



**HAL**  
open science

## La présence parentale lors des soins invasifs aux urgences pédiatriques

Ivana Ibouanga

► **To cite this version:**

Ivana Ibouanga. La présence parentale lors des soins invasifs aux urgences pédiatriques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02473381

**HAL Id: dumas-02473381**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02473381>**

Submitted on 10 Feb 2020

**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.

*Mémoire*

**La présence parentale lors des soins invasifs aux urgences  
pédiatriques**

## Sommaire

<b>Introduction</b> .....	1
<b>Situations d'appels</b> .....	2
<b>Cadre conceptuel</b> .....	6
I. La place des parents à l'hôpital.....	6
A. Contexte historique.....	6
B. Contexte législatif.....	10
C. Contexte environnemental : les urgences pédiatriques.....	13
II. La relation triangulaire : soignant – enfant – parent.....	15
A. Les missions de la puéricultrice.....	16
III. L'accompagnement.....	17
A. La relation d'aide.....	18
IV. Le soin invasif chez l'enfant.....	20
A. La douleur induite par le soin invasif.....	21
B. L'anxiété générée par le soin invasif.....	23
<b>Méthodologie et outils d'enquête</b> .....	26
I. L'entretien semi-directif : outil de recueil de données.....	26
II. Le cadre de l'entretien.....	26
A. Les objectifs du guide d'entretien.....	26
B. L'échantillon des personnes interrogées.....	27
III. Le déroulement des entretiens.....	28
IV. Le retour de l'enquête.....	29
<b>Résultats et analyses des entretiens</b> .....	30
I. Résultats.....	30
II. Analyse des résultats par thème.....	33
A. La présence parentale et la relation triangulaire.....	33
B. La douleur de l'enfant et l'anxiété des parents lors des soins invasifs.....	37
III. Comparaison des résultats avec le cadre conceptuel.....	41
A. La présence parentale et la relation triangulaire.....	41
B. La douleur de l'enfant et l'anxiété des parents lors des soins invasifs.....	42
C. La législation.....	42
<b>Discussion</b> .....	43
I. Mes hypothèses de recherche.....	43
II. Mon positionnement professionnel.....	44
III. Les perspectives futures envisageables.....	44
<b>Conclusion</b> .....	45
<b>Bibliographie</b>	
<b>Annexes</b>	

## **Introduction**

Dans le cadre de notre formation de puéricultrice, il nous est demandé de réaliser un mémoire de fin d'études, portant sur un thème précis, choisi à partir de situations vécues sur le terrain.

Les situations que j'ai choisies ont été à l'origine d'un questionnement autour de la pratique des professionnels de santé mais également autour de ma pratique professionnelle. C'est pourquoi ce travail me permettra d'obtenir des réponses ou des axes d'amélioration sur mon quotidien professionnel à venir.

La relation dans le soin est un concept qui fait partie intégrante de notre formation infirmière mais que l'on aborde également dans notre spécialisation en tant qu'étudiante puéricultrice. Toutefois, la relation entre l'infirmière et son patient évolue lorsque l'infirmière devient puéricultrice. La relation initiale devient une relation qui doit intégrer les parents de l'enfant, devenant alors une relation triangulaire soignant-enfant-parent.

Cette dimension relationnelle que le soignant intègre est intimement liée à l'investissement personnel dont il fait preuve pour la prise en charge globale de l'enfant.

Mon mémoire infirmier m'a permis de constater qu'il n'existait que peu d'orientation pratique sur cette dimension relationnelle qui fait pourtant partie intégrante du métier de soignant.

C'est donc dans cet état d'esprit que j'ai souhaité poursuivre ma réflexion et réaliser ce mémoire de fin d'études de nouveau sur cette dimension relationnelle, tout en y ajoutant la dimension du soin.

Ainsi, dans un premier temps, j'exposerai les situations qui, comme dit précédemment, ont été à l'origine de mon questionnement, autrement dit le point de départ de ce travail. Dans un second temps, j'organiserai les recherches effectuées dans un cadre conceptuel qui rassemblera les différents concepts et notions faisant parti de mon thème.

De ce cadre conceptuel seront développées ma problématique et les hypothèses de recherche. Toujours dans la continuité de ce travail, la méthodologie utilisée pour mon enquête sur le terrain sera présentée et argumentée pour ensuite aboutir à l'analyse des enquêtes effectuées. Enfin, je poursuivrai ce mémoire par une discussion autour de l'écriture et la réalisation de ce travail pour finalement conclure sur l'ensemble de mon écrit.

