidants naturels dans la relation de soin*. 2ème édition. Issy-les-Moulineaux. Elsevier Masson. 2015. 172 pages. p87-88

Une hospitalisation génère une réorganisation du quotidien qui peut s'avérer difficile même si l'article 3 de la charte de l'enfant hospitalisé spécifie que *« l'on encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire »*. Malgré tout, les parents doivent jongler entre leur vie au domicile (les parents peuvent solliciter les équipes pour les aider dans la gestion de la fratrie, dans l'organisation des actes de la vie quotidienne : le personnel pourra les informer des aides possibles au vu de leur situation), leur vie professionnelle (ils ne peuvent pas forcément s'absenter de leur travail) et leur présence à l'hôpital auprès de leur enfant malade. Il leur est alors difficile de faire un choix en particulier lorsqu'ils sont dans l'impossibilité d'être présent auprès de leur enfant tout en souhaitant être à ses côtés. Ils ont besoin d'être rassurés, par eux-mêmes, quant à l'état de santé de leur enfant, de pouvoir le consoler, l'apaiser et surtout lui montrer qu'il n'est pas seul et que ses parents ne l'ont pas abandonné.

Même si le milieu hospitalier leur est inconnu, les parents ressentent le besoin et la nécessité de participer aux soins de leur enfant notamment pour les actes de la vie quotidienne (toilette, alimentation, change, habillage …). De ce fait, ils assurent le bien-être physique et psychologique de leur enfant. Le personnel soignant tiendra compte du ressenti et des envies des parents quant à leur présence ou leur participation aux autres soins délivrés.

Les parents auront besoin d'être soutenus, accompagnés par le personnel soignant qui se doit d'être à leur écoute, de manière empathique, quant à leurs ressentis, leurs attentes, leurs difficultés. Les parents ont besoin de trouver un sens à ce qui leur arrive ; ils se sentent coupables de l'état de santé de leur enfant ; ils se demandent ce qu'ils ont fait de mal. Le personnel, de par la relation de confiance établie avec les parents, a alors un rôle primordial de réassurance et de revalorisation des compétences des parents à prendre soin de leur enfant. Il est nécessaire que les parents s'octroient un temps de repos, spécifiquement pour eux, afin de se changer les idées. Pour cela ils se font relayer auprès de l'enfant par un autre membre de la famille. Ils pourront alors se ressourcer et être de nouveau disponible et attentif aux besoins de l'enfant.

Même si l'enfant vit au rythme de l'hôpital, il est important de lui octroyer des temps spécifiques d'intimité avec ses parents afin de maintenir leur dynamique familiale, la relation parents-enfant ainsi que la relation fraternelle, sans qu'interfère le personnel soignant, dans la mesure du possible.

Une connaissance, par le personnel médical, des attentes et des besoins des parents leur permet d'adapter leur comportement et leur communication afin d'accompagner au mieux les parents dont la présence se révèle être bénéfique pour leur enfant, le tout en établissant une relation de confiance avec l'enfant et ses parents pour obtenir une acceptation des soins et une participation de l'enfant quant à sa prise en charge à l'hôpital. [28]

Nous comprenons donc l'importance de l'accompagnement des parents par l'équipe soignante afin de pouvoir répondre à leurs attentes, leurs besoins et leurs questions de manière à être en capacité de leur apporter un certain réconfort, à les rassurer. Un parent qui a les informations nécessaires quant à l'état de santé et à la prise en charge de son enfant sera alors en mesure de répondre aux éventuelles demandes de l'enfant et pourra lui expliquer les soins qui seront effectués. Néanmoins, des émotions parentales non gérées peuvent avoir des conséquences sur le comportement de l'enfant, qui ressent les émotions de ses parents, et donc sur la qualité de l'adhésion de l'enfant aux soins qui lui seront fournis.

2.3 *Les conséquences dans la prise en charge de l'enfant*

2.3.1 La gestion des parents stressés

Selon le Docteur DEVOLDERE, pédiatre et Présidente de l'association SPARADRAP[29], faire participer les parents lors des soins (tenir le masque à MEOPA, rassurer l'enfant) permettrait de réduire le stress des parents lors de l'hospitalisation de leur enfant. Une enquête réalisée en 1999 par le Docteur Ricardo CARBAJAL sur la place des parents lors des gestes douloureux a montré que l'anxiété des parents était majorée lorsque ces derniers n'étaient pas aux côtés de leur enfant lors du soin. Il ajoute que la participation des parents aux soins de son enfant permet à l'enfant de ressentir un climat de sécurité, favorisant l'adhésion aux soins. D'après le colloque « Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs et partenaires »[30], la maladie d'un enfant perturbe la fonction du parent dans la sécurité de son enfant et perturbe la dynamique familiale avec l'instauration d'une triade enfant-soignant-parent. Cet ensemble peut conduire chez les parents un sentiment de dépossession de leur enfant. Il importe donc de maintenir une présence parentale (physique et psychologique) afin d'éviter ce sentiment et de minimiser le risque

[28] WANQUET THIBAULT P. *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*. 2ème édition. Issy-les-Moulineaux. Elsevier Masson. DL 2015. XIX-172 pages

[29] https://www.pediadol.org/IMG/pdf/U2012_soignants_parents.pdf

[30] Association SPARADRAP. *Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires*. Paris. Association Sparadrap. 2004. 168 pages. p 54

d'anxiété. Selon l'article « les relations parents-enfant-professionnels »[31], l'information auprès des parents sur l'état de santé de leur enfant peut majorer de l'anxiété qui peut être liée au sentiment de culpabilité ou à d'autres préoccupations comme la gestion des tâches quotidiennes au domicile, de la fratrie. Pour éviter cette majoration d'anxiété, il faut laisser le temps aux parents d'intégrer les informations, leur répéter si besoins les éléments de prise en soins de leur enfant et, si les parents le souhaitent, les faire participer aux soins de leur enfant. L'article « Communiquer avec l'enfant hospitalisé et sa famille » [32] montre l'importance d'établir un dialogue lorsqu'un parent est stressé. La communication non verbale transmet un support visuel permettant au parent stressé de se recentrer afin d'intégrer les informations, les éléments rassurants que le soignant évoque.

Ainsi, le stress des parents peut être causé par un ensemble de facteurs. S'en informer, se questionner sur l'état émotionnel des parents nous permettra de mettre des mots sur leur comportement et nous aidera à trouver des stratégies d'accompagnement.

Nous allons observer si les émotions ressenties par les parents lors de l'hospitalisation de leur enfant ont des répercussions sur le comportement de l'enfant qui sera face à l'équipe soignante.

2.3.2 L'impact sur l'enfant des émotions du parent

Isabelle FILLIOZAT, psychothérapeute nous dit que « *l'enfant a besoin de l'accompagnement de l'adulte pour ne pas être envahi et débordé par ses affects, pour canaliser son énergie, pour apprendre à exprimer ses besoins de manière socialement acceptable, pour savoir qu'il ne court pas de danger en se laissant aller à ce qu'il ressent. Pas question donc de le laisser seul avec ses émotions quand il n'a pas encore les outils mentaux pour gérer efficacement ce qu'il vit. Plutôt que laisser les enfants seuls aux prises avec leurs monstres intérieurs, nous pouvons être là. Les parents ont la responsabilité de la sécurité affective des enfants. L'enfant a besoin de sentir la solidité de ses parents lorsqu'il vit une émotion et il a besoin de les voir eux aussi traverser des émotions, même fortes, sans être détruits* ».[33]

[31] HUOT-MARCHAND M. « Les relations parents-enfant-professionnels à l'hôpital ». In *Soins Pédiatrie/Puériculture n° 249.* Août 2009. p 18

[32] HUOT-MARCHAND M. « Les relations parents-enfant-professionnels à l'hôpital ». In *Soins Pédiatrie/Puériculture n° 249.* Août 2009. p15

[33] http://apprendreaeduquer.fr/accompagnement-des-emotions-de-lenfant/

Le petit enfant est prisonnier de l'immédiateté de sa réponse émotionnelle, sans médiation de la pensée pour relativiser les choses ou hiérarchiser les enjeux. Il est facilement envahi par ses affects et a donc besoin de nous pour l'aider à trouver la sortie. D'autre part, il cherche bien naturellement à donner sens à ce qu'il vit. Il le fait avec les moyens du bord. Il organise et interprète ses perceptions à sa manière, à la lumière des informations, souvent incomplètes, parfois déformées, dont il dispose. Ce qui peut donner lieu à des réactions émotionnelles incompréhensibles pour les parents.[34]

L'habileté parentale (relation entre le parent et l'enfant) influe sur les émotions de l'enfant. Les parents ont un rôle primordial sur le développement de l'affectif de leur enfant, notamment au cours de la petite enfance. L'éducation que les parents ont reçu durant leur enfance a des répercussions (positives ou négatives) sur la manière dont ils vont éduquer leur propre enfant. Les parents agissent différemment : certains peuvent imposer des limites à ne pas dépasser. D'autres vont tolérer ou rejeter les comportements de leur enfant. De plus, selon les situations vécues par les parents, leurs émotions peuvent différer et influencer sur leur comportement auprès des enfants. En effet, chaque situation est interprétée et vécue de manière différente selon nos croyances sur les habiletés parentales, les attentes envers les capacités de son enfant, les raisons pour lesquelles un enfant agit d'une certaine manière. En revanche, les parents peuvent exprimer une attitude chaleureuse envers leur enfant tout en ayant des difficultés à exprimer leurs émotions.[35]

Divers éléments peuvent expliquer la transmission de l'anxiété du parent chez le jeune enfant. Tout d'abord, la tendance à vouloir « surprotéger » son enfant en renforçant les stratégies d'évitement de l'enfant face à des situations que le parent craint lui-même pour son enfant. La surprotection de l'enfant conduit le parent à être impliqué de manière excessive dans la vie de l'enfant. Ce qui peut l'empêcher de réaliser des opportunités qui s'offrent à lui ou de faire face à des situations qu'il craint par avance entraînant de l'angoisse. Ainsi, en ayant moins

[34] https://www.colibris-lemouvement.org/magazine/laccompagnement-emotionnel-lenfant

[35] http://www.enfant-encyclopedie.com/habiletes-parentales/selon-experts/les-attitudes-et-croyances-parentales-et-leur-impact-sur-le

d'opportunité, l'enfant ne sera pas habitué aux menaces qu'il perçoit ou que les parents perçoivent face à une situation. Par conséquent, il sera moins en mesure de faire face aux menaces et d'obtenir un sentiment d'être capable de se confronter à une situation qui lui paraît complexe. Ainsi, l'évitement des situations craintes par l'enfant peut l'amener à des troubles anxieux. Les parents ayant une approche plus critique envers les comportements de leur enfant influent sur la gestion des émotions de l'enfant. En effet, un enfant recevant des critiques négatives de la part de ses parents minimise ses émotions influençant sa régulation émotionnelle et accentue son sentiment de vulnérabilité. L'enfant ressent ainsi des émotions plus négatives. Les parents plus craintifs développent des stratégies d'évitement qui peuvent engendrer des problèmes affectifs chez l'enfant. En effet, un parent craintif est souvent anxieux, transmettant des indices de menace et d'évitement à son enfant.

Une relation parents-enfant où l'évitement, la crainte, la surprotection prédominent peut développer chez l'enfant des émotions négatives voire néfastes pour son développement affectif. L'enfant vit dans un attachement insécurisé lorsqu'il ressent chez le parent un mal-être dans la relation avec l'enfant. Les théoriciens qui ont étudié l'attachement parents-enfant ont déduit qu'un attachement est dit insécurisé lorsque le parent ne répond pas aux besoins de l'enfant adéquatement. Les enfants dont l'attachement est insécurisé ne seraient pas en mesure de *« développer leurs habiletés de régulation émotionnelle et une estime de soi positive »*.[36]

Nous constatons que l'enfant ressent les émotions et intègre les comportements de ses parents. Il aura donc une attitude d'imitation, il est le reflet de ses parents. Nous devons pouvoir établir une relation de confiance, de partenariat et un partage des informations avec l'enfant et sa famille afin que ceux-ci adhèrent au protocole de soins qui sera établi dans la prise en charge hospitalière de l'enfant. Cette relation de confiance ne peut s'établir que si le personnel est en capacité de répondre aux attentes et besoins des parents quant au suivi de leur enfant.

[36]http://www.enfant-encyclopedie.com/habiletes-parentales/selon-experts/la-relation-parent-enfant-pendant-la-petite-enfance-et-le

2.3.3 Le lien d'attachement des parents et de l'enfant hospitalisé selon son âge

Les enfants reflètent nos émotions. Ils les reflètent et les expriment d'autant mieux qu'ils les « absorbent » et les restituent sans frein puisque la maturité de leur cerveau ne leur permet pas de les réguler. Les parents ont donc aussi un miroir de leurs propres émotions qui se traduit par les comportements de leurs enfants. Ils doivent pouvoir s'apaiser afin de comprendre les émotions des enfants, émotions non occultées par celles de leurs parents[37].

Selon le livre « L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage », les enfants de moins de trois ans ont besoin de leurs parents pour faire preuve de réassurance et de réconfort. De ce fait, l'enfant se sentira en sécurité et apaisé. Un enfant de moins de trois ans va percevoir les émotions de ses parents. Les enfants de 3 à 6 ans ont également besoin de leurs parents dans un milieu qui leur est inconnu. Ils rencontrent d'énormes difficultés à être séparés de leur famille. Les enfants âgés de 7 à 12 ans ont des appréhensions face à l'hospitalisation au regard de leur vécu personnel, des médias ou de leurs représentations. De plus, ils sont en mesure de comprendre la situation qui peut être inquiétante pour eux. Il est donc important de leur expliquer les actes à venir car l'enfant est en capacité de comprendre et souhaite connaître le déroulement de sa prise en charge. Ceci permettant de réduire son anxiété. Ils recherchent l'indépendance face aux parents. La puéricultrice peut gagner leur confiance en leur laissant, dans les limites du possible, être actifs de leur prise en soins. Même si l'enfant n'exprime pas ses besoins, il peut avoir besoin de ses parents à côté de lui pour se sentir accompagné, guidé dans sa prise en soins et rassuré face à un monde qui lui est inconnu et qui lui fait peur. Il accepte plus facilement la séparation avec les parents mais certains actes nécessitent leur présence (salle de réveil). Les adolescents, quant à eux, comprennent leur maladie et vivent l'hospitalisation avec de fortes émotions. Ils ont besoin de se sentir indépendants des parents : ils recherchent leur identité. Pendant cette phase, ils peuvent se sentir en insécurité et être vulnérables. L'hospitalisation peut accentuer ce sentiment. Ils vont vouloir maintenir le contrôle de leur vie et rechercher cette identité malgré l'hospitalisation. Pour cela, ils vont se détacher

[37] papapositive.fr/parents-miroir-emotions-de-lenfant-inversement/

des parents. Contrairement au jeune enfant qui, avec les émotions négatives, va refuser la prise en soins, l'adolescent, quant à lui, va refuser pour se sentir libre et indépendant. Les parents doivent se montrer disponibles pour l'adolescent et comprendre son besoin d'indépendance dans sa prise en charge. Ainsi, nous remarquons que l'adolescent se détache des émotions du parent dans sa prise en soins et se concentre sur les siennes.

En résumé, nous remarquons qu'au cours du développement de l'enfant, la place du parent peut varier mais elle reste nécessaire pour que l'enfant se sente en confiance au cours de son hospitalisation. Nous avons donc décidé de centrer notre travail sur les enfants de 3 à 12 ans car durant cette période, l'enfant est généralement plus dépendant de ses parents d'un point de vue émotionnel.[38]

IV) La problématique et les hypothèses

L'élaboration du cadre théorique met en évidence que les émotions ressenties par les parents lors de l'hospitalisation de leur enfant ont un impact sur les comportements de l'enfant qui, face à l'équipe soignante, se fera le reflet du ressenti de ses parents ; qui jouera un rôle quant à l'adhésion et la participation de l'enfant aux soins qui lui seront prodigués. Nous constatons la nécessité d'un accompagnement des parents par l'équipe soignante, et en particulier par la puéricultrice, quant aux différentes émotions que l'enfant peut alors ressentir. La prise en compte des ressentis parentaux aiderait ceux-ci à une gestion de leurs émotions et faciliterait la relation nécessaire entre l'équipe soignante, les parents et l'enfant.

L'élaboration du cadre théorique nous a apporté de nouvelles données qui nous ont permis d'approfondir notre questionnement afin de formuler une problématique de recherche, à savoir

En quoi les stratégies d'accompagnement des émotions des parents mises en place par les puéricultrices peuvent-elles permettre à l'enfant, de 3 à 12 ans, d'adhérer à sa prise en soins en unité de soins de courte durée ?

[38] WANQUET THIBAULT P. *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*. 2ème édition. Issy-les-Moulineaux. Elsevier Masson. DL 2015. XIX-172 pages

De cette problématique nous avons établi une hypothèse de recherche :

La prise en considération, par la puéricultrice, des émotions des parents lors de l'hospitalisation de leur enfant facilite la prise en soins de l'enfant.

Cette hypothèse nous oriente vers des sous-hypothèses à savoir :

- Les émotions parentales influencent les émotions de l'enfant face à l'hospitalisation.
- Les émotions parentales influencent l'acceptation de l'enfant aux soins qui lui seront délivrés.
- L'acceptation de l'enfant aux soins qui lui seront délivrés facilite la prise en soins par la puéricultrice.

Afin de constater si nos hypothèses de recherches seront validées ou non, nous avons choisi d'effectuer notre étude sur le terrain, dans deux hôpitaux distincts, et plus particulièrement dans les services d'urgences pédiatriques et de chirurgie pédiatrique (où les interventions sont programmées) dans lesquels nous nous entretiendrons, pour chaque service, avec 2 puéricultrices, et ce, dans le but d'y comparer les pratiques.

Etant donné que notre questionnement concerne les pratiques professionnelles mises en œuvre dans la prise en charge de l'enfant et de sa famille, il nous semble plus judicieux de mener notre recherche grâce à des entretiens semi-directifs auprès du personnel soignant qui aura l'opportunité de nous faire part de leur expérience dans la prise en charge de l'enfant et de sa famille.

Afin de réaliser nos entretiens, nous avons donc élaboré un guide d'entretien dans lequel nous retrouvons l'intégralité des questions, qui devraient nous permettre de répondre à notre problématique et à nos hypothèses. Ces questions seront le fil conducteur de nos entretiens avec les différents professionnels qui nous feront part de leurs expériences.

Notre guide d'entretien comporte 8 questions (cf. Annexe 2)

La première question nous permet d'évaluer l'expérience des professionnels de santé afin d'observer si l'expérience influe sur la prise en charge de l'enfant et de ses parents.

La deuxième question nous permet de visualiser le contexte d'une prise en charge et d'observer d'éventuels problèmes rencontrés lors d'une prise en charge parents/enfant/soignant.

La troisième question nous permet d'observer le type d'émotions ressenties (positives ou négatives), de constater leur influence sur leur enfant. Cette question nous permet également d'observer les représentations des soignants face aux comportements des parents.

La quatrième question nous permet d'étudier l'observation des comportements et l'interprétation par les soignants de ces comportements. Elle nous permet également d'analyser les différents comportements rencontrés.

La cinquième question nous permet de constater si les soignants rencontrent des difficultés dans la prise en charge de l'enfant par la présence ou non des parents.

La sixième question nous permet de cibler les problèmes rencontrés et découvrir les solutions apportées.

La septième question nous permet de connaître les études déjà menées sur le terrain et d'analyser leur efficacité puis de comparer selon les deux services si elles sont identiques ou non, bénéfiques ou non.

La huitième question nous permet d'observer l'efficacité des stratégies utilisées sur les émotions de l'enfant, donc sur son comportement.

V) Enquête

1) Analyse des entretiens

Nous avons réalisé les entretiens dans deux hôpitaux différents, un hôpital public et un hôpital semi-privé. Ensemble, nous avons réalisées les entretiens de l'hôpital public (deux puéricultrices de service de chirurgie pédiatrique et deux puéricultrices des urgences pédiatriques). Un des entretiens du service des urgences pédiatriques s'est révélé très compliqué. En effet, nous avions rencontré des difficultés à effectuer l'entretien. Nous nous sommes déplacées une première fois où la charge de travail empêchait l'infirmière puéricultrice de se détacher. Lorsque nous sommes revenues, la charge de travail était importante. La puéricultrice nous a proposé de le réaliser pendant sa pause. Elle avait dix minutes à nous consacrer. Nous étions dehors, la puéricultrice a refusé l'enregistrement de l'entretien. Nous avons donc pris des notes. Dans l'hôpital semi-privé, nous avons réalisé les entretiens séparément, selon notre disponibilité et celles des puéricultrices. Léonie a donc effectué les entretiens dans le service de chirurgie pédiatrique (une puéricultrice et une infirmière) et Mélanie dans le service d'urgences pédiatriques (deux puéricultrices). Les lieux étaient propices

pour un entretien, endroits calmes (chambre, salle de jeux). Nous avons décidé de nous partager le travail de cette manière : Mélanie a réalisé l'analyse des entretiens de chirurgie pédiatrique. Pour cela, elle a analysé les entretiens question par question en établissant les thèmes qui en ressortent puis elle a fait le lien avec la théorie. Léonie a effectué l'analyse des entretiens des urgences pédiatriques. Elle a réalisé un tableau reprenant chaque question avec les idées principales énoncées dans le but de comparer les propos recueillis avec la théorie (cf. annexe6). Ce choix s'est fait en corrélation de nos constats. Nous avons remarqué que la réalisation des entretiens en binôme était plus enrichissante (chacune pouvait rebondir sur des propos qu'elle ne comprenait pas ou qui l'interpellait). Puis, nous avons réalisé une analyse commune afin de pouvoir comparer les propos selon les puéricultrices et les hôpitaux.

1.1 En service d'hospitalisation de courte durée

En premier lieu nous allons analyser les entretiens réalisés dans les services de chirurgie pédiatrique. Concernant le premier hôpital, public, dans lequel nous avons mené notre enquête, les entretiens ont été réalisés un dimanche en début d'après-midi, en salle de détente du service où les puéricultrices, chacune leur tour, ont pu prendre le temps de répondre à nos questions. Nous allons nommer les deux puéricultrices « Puéricultrice n°1 » et « Puéricultrice n°2 ». Concernant le deuxième hôpital, semi-privé, dans lequel nous avons réalisé nos entretiens, ceux-ci ont été effectués un mardi après-midi, en salle de détente. Les puéricultrices, que nous nommerons « Puéricultrice n°3 » et « Infirmière n° 4 » ont pris le temps de répondre à nos questions malgré une charge de travail importante ; une interruption téléphonique a eu lieu durant l'entretien avec la puéricultrice n°3. Grâce aux questions posées, nous avons pu définir plusieurs thématiques qui reviennent dans les quatre entretiens.

Les puéricultrices n°1 et n°2 ont une longue expérience professionnelle dans le service, la première y travaille depuis 9 ans et la seconde depuis 13 ans. La puéricultrice n°3 a quant à elle une expérience de 3 ans dans ce service. La dernière professionnelle à avoir été interrogée travaille depuis 2 ans en tant qu'infirmière dans le service de pédiatrie conventionnelle ; elle a été formée sur le terrain sans faire l'année de spécialisation.

Concernant le déroulé de la prise en charge d'un enfant, les trois puéricultrices et l'infirmière nous expliquent le déroulement de l'accueil de l'enfant dans le service, de son arrivée aux soins qui lui seront délivrés à son retour de bloc. La puéricultrice n°1 nous précise que la séparation entre l'enfant et ses parents peut être difficile *« Si l'enfant pleure c'est plus compliqué pour les*

parents […] on voit qu'ils ont mal au cœur » mais que tout dépend surtout du degré de préparation psychologique de l'enfant *« on voit tout de suite qui a été préparé par les parents qui lui ont expliqué ce qui allait se passer et un enfant qui n'a pas été préparé du tout […] ça se voit tout de suite »* ; propos également repris par la puéricultrice n°2 *« des enfants à qui on a expliqué ce qui allait se passer avant d'arriver ici ils sont nettement moins angoissés qu'un enfant à qui on a rien dit du tout qui se demande un peu pourquoi il arrive dans ce monde pourquoi on l'emmène […] mais voilà après ceux qui le font pas l'enfant revient un peu terrorisé et donc pour nous prise en charge beaucoup plus difficile parce que pas du tout coopérant »*. Ces propos reprennent donc ce que l'on a abordé dans le cadre théorique où nous avons vu l'importance d'expliquer à l'enfant ce qui va se passer durant l'hospitalisation, et ce avec un vocabulaire adapté à sa compréhension. D'après le colloque intitulé « Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires » organisé en 2004 par l'association SPARADRAP et d'après le livre « L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage » de Pascale WANQUET THIBAULT, il est nécessaire d'expliquer à l'enfant le déroulé du séjour à l'hôpital, de leur donner des informations justes, avec des mots adaptés à leur compréhension.

Pour toutes les puéricultrices ainsi que pour l'infirmière, la présence des parents auprès de leur enfant durant l'hospitalisation est indispensable ; la puéricultrice n°3 précise qu'il peut y avoir des situations particulières pour lesquelles les parents sont absents *« la plupart du temps il y a au moins un parent mis à part après si c'est une situation spécifique sociale ou un enfant placé ou quelque chose comme ça »*. L'infirmière quant à elle nous dit n'avoir *« jamais vu des parents qui étaient pas présents »* néanmoins certains enfants restent seuls notamment pour la nuit.

La puéricultrice n°1 nous précise *« les parents restent toujours à côté de son enfant sauf quand il y a des situations qui sont un peu compliquées où les parents sont un peu comment je vais dire un peu agressifs où c'est déjà qu'il faut faire des soins un peu compliqués aux enfants les parents sont un peu agressifs et qu'on sent que ça stresse l'enfant ça nous stresse aussi et du coup c'est déjà arrivé qu'on demande aux parents « écoutez, sortez, allez prendre l'air, on s'en occupe et vous revenez après, allez vous calmer » mais sinon le parent est toujours présent »*. Elles incluent les parents dans la prise en charge de l'enfant *« pour tout soin (une prise de sang, un pansement) on essaye même de stimuler souvent les parents à les faire eux-mêmes […] on essaye de solliciter un maximum les parents », « je les emmène toujours avec moi sauf s'ils se sentent pas capables à ce moment-là »*. La présence des parents lors des soins délivrés à leur enfant permet d'établir une relation de confiance entre l'enfant, ses parents et la puéricultrice.