## Situations d'appels

Lors de mes études en tant qu'étudiante infirmière, j'ai eu l'occasion de réaliser des stages dans différents services de l'enfance. Pendant ces stages, j'ai vécu certaines situations qui ont été à l'origine de divers questionnements.

Ma première situation se déroule, tout comme les autres situations, lors d'un stage de deuxième année infirmière dans un service d'urgence pédiatrique. Je suis de poste de nuit et je travaille avec l'infirmière du service.

Dès mon arrivée, l'infirmière m'interpelle et me demande de préparer le matériel nécessaire à la pose d'un cathéter. Elle me fait les transmissions concernant K., un petit garçon de 6 ans épileptique connu du service de pédiatrie, amené aux urgences par sa mère pour crise convulsive. En effet, malgré le traitement administré au domicile, la crise convulsive n'a pas cessé. A mon arrivée dans le box n°2, K. était en état de mal épileptique depuis plus de 25 minutes.

L'infirmière m'a demandé de rester dans la chambre et de l'appeler au moindre changement de constantes, le temps qu'une discussion avec le médecin sur la prise en charge de K. puisse avoir lieu.

Sa mère, qui téléphonait plus loin, est revenue dans la chambre, paniquée, inquiète pour son enfant. Elle m'a demandé des informations supplémentaires. Ne pouvant lui répondre, j'ai appelé l'infirmière. Cette dernière a répondu à quelques questions de la maman notamment sur l'état de son fils à ce moment précis mais pas sur les suites de la prise en charge. La voie d'abord en place semblait ne plus être fonctionnelle, c'est pour cela qu'une nouvelle voie devait être posée. L'infirmière a demandé à la maman de sortir de la chambre, nous avons posé une autre voie afin de nous assurer, si dégradation de l'état général de K., qu'une voie serait fiable.

A ce moment, je me suis demandé ce qui justifiait le fait que l'infirmière ait demandé à la maman de sortir. La pose de cathéter est un acte infirmier courant, je me suis demandé quel était le ressenti de la mère, malgré qu'elle ait accepté de sortir.

Quelques minutes après, l'état général de K. s'est dégradé, il était en insuffisance respiratoire, la décision de l'emmener en salle de déchoquage a été prise, il s'agissait d'une urgence. Le pédiatre du service, l'interne, l'infirmière et moi-même avons donc concentré notre attention sur cet enfant et pris les mesures pour le transfert jusqu'en salle de déchoquage.

A ce moment, la mère nous observait, paniquée. L'infirmière, tout en débranchant le lit, lui a dit où nous amenions son enfant et qu'elle pouvait nous suivre. Une fois arrivé en salle, le médecin s'est tourné vers la maman et lui a dit qu'il la tenait au courant de l'évolution et qu'un transfert serait envisagé vers un autre hôpital de la région. La maman restait devant cette salle, voyant du personnel entrer et sortir.

Après réflexion, cette situation m'a amenée à avoir différentes interrogations. Partant du principe que tout parent ou responsable légal a le droit d'être présent auprès de son enfant, il y a-t-il, tout de même, des pratiques différentes selon les professionnels de santé, les services de pédiatrie en terme de présence des parents, notamment lorsqu'il s'agit de soins invasifs et/ou de soins d'urgences ?

Quelle posture l'infirmière puéricultrice travaillant auprès d'enfant en service d'urgences pédiatriques doit-elle adopter face à ce genre de situation ?

Mais aussi, il y a-t-il des limites dans l'intégration des parents dans un soin, notamment quand celui-ci relève de l'urgence ?

Comme annoncé précédemment, pendant ce stage, j'ai eu l'occasion de vivre d'autres situations plus ou moins similaires où un soin invasif devait être prodigué, mais dans celles-ci les parents étaient invités à rester dans la chambre et parfois aussi à participer aux soins.

Cette deuxième situation se déroule alors que je suis en poste d'après-midi. Nous sommes un mercredi. D'après la puéricultrice avec qui je travaille cette après-midi-là, les mercredis en service d'urgences pédiatriques sont souvent des journées plus intenses en terme de charge de travail. En effet dès mon arrivée tous les box étaient occupés.

Elle me demande de préparer le matériel nécessaire à la réalisation d'une pose de sonde pour pH métrie œsophagienne pour L., un bébé de 7 mois, arrivé dans le service pour régurgitations, vomissements à répétition et pleurs réguliers après les repas. L'infirmière m'explique qu'habituellement cet examen se réalise dans le service de pédiatrie mais aucune chambre n'était disponible pour le moment, la pédiatre du service devait encore voir un enfant avant que celui-ci ne puisse sortir.