Par rapport aux émotions qui peuvent être ressenties par les parents lors de l'hospitalisation de leur enfant, les puéricultrices n°1 et n°2 ainsi que l'infirmière nous citent la peur *« c'est une émotion qui ressort souvent même s'ils ne le disent pas forcément on le ressent »* et l'angoisse ; la puéricultrice n°3 nous parle d'inquiétude (émotion également citée par l'infirmière) et de stress. Il s'agit de quatre émotions que nous avons pris soin de définir dans notre cadre conceptuel. La puéricultrice n°3 cite également l'incompréhension et la colère « *parfois il y a de la colère aussi ça dépend comment ils gèrent justement ce stress et cette inquiétude »*. L'infirmière nous parle d'appréhension et d'impatience *« y sont dans le vite vite faut que ça se termine assez pressé »*. La puéricultrice n°1 nous dit *« ils se sentent souvent démunis face à la douleur »*, douleur également citée par la puéricultrice n°2 qui nous parle de *« douleur par transfert »*. Pour la puéricultrice n°1, les parents peuvent également être démunis *« face à leur comportement parce que parfois les enfants ils ont pas du tout le même comportement ils nous disent souvent « d'habitude il n'est pas comme ça » »*. La puéricultrice n°2 nous cite également l'inconnu. La puéricultrice n°1 parle également de reconnaissance *« très contents des soins […] que l'hospitalisation s'est très bien passée […] ils sont reconnaissants on va dire ».*

La notion d'incompréhension a été abordé dans notre cadre conceptuel « les parents présentent souvent des difficultés de compréhension de ce qui leur est dit surtout en raison de l'utilisation d'un langage médical complexe et peu compréhensible par les personnes qui n'y sont pas habituées [...] il est difficile aux parents d'expliquer à leur enfant ce qu'il se passe puisque, eux-mêmes, n'ont pas compris. La notion d'appréhension n'a pas été abordée en ce terme dans notre cadre conceptuel. Néanmoins, elle est en corrélation avec l'angoisse, l'anxiété, l'inquiétude et la peur ; termes qui ont été définis.

Il est vrai que, dans notre cadre conceptuel, nous n'avons pas abordé en ces termes les notions d'inconnu, de colère, d'impatience, d'être démuni et de reconnaissance. L'inconnu fait notamment écho à la peur et l'angoisse comme nous le précisions dans le cadre théorique nous notions *« lors de l'hospitalisation d'un enfant, ses parents ressentent un tourment puisque l'hôpital reste généralement un milieu inconnu, angoissant »*.

La notion de colère n'a pas été abordée en ces termes. Nous avons plutôt employé le terme d'agressivité *« les parents peuvent se montrer agressifs voire violents avec le personnel soignant »* en raison de l'inconnu de la situation, qui peut ternir leur vision de la fonction parentale; à savoir être garant de la sécurité et du bien-être de l'enfant; ils se sentent alors coupables de la maladie de leur enfant et réagissent, chacun à leur manière, selon leur personnalité, leur tempérament ou leur expérience de vie (peurs, inquiétudes, angoisses qui

remontent généralement à leur propre enfance) ayant un impact sur les réactions que l'on va pouvoir observer.

La notion d'être démuni a été reprise en d'autres termes à savoir que *« la découverte d'une maladie ternit la fonction parentale de garant de la sécurité de l'enfant »*, *« leur vie quotidienne est complètement bouleversée ce qui leur confère un sentiment d'angoisse, d'impuissance face à cette situation imprévue »* et *« les parents ont besoin de trouver un sens à ce qui leur arrive ; ils se sentent coupables de l'état de santé de leur enfant ; ils se demandent ce qu'ils ont fait de mal »*. Nous n'avons pas abordé la notion de reconnaissance.

Pour toutes les puéricultrices, les émotions ressenties par les parents ont une influence sur la prise en charge de leur enfant par l'équipe soignante. La puéricultrice n°2 nous dit que *« l'enfant est une éponge, il ressent tout ce que ses parents ressentent, si le parent est stressé, l'enfant est stressé, si le parent nous fait pas confiance l'enfant nous fait pas confiance »* ; quant à la puéricultrice n°1 elle précise *« si le parent est hyper angoissé, qu'il a peur, d'office ça va se ressentir sur l'enfant, il va être pareil, il va avoir peur, il va être angoissé, il va pleurer, il va pas se laisser faire »*, *« ça se passe souvent beaucoup mieux quand le parent qui est angoissé n'est pas là on sent vraiment que le comportement de l'enfant est différent »*. La puéricultrice n°3 quant à elle s'est questionnée sur la possibilité d'être face à un parent stressé et un enfant plutôt calme *« jsuis en train de réfléchir justement si un coup j'ai déjà eu un parent stressé l'enfant pas stressé ; chez les plus grands alors chez les plus grands des fois ouais ça arrive que ce soit l'enfant qui […] dise « voilà calme toi maman tout va bien »*. Par les enfants les plus grands, elle entend « *à partir de 10 ans […] c'est ça des fois c'est c'est plutôt vers cet âge-là où là j'ai eu le cas mais sinon dès qu'ils sont petits forcément euh ils sont stressés aussi »*. Pour l'infirmière *« ça peut avoir un impact sur l'enfant vu que y'est plus détendu si son parent y dit rien [...] l'enfant y va être stressé si si y voit le parent râler »*.

Face à une hospitalisation d'enfant, les soignants sont confrontés à diverses réactions de la part des parents. Pour la puéricultrice n°1, les réactions exprimées par les parents sont aléatoires, d'un moment à l'autre, d'un jour à l'autre. Pour elle, il peut y avoir de la colère *« il y a des parents qui peuvent arriver en colère parce que ils ont pas envie de fin ils s'attendaient pas à ce que leur enfant soit hospitalisé »*, de la frustration *« ils sont de retour un peu frustrés parce qu'ils s'attendaient pas à ce que ça dure si longtemps »* ou parce que *« l'enfant a été moins bien ou ou qu'il y a eu quelque chose durant l'hospitalisation »*. La puéricultrice n°2 inclue les parents dans sa prise en charge de l'enfant *« pour ma part moi ils sont toujours inclus dans la prise en charge [...] le ressenti est toujours positif après je pense qu'il y a une relation de*

confiance qui se fait entre nous [...] j'ai rarement eu des problèmes de parents mécontents ». La puéricultrice n°3 précise que les réactions qu'elle peut observer dépendent du caractère de la personne *« ça dépend vraiment les caractères euh il y en a qui vont être très compréhensifs et très calmes et très euh même si c'est en urgence et qui vont bien rassurer leur enfant et il y en a même si c'est en urgence ils veulent pas qu'il se fasse opérer quand même même si ça a été programmé et prévu depuis longtemps et ça ils vont être stressés »*. Pour l'infirmière *« des fois y sont agressifs des fois y sont euh agacés euh y sont dans le ras le bol euh toi t'essaie de leur parler mais limite ils te tournent le dos y veulent rien entendre »*. Nous remarquons que les réactions parentales peuvent être diverses et variées. Comme nous l'avons développé dans notre cadre conceptuel, les parents vont réagir selon leur personnalité, leur tempérament ou leur expérience de vie. Ces réactions sont l'expression possible d'une tension psychologique et d'une fatigue physique.

Concernant les réactions de l'enfant qui peuvent être observées, la puéricultrice n°1 nous explique que les enfants peuvent ressentir de la colère *« il y a des enfants qui sont très en colère de devoir rester hospitalisé ; souvent c'est les parents qui prennent […] ils peuvent rouspéter sur leurs parents parce que c'est leurs parents et sur nous ils osent moins »* ; les soignants sont alors confrontés à un mutisme de la part de l'enfant *« ils deviennent complètement muets, ils nous parlent pas […] ils ont souvent une attitude un peu mutique, de retrait »*. L'infirmière ajoute que les enfants peuvent ressentir de l'incompréhension notamment en raison du comportement de leurs parents, et de ce fait, se bloquer face au soignant *« des fois l'enfant c'est vrai qui est perdu quand euh donc euh ouais et des fois tu tu vois qui comprennent pas trop j'te dis surtout quand y sont grands, genre à partir de 4-5 ans, parce qui se disent euh ben ouais fin eux y comprennent pas pourquoi pourquoi est-ce que leurs parents y sont énervés »*. La puéricultrice n°2 observe plutôt *« de la peur, de l'angoisse, des pleurs, ils se questionnent, ils se demandent un peu ce qu'il se passe »* comme nous l'avons précisé ci-dessus lorsque nous avons parlé du degré de préparation psychologique de l'enfant quant à son hospitalisation.

Pour l'ensemble des puéricultrices, la présence des parents auprès de leur enfant est une aide pour l'équipe soignante quant à la qualité de prise en charge de l'enfant. La puéricultrice n°1 précise qu'« *en tant qu'enfant quand on a papa et maman à côté de soi, on est quand même plus rassuré, on a ce côté rassurant puisque quand ils viennent ici ils ne connaissent pas, ils ne savent pas ce qu'on va leur faire même si on a beau leur expliquer, c'est toujours l'inconnu […] quand le parent explique et qu'il est rassurant, ça aide bien »*. La puéricultrice n°2 ajoute que *« l'enfant a besoin de ses parents, c'est ses repères, c'est sa famille, c'est obligatoire […]*

l'enfant est pris en charge avec sa famille ; quand on est puéricultrice c'est pas que l'enfant, c'est l'enfant et son entourage ». Pour la puéricultrice n°3 *« c'est toujours une aide quand même c'est toujours une référence pour l'enfant qui rassure l'enfant déjà émotionnellement qui soient là même s'ils sont stressés un enfant sans ses parents ça sera encore pire »* néanmoins elle précise *« ça dépend leur réaction ça dépend si justement ils vont réussir à rassurer l'enfant ou pas parce que oui leurs émotions ça impacte directement sur les enfants »*. L'infirmière, quant à elle, explique que la présence des parents est une aide *« la maman qui prenait dans ses bras qui faisait le câlin qui la tenait pour pas qu'elle bouge [...] quand les enfants y pleurent ben voilà les parents y ont les mots ils ont plus les mots pour rassurer leur présence elle est beaucoup plus rassurante pour l'enfant que nous en blouse blanche quand y nous connaissent pas [...] c'est aidant pour rassurer l'enfant »* néanmoins, pour elle, cette présence parentale peut s'avérer être un frein notamment lorsque les parents questionnent les professionnels sur leurs pratiques *« quand t'as de parents qui te regardent en biais pour voir si tu fais bien genre une fois je réglais une pompe et donc j'étais là tac tac et tout j'appuyais et tout elle me dit « c'est normal que vous appuyez sur autant de boutons ?»*. Elle nous précise que sa stratégie personnelle est de mettre un mur entre elle et les parents lorsque la prise en charge de l'enfant n'est pas optimale « *c'est pt'être bizarre à dire mais en fait euh jmet un mur je les calcule pas en fait jfais cque j'ai à faire d'accord jme dis une fois j'aurais fini de faire cque j'ai à faire jvais leur parler parce que moi jsuis quelqu'un d'impulsif et jme connais si si jcommence à leur parler et qu'y m'saoule jvais leur dire vous m'saoulez et sortez donc euh voilà moi moi ma méthode en tout cas c'est de mettre un mur »*.

De ce fait, les puéricultrices nous disent avoir déjà été confrontées à des difficultés dans la prise en charge de l'enfant durant son hospitalisation. La puéricultrice n°1 s'est retrouvée face à la barrière de la langue *« on a quand même régulièrement des enfants qui parlent pas ou très peu français donc pour se faire comprendre c'est pas toujours évident »*, difficile également lorsque les parents sont absents *« un enfant qui n'est pas accompagné parfois il nous manque des informations sur ses habitudes de vie, on essaye d'avoir un maximum d'informations mais parfois est-ce qu'il mange ça, est-ce qu'il mange pas ça, c'est parfois un petit peu compliqué »*, mais encore avec *« les enfants qui ne sont pas du tout coopérant ça peut arriver ils ont pas envie se laver, etc. »*. La difficulté réside également *« dans le soin où on a du mal à, par exemple, faire une prise de sang parce qu'il a un capital veineux restreint […] quand on doit piquer un enfant cinq-six-sept fois et qu'on n'y arrive pas […] c'est vraiment des moments très compliqués […] il est de moins en moins coopérant puis à force de piquer son capital veineux*

il est de plus en plus médiocre ». La puéricultrice n°2 nous dit que les difficultés qu'elle a pu rencontrer concernent essentiellement *« des enfants pas préparés »*. Pour gérer ces situations, elle nous dit *« moi j'explique »*, *« avec du dialogue, je discute avec l'enfant […] j'instaure un climat de confiance […] je leur explique que de toute façon tout ce que je vais faire je le dis, si ça fait mal je le dis, si c'est pas agréable je le dis mais voilà je leur demande de me regarder dans ces cas-là « regarde-moi » parce que souvent ils sont fuyants donc je leur demande de me regarder quand je leur parle »* ; les parents *« il faut les rassurer aussi, le dialogue, la communication quelques fois les difficultés c'est parce que les parents n'ont pas expliqué « non ça sert à rien il ne comprend pas » ben « si monsieur il comprend donc expliquez-lui parce que sinon quand il reviendra du bloc » »*. La puéricultrice n°1 ajoute *« quand on a des enfants ou des parents qui sont vraiment dans le refus, on essaye de discuter, d'expliquer avec des mots les plus simples pour expliquer pourquoi il faut le faire […] oui je pense que c'est le dialogue qui fait que ça aide mais de toute façon il n'y a que ça, le silence ça marche pas »*. La puéricultrice n°3 nous dit avoir déjà rencontré des difficultés *« dès que les parents sont deviennent un peu dans ce ton-là agressif et c'est dur aussi quand nous on court dans tous les sens de d'avoir la réaction adéquate pour les apaiser des fois on a envie de dire quand fin des c'est des choses qui sont pas importantes pour nous mais pour les parents sont importantes ou sont inquiétantes mais par rapport par ordre de priorité fin on peut pas s'en occuper tout de suite »* et ajoute *« quand on se sent attaqué personnellement on a tendance à vouloir riposter et c'est là que ça monte, il faut savoir prendre du recul et c'est ouais comprendre qui sont stressés et c'est tout ça qui engendre »*. Elle nous précise *« j'avais eu une formation maltraitance y a pas très longtemps, ils nous avaient donné quelques petites astuces de communication pour ce genre de situation et c'est vrai que tout de suite on sent qui sont agressés on dit ah ben qu'est ce qui là jvous sens inquiet et rien que de dire le le mot inquiet des fois ils vont se lâcher et vont ils vont laisser tomber leur carapace d'agressivité et vont vraiment livrer ce qu'ils ressentent c'est c'est déjà arrivé que ça marche après des fois ils sont tellement stressés qu'on a beau vouloir les amener sur ce registre-là que ils veulent pas et vont rester mais c'est tout faut rester calme leur expliquer clairement ce qui va se passer leur donner le plus d'informations possibles pour qui soient plus dans cette euh incompréhension mais fin cette inquiétude-là mais les rassurer comme on peut et voilà parfois juste de les écouter »*. La puéricultrice n°1 nous dit *« on utilise aussi beaucoup, pour les gros soins la musique, pour les enfants on chante, parfois on danse, on fait des bulles ; c'est quelque chose qui marche assez bien »*, *« on utilise aussi notamment pour les douleurs tout ce qui est KALINOX®, EMLA®, c'est rassurant pour l'enfant et c'est rassurant pour les parents »*. L'infirmière utilise également

le MEOPA® ainsi que la distraction *« on leur met des petites marionnettes dansantes ou on leur donne des jeux dans les mains pour qui pour qui touche et tout ça ou bien on leur promet un cadeau on leur dit on va te donner un petit cadeau après ou on leur montre les bonbons en disant regarde tu auras un bonbon à la fin à la fin du soin »*. Nous constatons que le dialogue et la distraction sont les stratégies d'accompagnement qui sont le plus utilisées par les puéricultrices de ce service.

Pour finir l'ensemble des puéricultrices confirment que la gestion de leurs émotions, par les parents, a un impact sur le comportement de l'enfant, dans sa prise en charge par l'équipe soignante. En effet *« si eux ils gèrent leurs émotions bien sûr si eux ils arrivent à ne pas montrer le stress à leur enfant, leur enfant sera moins stressé et donc la prise en charge plus simple »*, *« oui ça a un impact parce que quand on explique aux parents qui doivent prendre sur eux, montrer un peu moins leurs émotions à l'enfant le temps du soin, il y a des parents qui comprennent, qui du coup se calment et oui ça se passe beaucoup mieux »*. L'infirmière précise *« quand l'enfant y est cool le parent y est cool et vice versa »*. Pour la puéricultrice n°3 *« quand on a une une bonne adhésion avec les parents et qu'on forme vraiment une équipe ensemble forcément c'est mieux pour la prise en charge, quand tout le monde est serein forcément ça se passe mieux »*.

1.2 Analyse des entretiens des urgences pédiatriques

Les entretiens ont été réalisés dans deux structures différentes où pour chacun nous avons rencontré deux puéricultrices, que nous appellerons « Puéricultrice 5 et 6 » d'un hôpital public et « Puéricultrice 7 et 8 » d'un hôpital semi-privé.

Tout d'abord, il est important de connaitre leur expérience dans le service afin d'observer s'il y a des points de vue ou stratégies différentes. La puéricultrice 5 travaille depuis 8 ans dans le service. La puéricultrice 6 a un an d'expérience. La puéricultrice 7, quant à elle travaille depuis deux ans et demi dans le service et la puéricultrice 8 (cf. entretien en annexe 5) depuis trois ans et demi. On en déduit donc qu'elles ont de l'expérience dans le service. Concernant la prise en charge d'un enfant, le déroulement est similaire pour les deux services et les réponses sont identiques, à savoir : l'accueil du patient avec une évaluation clinique et un motif d'entrée. Ensuite, l'enfant est pris en charge selon la gravité ou l'ordre de passage. Il peut soit patienter dans la salle d'attente, soit être installé dans un box, soit au déchoquage. Puis, les puéricultrices accueillent le patient où ils prennent les constantes et font un recueil de données du patient. La

puéricultrice 8 ajoute qu'elle effectue une évaluation de l'état clinique et émotionnelle du patient. De plus, elle fait en sorte qu'un professionnel s'occupe du parent. Puis, elles réalisent les prescriptions médicales, ou comme énonce la puéricultrice 8, « *le parcours de soins du patient comprenant les examens paracliniques et les soins* ».

Ensuite, nous avons demandé aux puéricultrices si les parents étaient toujours présents. Pour les puéricultrices 5 et 7, sauf urgence vitale, la présence des parents est une obligation pour réaliser les soins auprès d'un mineur. En effet, comme nous avons énoncé précédemment dans le cadre théorique, l'article L1111-2 du Code de la Santé Publique précise *« les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur »*. La puéricultrice 5 recommande fortement leur présence sauf si un parent ne veut pas ou si une image risque de les choquer (soins invasifs par exemple comme une intubation). La puéricultrice 7 évoque également l'autorisation de soins signée et écrite par un des deux parents, accordée sur présentation de la carte d'identité. La puéricultrice 6 encourage les parents à venir et non énonce qu'ils sont toujours présents. La puéricultrice 8 nous dit que les parents sont obligés d'être présents sauf « *s'ils n'arrivent pas à gérer leur stress* » ce qui peut perturber la prise en soins, s'ils « *nous empêche de travailler* ». Elle dépend également de l'accord médical lors de la réalisation de soins. Certains médecins vont accorder la présence des parents à proximité de leur enfant, d'autres vont refuser. Elle a effectué une formation de la RANP (Réanimation Anticipée Néonatale et Pédiatrique) qui recommande que les parents soient présents. Ainsi, nous remarquons que la présence des parents est d'une part obligatoire pour la réalisation des soins et d'autre part fortement recommandée pour l'enfant. Sauf si la gestion de leurs émotions devient compliquée.

Selon les puéricultrices, les émotions ressenties par les parents sont des émotions négatives pour la plupart. On y retrouve pour deux d'entre elles l'angoisse, le stress et l'impatience. L'angoisse est une notion que nous avions retrouvé dans la théorie expliquant, selon la circulaire du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie : *« L'hospitalisation d'un enfant, quel qu'en soit le motif médical, est une source d'angoisse pour lui-même et pour sa famille »*. La puéricultrice 6 nous parle de la peur tout comme la puéricultrice 8 qui ajoute l'inquiétude et l'appréhension face à un monde inconnu. Toutes les puéricultrices pensent que ces émotions influent sur la prise en charge de l'enfant. Selon la puéricultrice 5, les enfants ressentent toutes les émotions et sont dans le même état que leurs parents. Les émotions des parents sont à prendre en compte et à travailler. La puéricultrice 6

explique que les parents transmettent leurs émotions aux enfants et que les enfants prêtent attention aux réactions des parents. Ainsi, les réactions des parents et des enfants sont souvent identiques. La puéricultrice 7 nous indique qu'un parent stressé influe sur le comportement de l'enfant qui est plus réfractaire aux soins, pas coopérant avec les soignants. Selon la puéricultrice 8, les émotions sont influées par les idées reçues des parents, leur histoire et l'attente. Elle évoque également le fait que les parents n'apprécient pas que la puéricultrice émette son point de vue : « *Je pense parfois que les parents n'apprécient pas qu'on leur dise non Madame, non Monsieur* ». La puéricultrice 7 parle de l'humour, qui selon elle, est une émotion que les parents ressentent. Donc une émotion positive. En effet, elle explique que certains parents contrôlent leurs stress et se concentre sur la distraction avec son enfant et les parents se *« prennent au jeu »*. La puéricultrice 8 évoque le soulagement. Selon elle, les parents peuvent être soulagés face à de bons résultats ou lorsque l'enfant, par exemple algique est soulagé. Ainsi, les émotions ressenties sont plus négatives que positives. Les émotions les plus ressenties restant l'angoisse, le stress, l'inquiétude et la peur.

Les réactions observées lors de l'hospitalisation d'un enfant sont diversifiées. On retrouve notamment les pleurs qui, selon la puéricultrice 5 sont liés au milieu que l'enfant ne connait pas, qu'il n'a pas de repères, excepté celui de ses parents. La puéricultrice 7 nous précise que les pleurs peuvent être liés à la peur ou les soins anxiogènes qui font que les enfants réclament leurs parents. Elle nous évoque également que les enfants peuvent être irritables en lien avec la fatigue. Selon la puéricultrice 5, les réactions dépendent de l'éducation de l'enfant et de son âge. « *On sait qu'à 18 mois à 2 ans c'est l'âge difficile, de l'opposition* ». Ainsi, selon elle l'enfant peut être agressif, intimidé, apeuré, angoissé ou à l'aise. La puéricultrice 6 explique que si le parent est angoissé, il peut y avoir un sentiment d'insécurité de la part de l'enfant et d'inquiétude. La puéricultrice 7 nous dit que les réactions dépendent des soins prodigués. Selon elle, un enfant qui aura qu'une surveillance n'aura pas la même réaction qu'un enfant qui a bénéficié de soins. La puéricultrice 8 nous parle de regard fuyant, l'enfant se cache derrière ses parents. A l'inverse, selon la puéricultrice 6, des enfants peuvent se montrer coopérant, souriant, sans appréhension. Les enfants âgés de 6/7 ans peuvent être détendus, voir l'hospitalisation différemment (la télévision, grand lit). Certains enfants s'adaptent bien, sourient, avancent et jouent pour la puéricultrice 8. Ainsi, nous remarquons que les réactions des enfants diffèrent selon plusieurs paramètres (l'âge, les émotions négatives des parents, les actes pratiqués). Les réactions des parents lors de l'hospitalisation de leur enfant diffèrent également. Pour les puéricultrices 5 et 6, les parents peuvent montrer de l'agressivité pouvant être liée à

l'impatience. L'anxiété est relevée par la puéricultrice 7 « *Ah mince, s'il reste ça veut dire que c'est grave* ». L'anxiété peut être liée à l'état de santé de leur enfant, le questionnement sur le déroulement de l'hospitalisation et /ou sur l'organisation personnelle (fratrie, école...). Certains parents vont donc être très en demande et poser des questions alors que d'autres vont remercier les soignants et attendent de voir le déroulement de l'hospitalisation (ils font confiance aux professionnels). Pour la puéricultrice 8, les parents ressentent de l'appréhension, de la peur. Selon elle, les parents n'aiment pas que les soignants refusent que les parents répondent à la place de leur enfant. Ils s'adressent aux enfants dès l'âge de 10/12 ans environ. Nous remarquons donc que les réactions des parents et des enfants peuvent être en lien.

Pour l'ensemble des soignants interrogés, la présence des parents est une aide sauf à certains moments. Les puéricultrices 5 et 7 justifient l'aide par le fait que l'enfant a pour seul repère son parent face à un milieu anxiogène. Selon la puéricultrice 6, le parent peut rassurer son enfant par la discussion permettant d'adhérer aux soins, à l'aide de la distraction. La relation parent/enfant est fusionnelle dans la majorité des cas. La puéricultrice 8 confirme l'aide par la connaissance que le parent a sur son enfant, c'est-à-dire qu'il est le seul à savoir si son enfant a un changement de comportement, si la coloration est différente. L'enfant est mieux avec ses parents car ils connaissent ses habitudes, les chansons qui le calment. La puéricultrice 5 nous dit que cela dépend de l'état émotionnel du parent. En effet, comme explique la puéricultrice 6 « *l'enfant a besoin de ses parents mais si les parents n'arrivent pas à contrôler leurs émotions, ça devient plus un frein qu'une aide* ». Si le parent est trop stressé et qu'il n'arrive pas à gérer ses émotions, c'est un frein à la prise en charge. Pour la puéricultrice 8, c'est parfois un frein lorsque les parents écoutent plus leurs émotions que celles de leurs enfants. Mais, en général, les parents mettent leurs inquiétudes de côté. Comme nous l'avons vu dans la théorie, selon un article de l'association SPARADRAP, la présence des parents auprès de leur enfant lui confère un sentiment de sécurité. Ils lui amènent un réconfort. La réalisation des soins par le personnel soignant en est facilitée si l'enfant les accepte et participe à sa prise en charge. La participation aux soins permet aux parents de se conforter dans la valorisation de leurs compétences à prendre soin de leur enfant et les aident à une éventuelle continuité des soins lors du retour à domicile. Ainsi, la présence des parents est majoritairement une aide. Mais, lorsque les parents n'arrivent pas à gérer leurs émotions, leur présence peut être un frein car l'enfant peut ne plus adhérer aux soins face à un sentiment d'insécurité.

Les refus de la part de l'enfant sont une difficulté à la prise en charge selon la puéricultrice 5. De plus, un parent stressé va être plus en demande, il veut plus de soins auprès de son enfant,

ce qui peut être une difficulté. Pour la puéricultrice 6, les difficultés sont rencontrées surtout lorsque les parents paniquent et font paniquer leur enfant. Pour la puéricultrice 7, un enfant qui ne coopère pas, refuse les soins alors que les parents essaient de la rassurer est une difficulté. Les parents protecteurs « *parfois on aimerait bien qu'ils haussent le ton maintenant tu arrêtes, elle est là pour toi* » où la puéricultrice prend un rôle autoritaire rend difficile la prise en charge. Pour la puéricultrice 8, la colère des parents suite à une mauvaise information de base, des idées reçues freinent la prise en charge. Certains parents qui sont fermés à la discussion, le manque de prévention sur l'attente aux urgences et le manque d'information compliquent le travail du soignant. Chaque professionnel perçoit des difficultés différentes mais pour deux d'entre elles, les émotions des parents influencent sur l'état émotionnel de l'enfant.

Les stratégies utilisées pour optimiser la prise en charge se basent sur la discussion et la distraction, deux choses les plus importantes selon la puéricultrice 8 qui adapte ses stratégies selon le ressenti des parents (information, réassurance, déculpabiliser le parent). Il faut expliquer ce que l'on fait, s'adapter à l'enfant, demander aux plus grands ce qu'ils veulent faire pendant le soin et pour les plus petits, la distraction (bulles, chanter les comptines, mettre une vidéo), stratégies utilisées par la puéricultrice 7. La puéricultrice 5 ajoute qu'il faut expliquer aux parents la prise en charge selon la pathologie, prévenir de l'attente, soulager l'enfant, éviter la barrière de la langue, donc s'adapter au milieu socio-culturel. Selon elle, cela dépend du vécu des parents dans le milieu hospitalier, de l'histoire des parents. Elle propose aux parents un café, des repas et une télévision est installée dans la salle d'attente. L'ensemble des textes dont la circulaire SROS que nous avons lu nous explique que l'information et la présence des parents permettent de réduire l'angoisse de l'hospitalisation. Au regard de la théorie et des entretiens, l'information auprès des parents est nécessaire et permettrait de réduire l'impatience, l'angoisse des parents. Comme nous explique un texte de l'association SPARADRAP, « *les parents sont le lien primordial entre l'enfant et l'équipe soignante en instaurant une communication adéquate qui amènera à une relation de confiance entre les professionnels, l'enfant et sa famille* ». La communication avec les parents, l'explication des actes réalisés, du déroulement de l'hospitalisation est donc nécessaire.