En attendant que la chambre soit disponible, le pédiatre des urgences pédiatriques a donc demandé à la puéricultrice de mettre en place la sonde pour ne pas faire attendre l'enfant et sa famille sans intérêt dans le box, ainsi, ils pourraient ensuite rejoindre la chambre dans le service.

De plus, la condition nécessaire à la réalisation de cet acte est que l'enfant soit à jeun depuis minimum trois heures, ce qui était le cas pour L.

Il s'agissait d'un soin que je n'avais jamais réalisé auparavant. Pendant la préparation du matériel, la puéricultrice est allée informer les parents du soin avec le médecin et leur a expliqués son déroulement. Je me suis dirigée avec la puéricultrice vers le box n°4 où se trouvait L. et ses parents.

Une fois dans la chambre, L. pleurait. Nous avons donc dans un premier temps essayé de calmer l'enfant en demandant à la maman de le prendre dans ses bras. Une fois calmé, nous lui avons demandé de l'installer, toujours dans ses bras, dans une position demi-assise. L'objectif de la puéricultrice était que la maman puisse être intégrée au soin. Elle lui a demandé de tenir d'une main, les deux mains de son enfant, tout en lui parlant pendant le soin, la maman s'est mise d'elle-même à chanter une comptine.

Malgré la charge de travail dans le service ce jour-là, la puéricultrice a pris le temps de se concentrer sur le ressenti de l'enfant pendant le soin, et d'intégrer au mieux les parents. Cependant, lorsque celle-ci à commencer à introduire la sonde dans le nez, L. a commencé à s'agiter, à pleurer de nouveau. La maman était perturbée, elle ne parlait plus. J'avais l'impression qu'elle n'arrivait plus à gérer L. dans ses bras qui s'agitait et que voir la sonde s'introduire dans le nez de son enfant n'était plus supportable pour elle.

La puéricultrice a bien remarqué la gêne de la maman et a demandé au père qui se tenait à côté d'elle, d'intervenir en lui demandant de s'approcher de L., de lui parler.

L. s'est détendu et la puéricultrice a pu finir la mise en place de la sonde jusqu'à sa fixation.

La puéricultrice a informé les parents qu'un contrôle radiologique devait être effectué pour voir si la sonde était bien placée. Elle m'a demandé d'accompagner l'enfant et ses parents en salle de radiologie.

Suite à cette situation, je me suis posée d'autres questions. Je me demandais quelle pouvait être l'influence de la présence des parents lors d'un soin invasif. En quoi la présence ou la participation d'un ou des deux parents lors d'un soin peut être bénéfique dans la prise en charge de l'enfant, qu'est-ce que cela peut apporter à l'enfant ?

Chaque situation est différente, je me suis donc aussi demandée si il existait des facteurs qui amènent le professionnel à intégrer ou non les parents à un soin, le cas échéant, lesquels sont-

ils ? Mais aussi, en fonction de quoi peut-il décider que les parents sont aptes ou non à participer aux soins dans le but d'optimiser la prise en charge de l'enfant ?

C'est donc sur ce constat que ma question de départ s'est définie : **En quoi la présence des parents peut-elle influencer le comportement de l'enfant lors d'un soin invasif dans un contexte d'urgence ?**

Afin de répondre au mieux à cette question de départ, j'ai défini les principaux thèmes et concepts qu'il me semblait essentiel de développer dans mon cadre conceptuel. J'ai donc décidé de construire mon cadre conceptuel autour des notions suivantes : la présence parentale, le contexte des urgences pédiatriques, le soin invasif, l'accompagnement. Ces différentes notions sont celles qui ressortent le plus de mon questionnement, d'où l'intérêt que je porte à les étudier particulièrement.

Au fil de mes lectures et recherches, d'autres notions se sont imposées à moi, notions qui apportent des précisions à ce travail.



## Cadre conceptuel

### I. La place des parents à l'hôpital

#### A. Contexte historique

Nous retrouvons aujourd'hui plusieurs textes législatifs sur lesquels s'appuyer concernant la présence des parents à l'hôpital. Cependant cela n'a pas toujours été le cas. Les nouvelles connaissances autour du développement de l'enfant ne se sont retrouvées que lentement dans la pratique.