Les quatre puéricultrices pensent que grâce aux stratégies mises en place, les parents arrivent à gérer leurs émotions, ce qui a un impact sur le comportement de l'enfant. Selon la puéricultrice 5, le parent qui se calme gère ses émotions et l'enfant sera plus calme, plus facile à réconforter. Pour elle, le parent est un pilier. Comme évoque la puéricultrice 8, le parent est la référence première de l'enfant, c'est l'image de confiance. Cependant, on ne connait pas le passé de

l'enfant ou du parent (placement, adoption), on part donc sur le principe que le parent est la personne de confiance pour son enfant. Si l'enfant doit être hospitalisé et refuse, c'est au parent de le rassurer. Pour la puéricultrice 7, le jeu avec l'enfant permet au parent de se détendre. La distraction et tout ce qui est mis en place a un impact sur l'enfant et sur le parent. L'anxiété reste présente chez les parents donc si le parent peut se détendre avec l'enfant, ça peut l'aider. Enfin, selon la puéricultrice 6, les enfants sont une éponge à émotions. Le climat de confiance est transmis que si le parent est calme. De ce fait, l'enfant est moins dans le refus. Donc, la gestion des émotions des parents (même si l'angoisse reste) aide à avoir un contrôle sur les émotions de l'enfant, permettant une confiance soignant/soigné, ce qui aide à l'enfant d'adhérer aux soins.

Cette analyse nous permet de valider l'hypothèse : La prise en considération, par la puéricultrice, des émotions des parents lors de l'hospitalisation de leur enfant facilite la prise en soins de l'enfant.

1.3 Analyse commune

Ces deux analyses nous ont permis de confronter les pratiques professionnelles que ce soit dans un établissement public ou semi-privé. Toutes les puéricultrices ont une expérience professionnelle plus ou moins longue au sein de ces différents services pédiatriques. Seule une infirmière n'a pas effectué l'année de spécialisation pour devenir puéricultrice. Le déroulement de la prise en charge d'un enfant varie selon le service où l'enfant est accueilli. En effet, le motif de consultation et l'état clinique du patient diffère dans la majorité des cas entre ces deux services. Toutes nous informent du déroulé de l'hospitalisation, dès l'accueil. Cependant la puéricultrice 8, travaillant aux urgences pédiatriques, évalue notamment l'état émotionnel de l'enfant et de ses parents dès leur arrivée et nous indique *« on essaie toujours dans l'équipe qu'une personne s'occupe du parent mais ce n'est pas évident »*. Comme nous indique deux puéricultrices des services de chirurgie pédiatrique, *« des enfants à qui on a expliqué ce qui allait se passer avant d'arriver ici ils sont nettement moins angoissés qu'un enfant à qui on a rien dit du tout qui se demande un peu pourquoi il arrive dans ce monde pourquoi on l'emmène […] mais voilà après ceux qui le font pas l'enfant revient un peu terrorisé et donc pour nous prise en charge beaucoup plus difficile parce que pas du tout coopérant »*. Ainsi nous pouvons remarquer que l'état émotionnel du patient est un élément nécessaire à prendre en compte dès l'admission afin de pallier l'apparition d'une émotion négative (angoisse) qui peut compliquer

la relation soignant/enfant pour la suite de l'hospitalisation. Ce qui signifie que la puéricultrice doit porter une attention particulière au premier contact avec l'enfant et ses parents. Comme indique certaines des puéricultrices interrogées, les émotions des enfants sont intriquées aux émotions des parents. En effet comme le confirme la puéricultrice 5 *« les enfants ressentent toutes les émotions qui vont arriver, vont être dans le même état que leurs parents […] un enfant peut arriver bien, et la maman arrive stressée et l'enfant se met à stresser »* ; propos repris par la puéricultrice n°2. Les émotions qu'éprouvent les parents lors de l'hospitalisation de leur enfant sont généralement des émotions négatives telles que la peur, l'angoisse, le stress, l'inquiétude, l'appréhension et l'impatience (émotions qui sont constatées dans les deux services). Néanmoins certaines puéricultrices nous font part d'émotions à connotation plus positive comme de la reconnaissance, du soulagement mais encore de l'humour *« ça peut détendre le parent de jouer avec l'enfant […] certains parents se prennent au jeu »*. Les deux services nous énoncent des émotions négatives et positives. Ces émotions parentales influent sur l'état émotionnel de l'enfant.

Toutes s'accordent à dire que la présence des parents auprès de leur enfant est indispensable ; recommandée par la RANP, et constitue une aide considérable dans la prise en charge de l'enfant et son adhésion aux soins. Cependant cette présence parentale peut être considérée comme un frein si elle complique la réalisation du soin. De ce fait *« quand on a une bonne adhésion avec les parents et qu'on forme vraiment une équipe ensemble forcément c'est mieux pour la prise en charge, quand tout le monde est serein forcément ça se passe mieux »*. Pourtant toutes font face à des difficultés quant à la réalisation des soins. Cela peut être un refus de la part de l'enfant qui devient non coopérant. La barrière de la langue peut entraver la prise en soin. Selon la puéricultrice n°1 *« même une ville où il y a beaucoup d'étrangers beaucoup de langues différentes on a quand même régulièrement des enfants qui parlent pas ou très peu français donc pour se faire comprendre c'est pas toujours évident avec des cultures différentes »* propos également retrouvés dans l'entretien avec la puéricultrice 5. Selon la puéricultrice 8, un parent peut éprouver de la colère suite à « une mauvaise information de base, des idées reçues ». De plus, un parent qui est en demande (pose beaucoup de questions, réclame des soins complémentaires, compare les pratiques de soignants) peut freiner la prise en charge. Selon la puéricultrice 7 ce dernier élément est une réaction qu'elle a pu observer chez les parents lors de l'hospitalisation de leur enfant. Parmi les réactions retrouvées, nous constatons, pour les deux services, de l'agressivité pouvant être liées à l'impatience ou la frustration. Une puéricultrice nous énonce que les réactions parentales vont dépendre de leur caractère. Par

exemple la puéricultrice 8 nous dit que vers l'âge de 10-12 ans elle s'adresse aux enfants, ce qui n'est pas apprécié des parents car généralement ce sont les parents qui répondent à la place des enfants. La puéricultrice 6 nous précise *« Si ses parents se montrent angoissés, l'enfant ne va pas se sentir en sécurité et s'inquiéter de nouveau. L'enfant peut refuser les soins devant ce milieu qu'il ne connaît pas et face à la peur »*. Cela nous confirme que les réactions des parents influent sur les réactions de l'enfant, sur son comportement. Parmi les réactions observées chez l'enfant, nous retrouvons les pleurs (milieu inconnu), l'angoisse, la peur, le mutisme et la colère *« il y a des enfants qui sont très en colère de devoir rester hospitalisé »*. Cette notion de colère n'est pas évoquée par les puéricultrices des urgences. Cependant elles remarquent une irritabilité liée à la fatigue. En effet face à l'attente, l'enfant peut réagir de cette manière ce qui peut être moins présent en chirurgie puisque l'enfant peut se reposer dans la chambre. De même une incompréhension de l'enfant concernant le comportement de ses parents peut être visible selon l'infirmière n°4. Une puéricultrice ajoute que selon l'âge de l'enfant les réactions diffèrent. Par exemple du point de vue de la puéricultrice 5 *« de 18 mois à 2 ans, âge de l'opposition »* qui peut correspondre à une opposition aux soins. La puéricultrice 7 a constaté que vers l'âge de 6-7 ans, les enfants sont plus détendus car ils voient l'hospitalisation différemment (télévision, grand lit), elle *« pense que c'est lorsqu'il y a peu de soins autour, des surveillances c'est moins anxiogène »*. Nous remarquons donc que les réactions des enfants dépendent également des soins prodigués.

Pour cela, l'ensemble des puéricultrices utilisent des stratégies d'accompagnement, que ce soit pour l'enfant ou les parents. L'importance de la communication a été relevée *« c'est le dialogue qui fait que ça aide mais de toute façon il n'y a que ça le silence ça ne marche pas »*. Elles utilisent toutes la distraction (musique, chant, danse, bulles, marionnettes, boîtes musicales…) pour détendre l'enfant ; détente également possible avec des produits médicamenteux. Selon la puéricultrice 8, les stratégies qu'elle adopte dépendent du ressenti avec les parents (besoin d'informations, de réassurance, les déculpabiliser).

Selon la puéricultrice 8, *« le parent est la référence première de l'enfant, c'est une image de confiance »*. *« Quand on explique aux parents qui doivent prendre sur eux, montrer un peu moins leurs émotions à l'enfant le temps du soin, il y a des parents qui comprennent, qui du coup se calment et oui ça se passe beaucoup mieux »*. Comme le précise la puéricultrice, les stratégies d'accompagnement permettent aux parents de gérer leurs émotions et influencent le comportement de l'enfant. Propos repris par l'ensemble des puéricultrices.

2) Agrégation des analyses

Ces éléments nous permettent de valider les trois sous-hypothèses, à savoir

- Les émotions parentales influencent l'acceptation de l'enfant aux soins qui lui seront délivrés.
- Les émotions parentales influencent les émotions de l'enfant face à son hospitalisation.
- L'acceptation de l'enfant aux soins qui lui seront délivrés facilite la prise en soins par la puéricultrice.

Elle nous permet de valider partiellement l'hypothèse principale, à savoir

- La prise en considération, par la puéricultrice, des émotions des parents lors de l'hospitalisation de leur enfant facilite la prise en soins de l'enfant.

Cette hypothèse est partiellement validée puisque, même si la puéricultrice prend en considération les émotions ressenties par les parents, la qualité de prise en charge dépend de la manière dont les parents parviennent à maîtriser, ou non, leurs émotions.

Conclusion

L'élaboration de ce travail de recherche nous a permis de démontrer la nécessité de la présence des parents auprès de leur enfant lors d'une hospitalisation. D'autant plus que les parents sont les meilleurs experts de leur enfant, ils le connaissent mieux que personne, savent comment le rassurer, le distraire. Un enfant confiant et rassuré acceptera plus facilement les soins qu'un enfant apeuré. Afin d'être en mesure d'aider leur enfant, les parents doivent faire abstraction de leurs propres ressentis pour se focaliser sur leur enfant. Pour cela il est important de permettre aux parents de mettre en lumière ce qu'ils ressentent et de travailler ensemble, parents et soignants, afin de trouver une technique les aidant à contrôler leurs émotions pour que celles-ci n'aient pas ou très peu de répercussions (négatives) sur le comportement de l'enfant.

Nous avons vu que les différentes méthodes utilisées par les professionnels de terrain ont un impact positif sur le comportement des parents. Malgré tout certains parents ne sont pas en capacité de contenir leurs émotions. Que faire dans ces situations où le parent est à l'écoute de ses ressentis et que l'enfant, semblable à son parent, n'est pas coopératif à sa prise en charge par l'équipe soignante ? Une action de prévention concernant le temps d'attente et l'importance de la préparation d'une hospitalisation permettrait-elle aux parents et aux enfants de ressentir des émotions moins néfastes pour la prise en charge de l'enfant ?

"Nous sommes les coffres à outils de nos enfants et, que nous le voulions ou non, nos enfants s'approprient nos façons de réagir"

Annaëlle Sanzey

Bibliographie

Livres

‣ Association SPARADRAP. *Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires*. Paris. Association Sparadrap. 2004. 168 pages

‣ WANQUET THIBAULT P. *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*. 2ème édition. Issy-les-Moulineaux. Elsevier Masson. DL 2015. XIX-172 pages

‣ WANQUET THIBAULT P. *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage. La place des aidants naturels dans la relation de soin*. 2ème édition. Issy-les-Moulineaux. Elsevier Masson. 2015. 172 pages

‣ NUSS M. GOHET P. *Former à l'accompagnement des personnes handicapées*. Paris. Edition Dunod. 2007. XX-219 pages.

‣ PAILLARD C. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 3ème édition. Noisy-le-Grand. SETES. 2016. 568 pages.

‣ VESPIEREN P. *Face à celui qui meurt*. Paris. Desclée de Brouwer. 1984. 205 pages

Revues

‣ PILLET F. « Communiquer avec l'enfant hospitalisé et sa famille ». In *Soins Pédiatrie/Puériculture n° 249*. Août 2009. Page 15

‣ HUOT-MARCHAND M. « Les relations parents-enfant-professionnels à l'hôpital ». In *Soins Pédiatrie/Puériculture n° 249.* Août 2009. Pages 16 à 20

‣ FEBVRE N. « Des outils pour lutter contre l'anxiété en chirurgie pédiatrique ». *In Soins Pédiatrie/Puériculture n°300*. Janvier/Février 2018. Pages 37-38

‣ BARBE COULON D., DUFEY VERGA M. « La perception des parents d'un enfant hospitalisé quant à leurs compétences ». In *Soins Pédiatrie/Puériculture n° 299*. Novembre/Décembre 2017. Pages 45 à 48

‣ DEVOLDERE C. « Favoriser la présence des parents lors des soins ». In *Soins Pédiatrie/Puériculture n° 277.* Mars/Avril 2014. Pages 17-18

‣ MOUGEL S. « Le partenariat parent-soignant en pédiatrie ». In *Soins Pédiatrie/Puériculture n° 277*. Mars/Avril 2014. Pages 14 à 16

‣ Association SPARADRAP. « Faire le lien entre l'enfant, sa famille et tous ceux qui prennent soin de sa santé ». In *Cahier de la puéricultrice n° 194*. Février 2006. Pages 33 à 35

‣ STRUMEYER C. « La gestion du stress de l'enfant ». In *Soins Pédiatrie/Puériculture n° 238*. Octobre 2007. Pages 7-8

Textes législatifs

‣ Article L1111-2 et L1111-4 du Code de la Santé Publique

‣ Article 371-1 du Code Civil

‣ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins

‣ Article 24 du Pacte international sur les droits civils et politiques

‣ Articles 10, 12 et 13 du Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels

Enseignement théorique

‣ Maître WILLIATTE-PELLITTERI. Professeur des universités catholiques Faculté de droit, avocat au Barreau de Lille. *Enfants et santé*. IFsanté. 30 janvier 2018

‣ DELOBELLE F. Psychologue EPDEF Arras. *Enseignement de Psychologie*. IFsanté. 5 février 2018

‣ Première année de formation en soins infirmiers. UE 1.1 Semestre 1 « Psychologie, sociologie, anthropologie ». *Les émotions*. 2004

Webographie

‣ https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2009-1-page-63.htm [consulté en mars 2018]

‣ https://www.humanium.org/fr/les-droits-de-l-enfant/ [consulté en mai 2018]

‣ https://www.humanium.org/fr/definition/ [consulté en mai 2018]

‣ https://www.humanium.org/fr/enjeux/ [consulté en mai 2018]

‣ https://www.humanium.org/fr/convention-droits-enfants-adaptee-aux-enfants-des-10-ans/ [consulté en mai 2018]

‣ https://www.humanium.org/fr/histoire-des-droits-de-l-enfant/ [consulté en mai 2018]

‣ https://www.humanium.org/fr/genese/ [consulté en mai 2018]

‣ https://www.humanium.org/fr/adoption-1989/ [consulté en mai 2018]

‣ https://www.humanium.orf/fr/genese-comite-droits-enfant/ [consulté en mai 2018]

‣ https://www.humanium.org/fr/normes/declaration-1959/ [consulté en mai 2018]

‣ https://www.syndicat-infirmier.com/Referentiel-d-activites-de.html [consulté en mai 2018]

‣ https://www.sparadrap.org/Parents/Conseils-sur-la-sante-de-mon-enfant/Les-droits-de-mon-enfant/Droit-de-mon-enfant-de-voir-ses-parents-et-ses-proches [consulté en mai 2018]

‣ https://www.larousse.fr/dictionnaires/français/stress/74848 [consulté en mai 2018]

‣ https://www.cnrtl.fr/definition/stress [consulté en mai 2018]

‣ https://www.larousse.fr/dictionnaires/français/angoisse/3528 [consulté en mai 2018]

‣ https://www.cnrtl.fr/definition/angoisse [consulté en mai 2018]

‣ https://sante-medecine.journaldesfemmes!;fr/faq/8092-angoisse-definition [consulté en mai 2018]

‣ https://www.larousse.fr/dictionnaires/français/anxiete/4369 [consulté en mai 2018]

‣ https://www.cnrtl.fr/definition/anxiete [consulté en mai 2018]

‣ https://www.larousse.fr/dictionnaires/français/inquietude/43252 [consulté en mai 2018]

‣ https://www.cnrtl.fr/definition/inquietude [consulté en mai 2018]

‣ www.lesdefinitions.fr/inquietude [consulté en mai 2018]

‣ https://www.larousse.fr/dictionnaire/français/peur/ 60046 [consulté en mai 2018]

‣ https://www.cnrtl.fr/definition/peur [consulté en mai 2018]

‣ https://fr.wikipedia.org/wiki/peur [consulté en mai 2018]

‣ https://fr.wikipedia.org/wiki/confiance [consulté en septembre 2018]

‣ htpps://www.cnrtl.fr/definition/confiance [consulté en septembre 2018]

‣ https://lesdefinitions.fr/confiance [consulté en septembre 2018]

‣ https://fr.wikipedia.org/wiki/optimisme [consulté en juillet 2018]

‣ https://www.cnrtl.fr/definition/optimisme [consulté en juillet 2018]

‣ https://www.notrefamille.com/dictionnaire/definition/optimisme [consulté en juillet 2018]

‣ https://www.cairn.info/revue -devenir-2009-1-page-3.htm [consulté en juin 2018]

‣ https://www.pediadol.org/IMG/pdf/U2012_soignants_parents.pdf [consulté en juin 2018]

‣ https://apprendreaeduquer.fr/accompagnement-des-emotions-de-lenfant/ [consulté en septembre 2018]

‣ https://www.colibris-lemouvement.org/magazine/laccompagnement-emotionnel-lenfant [consulté en septembre 2018]

‣ https://www.enfant-encyclopedie.com/habiletes-parentales/selon-experts/les-attitudes-et-croyances-parentales-et-leur-impact-sur-le [consulté en septembre 2018]

‣ https://www.enfant-encyclopedie.com/habiletes-parentales/selon-experts/la-relation-parent-enfant-pendant-la-petite-enfance-et-le [consulté en septembre 2018]

‣ https://papapositive.fr/parents-miroir-emotions-de-lenfant-inversement/ [consulté en septembre 2018]

Annexes

Annexe 1 : Déclaration de Genève

Déclaration de Genève

26 Septembre 1924 (texte intégral)

Préambule

Par la présente Déclaration des droits de l'enfant, dite déclaration de Genève, les hommes et les femmes de toutes les nations reconnaissent que l'humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur, affirmant leurs devoirs, en dehors de toute considération de race, de nationalité, de croyance.

Article 1

L'enfant doit être mis en mesure de se développer d'une façon normale, matériellement et spirituellement.

Article 2

L'enfant qui a faim doit être nourri ; l'enfant malade doit être soigné ; l'enfant arriéré doit être encouragé ; l'enfant dévoyé doit être ramené ; l'enfant orphelin et l'abandonné doivent être recueillis et secourus.

Article 3

L'enfant doit être le premier à recevoir des secours en cas de détresse.

Article 4

L'enfant doit être mis en mesure de gagner sa vie et doit être protégé contre toute exploitation.

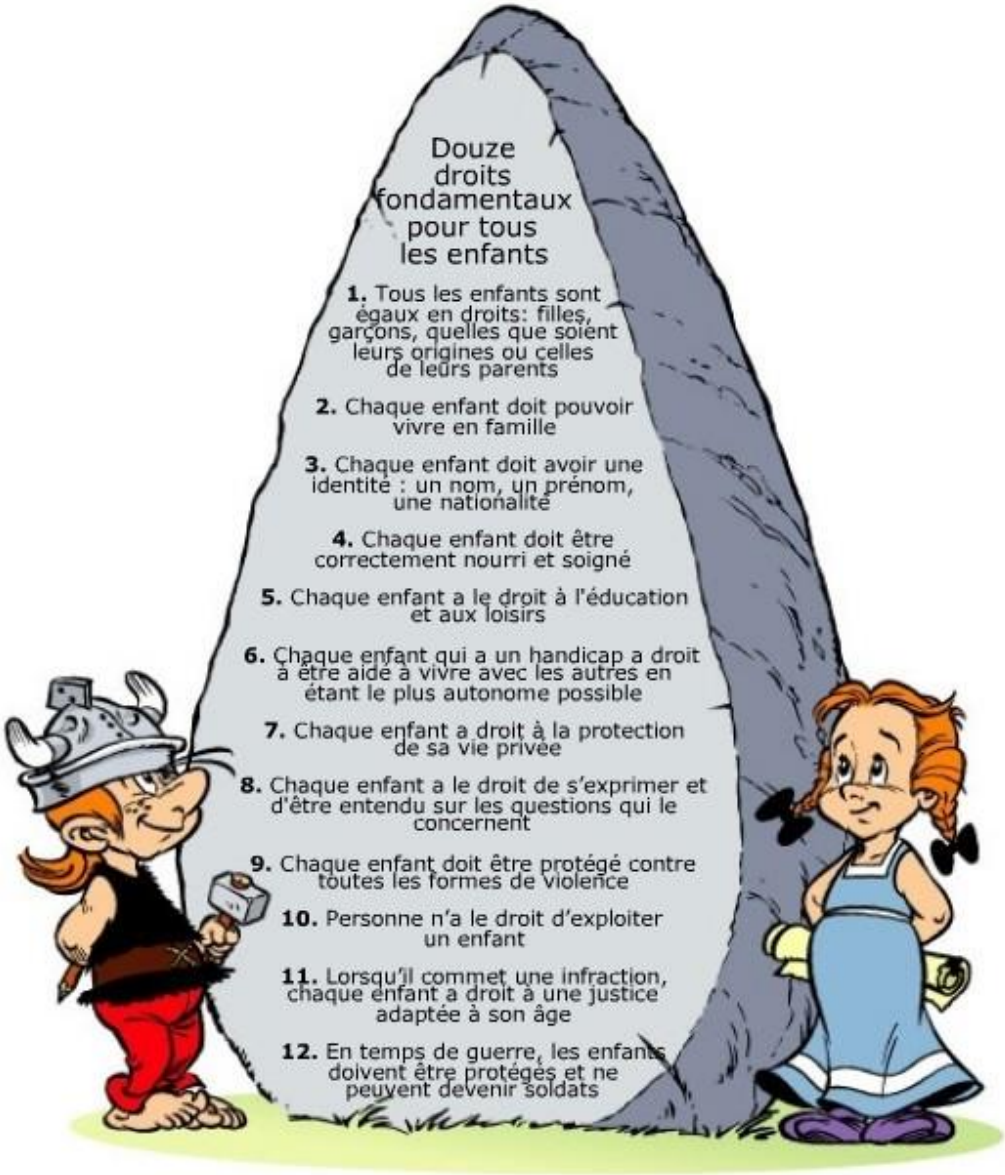
Article 5

L'enfant doit être élevé dans le sentiment que ses meilleures qualités devront être mises au service de ses frères.

39

[39]https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=C5%2bFfC%2b0&id=3ACB4FC95212A59C12202388AD4CD9A45B934935&thid=OIP.C5-FfC-0HArHbNzbxj8cwwHaG7&mediaurl=http%3a%2f%2fwww.enseigner-avec-eve.net%2ftheme%2fsiteeve%2fimages%2fdeclaration_geneve_retranscription.jpg&exph=439&expw=469&q=d%c3%a9claration+de+gen%c3%a8ve&simid=607987541518713191&selectedIndex=2&ajaxhist=0

Annexe 2 : droits fondamentaux de l'enfant



[404040]https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=6EPKlZQ2&id=2FBE016F178C4C6D3C0622B357463C832F9BCCA5&thid=OIP.6EPKlZQ2dxNL8bb-e6fcXAHaJW&mediaurl=http%3a%2f%2fwww.clg-stendhal.ac-besancon.fr%2fwp-content%2fuploads%2fsites%2f102%2f2016%2f11%2fDroits-Enfant.png&exph=695&expw=550&q=droits+de+l%27enfant&simid=608039076839492154&selectedIndex=62&ajaxhist=0

Annexe 3 : Charte de l'enfant hospitalisé

CHARTE DE L'ENFANT HOSPITALISÉ

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

1 L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.

2 Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit sont âge ou son état.

3 On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.

4 Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.

5 On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.

6 Les enfants doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives, adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge..

7 L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.

8 L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.

9 L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.

10 L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

41

[41]https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=spN6GU1U&id=FA73700E736522D204C10859FDC9F6CA620C04B9&thid=OIP.spN6GU1UvF4WiJmFRjTauQHaKj&mediaurl=http%3a%2f%2ffr.ap-hm.fr%2fsites%2fdefault%2ffiles%2fimages%2faphm_charte_enfant_hospital.jpg&exph=1024&expw=719&q=charte+de+l%27enfant+hospitalis%c3%a9&simid=608030641504849489&selectedIndex=0&ajaxhist=0

Annexe 4 : Guide d'entretiens

Question n°1

Quel est votre parcours professionnel ? Depuis quand travaillez-vous dans ce service ?

Question n°2

Pouvez-vous me parler de votre prise en charge d'un enfant ?

- Comment cela se passe ?
- Les parents sont-ils toujours présents ?
- Votre prise en charge est-elle différente en présence des parents ?
- Y-a-t-il des éléments qui attirent votre attention ?

Question n°3

Pouvez-vous me donner 4 émotions que les parents ressentent selon vous ? Pensez-vous que celles-ci influent sur la prise en charge de l'enfant ? Si oui, pourquoi ?

Question n°4

Quelles sont les réactions que vous pouvez observer lors d'une hospitalisation d'enfant ?

- De la part de l'enfant
- De la part des parents

Question n°5

Selon vous, la présence des parents est-elle une aide ou un frein à la prise en charge de l'enfant. Pourquoi ?

Question n°6

Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la prise en charge d'un enfant ?

- Quelles étaient ces difficultés ?
- Etaient-elles en lien avec le ressenti des parents ?

Question n°7

Quelles stratégies d'accompagnement utilisez-vous afin d'optimiser la prise en charge de l'enfant et de ses parents ?

- Quels sont les éléments qui vous ont amené à "modifier" votre prise en charge initiale ?
- Dans quels contextes cela a-t-il été bénéfique ?

Question n°8

Pensez-vous que les parents, en gérant leurs émotions grâce aux stratégies d'accompagnement mises en place par la puéricultrice (écoute, permettre aux parents de s'exprimer, communication non verbale …) ont un impact sur le comportement de l'enfant dans sa prise en charge par l'équipe soignante ?

Annexe 5 : entretien de la puéricultrice 8, service des urgences pédiatriques

Puéricultrice 8, hôpital semi-privé

L'entretien s'est déroulé dans une chambre, endroit propice pour un entretien.

Etudiante : Est-ce que vous pouvez tout d'abord me parler de votre parcours professionnel ?

Puéricultrice : Alors du coup j'ai été euh diplômée infirmière en juillet 2012 il me semble, juillet 2012, c'est ça euh …j'ai tout de suite fait la formation puéricultrice entre deux j'ai travaillé en tant qu'infirmière en service de pneumo, cardio. J'ai fait de l'intérim, je n'ai pas eu de formation ou quoi que ce soit pendant cette période. J'ai commencé la formation puéricultrice en janvier 2013 et j'ai été diplômée en décembre 2013. J'ai d'abord travaillé en région parisienne dans un hôpital d'enfants qui accueille principalement des pathologies chroniques de 0 à 6 ans. C'est un service avec des enfants qui étaient là depuis 4 ans, des enfants qui étaient là depuis 6 mois, donc là-bas je suis restée 6 mois et après je suis arrivée ici aux urgences pédiatriques, ça fait 3 ans ½ que je suis là.

Etudiante : Ok, est-ce que vous pouvez me parler de votre prise en charge d'un enfant, comment ça se passe ?

Puéricultrice : Prise en charge d'un enfant ? C'est hyper large euh… déjà euh …la prise en charge de l'enfant, ça va être à l'accueil donc je te parle aux urgences du coup peut-être pas en UH, à l'accueil, ça va être principalement déjà l'accueillir alors que ce soit une urgence vraie vitale ou qui pourrait en devenir une ou une urgence totalement relative, ce n'est pas le même accueil. On va dire pour la majorité des cas qu'on a, c'est quand même des urgences plus ou moins relatives. Parfois on va on va plus se presser que d'autres mais la plupart on prend quand même le temps d'accueillir l'enfant ses parents. On va surtout prendre en compte l'état dans lequel est l'enfant et ses parents je te parle plus de l'état ….émotionnel psychologique l'inquiétude euh l'appréhension et aussi son état clinique bien sûr donc ce n'est pas pour ça que je différencie l'urgence vraie et l'urgence relative dans le sens où quand c'est une urgence vraie, le parent va être hyper inquiet parce qu'il constate bien que son enfant ne va pas bien du tout on va plus prendre en compte l'état clinique de l'enfant que son état émotionnel. Souvent, on essaie toujours dans l'équipe que une personne s'occupe du parent mais ce n'est pas évident quand c'est une grosse urgence hum hum euh mais euh oui donc l'accueil et après la prise en charge euh tout en gardant toujours en tête un relationnel, ça va être dans l'évolution de son parcours de soins aux urgences : les examens paracliniques, les soins tout ça (d'accord)

Etudiante : Les parents sont-ils toujours présents quand l'enfant arrive ?

Puéricultrice : S'ils sont là, on fait tout, s'ils sont là et qu'ils souhaitent être présents, on le fait. Si, par exemple, j'ai déjà eu le cas une prise de sang où la maman est dans un état de stress beaucoup plus important que son enfant alors que c'est à lui qu'on va lui faire sa prise de sang. L'enfant avait euh… il n'était pas très grand, il devait avoir 16 mois mais il ressent totalement l'inquiétude de ses parents et du coup, c'est moi qui dis à la maman :« Madame si vous ne vous sentez pas capable de rester auprès de votre enfant, ce n'est pas du tout un jugement quand on vous dit ça, c'est qu'on on comprend tout à fait, on sait que votre enfant va être beaucoup plus anxieux à l'idée que vous soyez là ». Dès qu'on s'approchait c'était (bruit d'aspiration) : « ah non mais vous êtes sûrs [bruit d'aspiration] non mais ah vous serrez trop sa main » et moi je l'ai dit aussi pour moi c'est pas du tout évident de faire le soin dans ce contexte-là donc là je lui ai proposé et elle m'a dit « non non, ça va aller je vais me calmer ». Elle est restée pas de souci. Mais pareil, quand on fait des sutures parfois, ils ne peuvent pas supporter alors ils sont un peu tiraillés entre l'idée de, ils culpabilisent de se dire « je ne suis pas capable de rester auprès de mon enfant ». On essaie de les rassurer puis après parfois ils se disent « non c'est bon », on leur met une chaise à côté, ils s'assoient et on les sécurise aussi un petit peu pour éviter qu'ils se fassent mal ou qu'ils que ce soit pire qu'autre chose. Franchement, je n'ai jamais vu que ce soit moi ou mes collègues dire à quelqu'un euh… « bah vous sortez maintenant ». Pour les ponctions lombaires, il y a des médecins qui ne veulent pas de la présence des parents, il y en a avec qui on habille totalement les parents en casaque, en blouse, en masque en charlotte. On ne les installe pas tout près de l'enfant mais un peu loin ou près de l'enfant. Après, maintenant les nouvelles recommandations lors d'une réanimation c'est que le parent soit présent normalement (d'accord). Il faut voir l'état du parent, s'il nous empêche de travailler, ce sera plus embêtant mais nous suivons le RANP, la Réanimation Anticipée Néonatale et Pédiatrique comme formation. C'est un conseil pédiatrique je crois qui fait cette formation et eux recommandent que les parents soient présents. Pour après le processus de deuil, c'est plus si jamais ça se finit mal bien sûr, c'est plus facile pour eux de voir ce qui a été fait.

Etudiante : Est-ce qu'il y a des éléments qui attirent votre attention dans la prise en charge d'un enfant ? Des choses particulières ?

Puéricultrice : Oh oui oui moi je travaille en pédiatrie justement parce que je trouve qu'on met en place des choses, qu'on ne prend pas le temps de faire chez l'adulte ou alors on se permet de faire des choses à l'adulte qu'on ne ferait jamais à des enfants euh... On travaille juste à côté des urgences adultes et moi je ne peux pas passer dans ce couloir, ça me fend le cœur. Déjà ils

n'ont pas le droit de visites, ils sont tout seuls, ce n'est pas ton sujet donc euh (ça ne fait rien) mais vraiment et du coup chez l'enfant, j'essaie au maximum de prendre en compte comme je te disais, son état. Donc on accueille l'enfant dans une salle d'orientation qui nous permet de les voir un par un selon leur ordre d'arrivée. Après, si un bébé de 1 mois qui arrive en cinquième après cinq adolescents, ce sera lui qui va venir avant. Si on voit un bébé qui respire mal dans la salle d'attente ; ça va être lui. Donc, on les voit dans cette pièce parfois ils arrivent à reculons, en pleurs, ils ne veulent pas venir, ils se tiennent à leur mère, on essaie avant de lui sauter dessus, de lui prendre la température. Déjà on essaie de se poser, on s'essaie qu'il s'habitue à nous. On se présente, on se met à sa hauteur des choses comme ça. Je dirais le relationnel et puis après on essaie un maximum de prendre en compte les parents. Ce sont eux qui vont prendre plus de place que leur enfant, ils ont besoin de parler. Il faut qu'on leur explique tout t de suite, souvent c'est de l'inquiétude. Alors, parfois on n'arrive pas à en placer une : « oui oui Madame on va vous expliquer posez-vous ». Il y en a qui écoutent, qui entendent et qui disent : « ah d'accord » il y en a c'est ça va en crescendo (rire) donc ça c'est un peu difficile. Mais ça c'est quand même rare et après le relationnel, essayer de leur faire passer un bon moment dans un moment pas trop évident de leur vie. On se doute que ça ne va pas être un bon moment mais essayer de faciliter le passage euh le passage aux urgences dans l'équipe. Je trouve quand même qu'on est tous au point sur ça, on est un peu tous d'accord parce que c'est assez compliqué de prendre les constantes chez les enfants quand ils pleurent donc on va chanter une chanson, on va prendre le doudou on va vachement faciliter et on va dire aux parents : « ben non gardez le dans les bras gardez le sur vous ». Ça nous fait nous contorsionner dans tous les sens mais ce n'est pas très grave, on s'adapte un maximum aux enfants et aussi aux parents mais la priorité c'est quand même l'enfant.

Etudiante : Pouvez-vous me citer quatre émotions qui selon vous les parents ressentent lors de l'hospitalisation de leur enfant ?

Puéricultrice : Inquiétude, peur, appréhension parce que c'est quand même un monde inconnu. On voit qu'au niveau de la prévention, on est tellement mauvais en France qu'ils viennent avec des idées reçues et avec des en tête : « façon ça sera comme ça comme ça comme ça ». Donc si ce n'est pas comme eux le pensaient tout s'écroule et donc si on ne leur explique pas et qu'on ne les informe pas au fur et à mesure de la prise en charge …Quand même un sentiment de soulagement j'espère (rire) quand ils voient que ça se passe bien, qu'en plus après personnellement, je ne pourrai pas parler au nom de l'équipe mais je ne mens jamais aux enfants. S'ils me disent, parfois ça arrive qu'à l'entrée, l'enfant parle que d'une chose comme

la, prise de sang parce que c'est le soin qui fait peur à tout le monde et la maman qui dit : « mais non mon chéri tu ne vas pas en avoir ». Je réponds : « Madame, je ne sais pas mais sept jours de fièvre et un œdème comme ça (geste d'explication) au niveau du cou, il va surement avoir une prise de sang » et la Mama, répond : « non, non il ne faut pas lui dire, c'est tout ». Si, justement il faut essayer de le préparer. De même, lorsque les enfants vont faire un soin : « ça va faire mal ??» je dis : « je ne vais pas dire que ça va pas te faire mal mais après on va tout faire pour diminuer la douleur, tu vas respirer dans un petit masque qui va te faire penser à autre chose ». On essaie vraiment de les informer un maximum pour éviter l'appréhension et les prévenir vraiment de ce qui va se passer. Il y a des parents qui savent faire confiance à leur enfant et savent faire confiance à l'équipe médicale paramédicale. Du coup, ils nous disent : « ah ben je suis contente je ne pensais pas que ça allait se passer aussi bien ». Donc, je me dis quand même qu'il doit y avoir parfois un sentiment de soulagement et aussi quand les résultats sont positifs que tout va bien voilà.

Etudiante : Donc ça revient un peu à ce que vous disiez tout à l'heure mais pensez-vous que ces émotions influent vraiment sur la prise en charge de l'enfant ?

Puéricultrice : Oui, déjà parfois ça nous retarde totalement alors je ne dis pas qu'il ne faut pas qu'ils aient ces émotions. Je comprends tout à fait qu'ils aient leurs émotions, c'est leur enfant, s'ils pouvaient être à leur place, ils le seraient. Moi je n'ai pas d'enfants mais j'imagine très bien ce qu'ils peuvent vivre mais parfois euh… on leur dit : « Madame, on est là pour votre enfant, vous retardez plus la prise en charge, là on vous explique quelque chose, on vous a déjà expliqué, vous ne voulez pas entendre ». Alors je pense que parfois, ils n'apprécient pas qu'on les remette un peu à leur place, parfois on dit : « bon là écoutez, on sait qu'il y a de l'attente, que vous êtes inquiets mais nous, avec nos connaissances, nos compétences médicales et paramédicales, on vous dit que votre enfant peut attendre ». C'est beaucoup avec les plaies, les plaies du visage, ça saigne beaucoup, ça peut arriver et on leur dit : « oui, on comprend, c'est inquiétant donc on fait un petit nettoyage en attendant, on met une compresse» mais l'enfant est tout rosé, souri et les parents nous disent :« non mais non mais regardez » alors moi je leur dis : « mais il peut attendre, la salle d'attente est pleine, il n'y a pas de motif pour faire passer cet enfant avant un bébé qui respire mal, une douleur atroce ou un traumatisme où l'enfant ne puisse plus marcher ». Je pense que parfois les parents n'apprécient pas de trop qu'on leur dise : « non Madame, non Monsieur ». Je pense que leur fierté prend un coup. Ce n'est pas qu'ils oublient leur enfant mais ils sont atteints personnellement et il y a un petit conflit qui est plus compliqué. Donc ça retarde. J'ai eu des situations où les parents étaient agressifs, quand même.

Il y a des périodes où on va avoir que ça et on va se dire : « mais ce n'est pas possible, on a que ça en ce moment » euh …mais jamais où je me suis dit : «je ne m'occupe plus de cet enfant ». Après, quand les parents sont rassurés, écoutent ce qu'on a à leur dire, ce n'est pas un frein. C'est vraiment quand ils sont butés, n'écoutent pas.

Etudiante : Quelles sont les réactions que vous pouvez observer lors d'une hospitalisation de l'enfant ?

Puéricultrice : Euh… il y en a qui s'adaptent hyper bien, facilement, avancent, sourient, jouent, d'ailleurs ces enfants-là nous marquent. Voilà, l'habituel c'est la peur, l'appréhension, le regard fuyant où on ne quitte pas papa et maman, se cache derrière, les pleurs ; Après, ça dépend de l'âge euh. Ils ne vont pas l'exprimer de la même façon, les adolescents, c'est souvent très nonchalant, se font trainer par leurs parents, ne savent pas trop ce qu'ils font là. Il y en a qui sont hyper sérieux, déjà, à partir d'un certain âge où on s'adresse qu'à lui mais les parents n'aiment pas de trop.

Etudiante : Vers quel âge à peu près ?

Puéricultrice : Euh… à partir de 10/12 ans. On va leur dire : « qu'est-ce qu'il t'arrive, pourquoi tu viens aux urgences ? », « tu as mal quelque part ». Les parents répondent à la place de l'enfant et les parents n'aiment pas de trop qu'on leur dise : « Madame, ça ne m'aide pas de trop ». Donc c'est très différent.

Etudiante : Et les réactions de la part de l'enfant ?

Puéricultrice : Il y a de la peur…

Etudiante : Et la présence des parents selon vous, est-elle est une aide ou un frein à la prise en charge ?

Puéricultrice : Une aide pour la majeure partie des cas

Etudiante : Pourquoi ?

Puéricultrice : Parce que c'est eux qui connaissent le mieux leur enfant, au niveau clinique, nous on ne le connait pas. La pédiatrie c'est quand même hyper clinique. Pour la coloration, s'il est marbré, on va toujours demander à la maman : « est-ce qu'il a cette coloration habituellement ? ». L'état général aussi : « est-ce qu'il est grognon ? » parce que si c'est un enfant qui pleure énormément habituellement, on va moins s'inquiéter. Après, ça peut ne pas être bon signe aussi. A l'inverse, des enfants qui sont supers calmes, supportent bien la douleur,

son hyper bien et là les parents vont nous dire : « bah là il est vraiment mal, pleure plus ». Voilà, donc je trouve qu'il faut leur faire confiance. Dans la majeure partie des cas, les parents ont peur qu'on les juge, qu'on ne les croit plus. Pour la fièvre, on leur demande s'ils ont donné du doliprane et répondent : « ah non parce que sinon il n'en aurait pas fait ici ». Pareil, le pire je pense c'est quand les parents viennent pour pleurs incoercibles de leur enfant, une fois arrivé ici après une balade en voiture ou en poussette, l'enfant est tout beau, tout calme, on a envie de leur dire qu'on les croit. Mais les parents sont désespérés et nous disent : « mais là il s'est endormi ». Mais je trouve que c'est quand même une aide et l'enfant est bien mieux avec ses parents. Ils connaissent ses habitudes, ses chansons, les calment et la position qui va les apaiser. Parfois, c'est un frein comme je te disais euh…quand ils écoutent plus leurs émotions que celles de leur enfant. Mais dans le majeure partie des cas, essaient de mettre un peu leur inquiétude de côté et ont cette performance, cette capacité à dire : « bon allez c'est tout » et pour certains qui n'y arrivent pas, on essaie de les contenir.

Etudiante : Avez-vous déjà rencontré de difficultés dans la prise ne charge d'un enfant ? Etaient-elles en lien avec le ressenti des parents ?

Puéricultrice : Ah oui, je me souviens d'une où dès l'entrée, j'étais avec une de mes collègues, on s'en est pris plein à la figure par rapport à une mauvaise information de base et ça ne lui a pas plus qu'on lui dise que ça ne fonctionne pas comme ça ici. En plus, au début on était plus en mode : « bah oui Madame, on est désolé, on comprend » mais il y a des gens où on a beau à s'excuser, leur dire ou expliquer le déroulement, sont fermés, c'est fini. Le manque d'information ou les idées reçues peuvent freiner la prise en charge. Ce qui nous embête plus particulièrement, c'est que ça fait beaucoup de bruit, les gens autour s'interrogent et du coup, souvent, je trouve qu'au niveau médical on n'est pas trop soutenu. Du coup, ça fait aussi peur aux gens qui sont dans la salle d'attente et surtout limite ça m'inquiète pour l'enfant que le parent se mette dans un état pareil, ne sache pas avoir un contrôle sur lui-même. Ce n'est pas sécurisant pour l'enfant, pas rassurant. L'attente joue énormément, les parents ont que eux à penser, ils n'ont pas à penser au voisin dans la salle d'examen ou quoique ce soit et du coup euh… moi je trouve que dès qu'on voit un résultat, on devrait leur dire ou s'il y a du monde en radio et que le manip radio ne peut pas se libérer, c'est bien de nous prévenir mais il faut prévenir aussi la famille. Quand le parent attend sans savoir, on finit toujours pas se le prendre dans la figure : « vous faites quoi là, ça met autant de temps pour prendre un rendez-vous ? ». Je trouve que là-dessus on est mauvais, trop trop mauvais. Alors parfois on y pense, on va les tenir au courant. Après, il y a des parents où il faut que tout leur soit servi tout de suite. Il

faudrait faire un petit clip de prévention télé aux urgences disant que trois heures de prise en charge, c'est normal, pas si extraordinaire que ça pour avoir des avis de spécialistes. Voilà.

Etudiante : Quelles stratégies utilisez-vous pour optimiser la prise en charge de l'enfant et ses parents ?

Puéricultrice : Quelles stratégies alors euh… au niveau relationnel, la distraction, ça va être euh…, après c'est selon le feeling avec les parents. Les parents hyper stressés où on arrive à les calmer, on va les informer, les rassurer. Avec nos connaissances, on essaie de leur dire : « là ça va ». On essaie de faire déculpabiliser les parents parce qu'ils culpabilisent beaucoup. Donc l'information pour les parents et distraction pour les enfants. On prend en compte l'âge de l'enfant, souvent ça marche et sont contents. Je trouve que ce sont les deux choses les plus importantes. Voilà.

Etudiante : D'accord, quels sont les éléments que vous avez pu voir dans la prise en charge initiale qui vous a amené à mettre en place ces stratégies ?

Puéricultrice : Euh…ça va être le fait qu'un enfant qui de base arrive en pleurant beaucoup, qui a peur, a besoin d'être près de ses parents, qu'on distrait. La couleur blanche des tenues n'est pas hyper lumineux pour eux, alors quatre personnes qui le regarde sur son brancard, ce n'est pas le mieux. Du coup, chanter une chanson ça les apaise quand même. Après, l'information c'est aussi du bon sens, d'un point de vue personnel, l'inconnu c'est stressant.

Etudiante : Pensez-vous que la gestion des émotions des parents grâce aux stratégies mises en place a un impact sur la prise en charge ?

Puéricultrice : Oui parce que euh... la référence première de l'enfant c'est le parent, c'est l'image de confiance que l'enfant a. Après, on ne connait pas la relation que le parent a avec son enfant. On ne sait pas le passé, si c'est un placement, une adoption donc nous on part sur le principe que cette personne est la personne de confiance pour l'enfant. Donc quand on dit que l'enfant va être hospitalisé et qu'il ne veut pas, c'est le parent qui va quand même le rassurer. C'est la voix de la raison. Voilà.

D'accord, merci beaucoup pour cet entretien

Annexe 6 : Tableau d'analyse des entretiens réalisés aux urgences pédiatriques

	Puéricultrice 5	**Puéricultrice 6**	**Puéricultrice 7**	**Puéricultrice 8**
Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?	IDE : 2004-2007 2008 : grossesses pathologiques et suite de couches Puéricultrice : 2009 2010 : urgences pédiatriques	IDE : 2001 Puéricultrice : 2015 2016 : pédiatrie générale 2017 : urgences pédiatriques	IDE : 2014 EHPAD Puéricultrice : 2015 Pédiatrie (urgences, néonatalogie, chirurgie) 2 ans et demi aux urgences pédiatriques	IDE : juillet 2012 Puéricultrice : 2013 Hôpital d'enfants sur Paris pendant 6 mois 3 ans et demi aux urgences pédiatriques
Pouvez-vous me parler de votre prise en charge d'un enfant ?	-Accueil : orientation de l'enfant -Motif d'entrée - Paramètres -Installation du patient selon son état ou en salle d'attente	-Réalisation d'un dossier administratif -Accueil du service : motif d'entrée -Installation du patient selon la gravité ou l'ordre d'arrivée -Constantes -Examen médical -Réalisation de la prescription médicale	-Accueil des urgences -Selon gravité et ordre d'arrivée, installation en box ou salle d'attente « tri des enfants » -Recueil de données, prise des constantes -Examen médical avec réalisation des prescriptions médicales -Intervention des puéricultrices pour réalisations des prescriptions médicales	-Evaluation de l'état clinique et émotionnel du patient et orientation de l'enfant -Prise en charge de l'enfant selon l'évolution du parcours de soins du patient (examens paracliniques, soins).

			-Hospitalisation du patient ou retour au domicile ou transfert.	
Les parents sont-ils toujours présents	Oui, c'est une obligation	Oui et sont encouragés à venir	Oui, on ne peut pas prodiguer les soins sans autorisation parentale	Oui sauf si la parent n'arrive pas à gérer son stress (perturbe l'enfant et le soignant) et selon les médecins pour les soins (ponctions lombaires). -RANP propose que les parents soient présents
Pouvez-vous me donner 4 émotions que les parents ressentent selon vous ? Pensez-vous que celles-ci influent sur la prise en charge de l'enfant ?	Angoisse, stress, impatience, frustration -Les enfants ressentent toutes les émotions (sont dans le même état que leurs parents) -Emotions des parents à prendre en compte et travailler avec.	Angoisse, stress, peur, impatience -Parents transmettent leurs émotions aux enfants -L'enfant prête attention aux réactions de son parent -Réactions parents/ enfants souvent identiques	Peur, stress, humour, autodérision, protecteur -L'enfant s'imprègne de toutes les émotions -Parent stressé influe sur le comportement : réfractaire aux soins et avoir peur -Parents, malgré leurs inquiétudes vont prendre sur eux et être près de leur enfant	Inquiétude, peur, appréhension (monde inconnu), soulagement -Dépendent des idées reçues -Parents n'apprécient pas que la puéricultrice exprime son point de vue -L'attente influe sur les émotions

Quelles sont les réactions que vous pouvez observer lors d'une hospitalisation d'enfant ? *De la part des enfants* *De la part* **des parents**	-Agressifs -A l'aise -Intimidés -Apeurés -Angoissés Selon l'âge de l'enfant : 2 ans : âge de l'opposition et selon l'éducation -**Agressifs**	-Pleurs (milieu qu'il ne connait pas, n'a pas ses repères sauf celui de ses parents) -Si parent angoissé, sentiment d'insécurité de la part de l'enfant et inquiétude -Coopérant, sourire, sans appréhension **-Impatience** **-Agressivité** **-Sourire, aide à rassurer l'enfant**	-Peur, pleurs -Réclament leur parent (soins sont anxiogènes) -Irritables (cause : la fatigue) -Détendus (plus les grands): 6/7 ans : voient l'hospitalisation différemment (télévision, grand lit) -Dépend des soins prodigués **-Anxiété « c'est grave ? »** **-Question d'organisation et du déroulement de l'hospitalisation** **-Soit ils posent beaucoup de questions (très en demande), soit remercient beaucoup et attendent de voir le déroulement (font confiance aux professionnels)**	-Enfants qui s'adaptent bien, sourient, jouent, avancent -Habituellement la peur, l'appréhension -Regard fuyant, se cache derrière papa et maman, pleurs -Selon l'âge (adolescences généralement nonchalant) -Enfants hyper sérieux **-Vers 10/12 ans, on s'adresse aux enfants, les parents n'aiment pas beaucoup**

Selon vous, la présence des parents est-elle une aide ou un frein à la prise en charge de l'enfant ?	-Dépend de l'état émotionnel du parent -Plus une aide -Parent : seul repère pour l'enfant (milieu qu'il ne connait pas, personnel non plus)	-Une aide le plus souvent -Rassurent l'enfant, discussion avec : adhésion aux soins, distraction par le téléphone -Si le parent est trop stressé, on le fait sortir et s'ils n'arrivent pas à gérer leurs émotions : frein à la prise en charge -Relation fusionnelle dans la majorité des cas	-Aide (milieu inconnu, anxiogène) -Parents : figure habituelle -Pour les soins : peut-être un frein	-Une aide car connaissent leur enfant : changement de comportement, de coloration -Enfant bien mieux avec ses parents (habitudes, chansons, le calment, l'apaisent) -Parfois, un frein car écoutent plus leurs émotions que celles de leur enfant (souvent mettent leur inquiétude de côté)
Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la prise en charge ?	-Refus de la part de l'enfant (explication des risques encourus) -Parent stressé est plus en demande (veut plus de soins)	-Difficultés lorsque les parents paniquent et font paniquer leur enfant	-Enfant non coopérant, refus de soins alors que les parents essaient de le rassurer : enfant anxieux -Parents très protecteurs : soignant qui a un rôle autoritaire	-Colère de parents par exemple suite à une mauvaise information de base, idées reçues freinent la prise en charge, parents qui sont fermés à la discussion. -Manque de prévention sur l'attente et manque d'information

Quelles stratégies utilisez-vous afin d'optimiser la prise en charge de l'enfant et de ses parents ? Selon vous, les stratégies utilisées ont-elles un effet bénéfique ? Si oui lequel ?	-Explication de la prise en charge selon la pathologie -Prévenir de l'attente -Soulager l'enfant (parent qui va moins stresser) -Milieu socio-culturel (barrière de la langue) -Dépend du vécu dans le milieu hospitalier, histoire des parents -Café, distraction (télévision), repas proposés	-Dialogue -Distraction (bulles, boites musicales) -Demander aux parents de sortir si besoin	-La communication (expliquer ce que l'on fait) -S'adapter à l'enfant -Proposer aux plus grands ce qu'ils veulent faire, demander leur avis -La distraction (bulles, comptines, chanter, mettre une vidéo)	-Distraction -Selon le ressenti avec les parents : information, réassurance, les faire déculpabiliser) Ce sont les deux choses les plus importantes.
Pensez-vous que les parents, en gérant leurs émotions grâce aux stratégies mises en place dans le service ont un impact dans la prise en charge de l'enfant ?	-Oui -Parent qui se calme gère ses émotions et l'enfant se calme et sera plus à même de réconforter son enfant -Parent est un pilier (diverti) -Rassurent, calme l'enfant -Présence fortement demandée sauf si un parent ne veut pas (soins) ou image qui risque de choquer (intubation).	-Oui - Les enfants sont une éponge à émotion -Climat de confiance transmit si le parent est calme. L'enfant sera moins dans le refus	-Oui -Jouer avec l'enfant permet au parent de se détendre -Distraction et tout ce qui est mis en place a un impact sur l'enfant -Anxiété reste présente chez les parents.	Oui -Le parent est la référence première de l'enfant, image de confiance -On ne connait pas le passé (placement, adoption) donc on part sur le principe que c'est la personne de confiance. -Le parent reste la voix de la raison. (si l'enfant doit être hospitalisé, c'est le parent qui va le rassurer).