En effet, on retrouve, dans le livre « L'enfant et l'adolescent à l'hôpital »<sup>1</sup> que « *La durée et la fréquence des visites des parents de l'enfant hospitalisé ont longtemps été limitées, car s'appliquait aux enfants hospitalisés et à leurs familles le régime ordinaire (...) des visites à l'hôpital.* »<sup>2</sup>.

Autrement dit, le terme de visite s'appliquait de la même manière que ce soit pour les parents de l'enfant hospitalisé ou pour toute autre personne de l'entourage proche ou lointain de l'enfant. On peut déjà constater qu'une évolution a eu lieu puisque, de nos jours, le terme de visite n'est employé que pour les personnes de la famille autre que les parents ou toute autre personne de l'entourage souhaitant passer un moment avec l'enfant.

Les parents d'enfants hospitalisés sont aujourd'hui considérés comme partenaires de soin, ils sont considérés comme des éléments importants dans l'hospitalisation de l'enfant et non plus comme des visiteurs.

Cette évolution a eu lieu notamment grâce au mouvement d'humanisation des hôpitaux d'enfants à partir de 1945.

Ce mouvement s'est inscrit suite à la Seconde Guerre mondiale, lors d'une grande campagne d'humanisation des hôpitaux, avec comme influence majeure, le pédiatre DEBRE Robert<sup>3</sup>. Ce dernier est considéré comme « *le fondateur de la pédiatrie moderne et des centres hospitaliers*

---

<sup>1</sup> DUPONT, Marc, REY-SALMON, Caroline. *L'enfant & l'adolescent à l'hôpital : règles et recommandations applicables aux mineurs*. Edition 1. Rennes : Presses Ehesp, 2014. 464 pages. (Hors collection).

<sup>2</sup> DUPONT, Marc, REY-SALMON, Caroline. *L'enfant & l'adolescent à l'hôpital : règles et recommandations applicables aux mineurs*. Edition 1. Rennes : Presses Ehesp, 2014. Chapitre : Le mineur et son entourage. Page 304.

<sup>3</sup> DEBRE Robert (1882-1978), médecin pédiatre Français.

*universitaires en France* »<sup>4</sup>.

Certaines mesures de cette campagne ont été les suivantes : « (...) *l'ouverture plus large des services aux parents (...), l'aménagement de l'architecture des services, (...) l'attitude des infirmières, (...) les possibilités de jeux (..)* »<sup>5</sup>.

D'autres personnes ont contribué à l'évolution des pratiques. C'est le cas de BOWLBY John<sup>6</sup> qui a longuement travaillé sur les conséquences de la séparation entre une mère et son enfant. Il tirera de ses premiers travaux que « *la séparation conduit bien à produire des troubles du comportement perçus comme la racine des comportements antisociaux.* »<sup>7</sup>. Aussi, ses travaux suivants sur la « Carence maternelle » sont dans le prolongement des travaux de SPITZ René<sup>8</sup> sur « l'Hospitalisme ». Il décrit ce terme comme « *l'état de vicié du corps dû à un long confinement hospitalier ou à l'atmosphère morbide de l'hôpital* »<sup>9</sup>. Autrement dit, l'hospitalisme correspond au comportement que développe un bébé, un enfant, lorsque celui-ci grandit ou en tout cas évolue, dans un environnement purement hospitalier. Et dans les facteurs présents, on retrouve : l'absence de stimulation des nourrissons dans les services et l'absence de la mère.

Les conséquences de son expérience autour de l'hospitalisme sont marquantes. Il en ressort que ces enfant ont un développement ralenti, mais aussi que ce sont des enfants sensibles aux pathologies et infections. En définitif, ce que l'on retient de son expérience est que ces enfants ont subi une carence affective majeure.

Il précise avec plus de détails une partie de son expérience, partie qui concerne les conséquences de la séparation en fonction de la durée : « *pleurs après un mois de séparation, retrait après deux mois, après trois mois de séparation, l'enfant reste couché à plat ventre une grande partie de la journée et se désintéresse de son entourage, après quatre mois, l'expression faciale devient figée, le regard immobile et lointain (...)* »<sup>10</sup>.

---

<sup>4</sup> GOURDOL, Jean-Yves. Portrait de Médecins [en ligne]. 2017. (consulté le 04/01/2019). Disponible sur : <https://medarus.org>

<sup>5</sup> MOUGEL, Sarra. *Au chevet de l'enfant malade : parents / professionnels, un modèle de partenariat ?* Paris : Armand Colin, 2009. Chapitre I : Des parents longtemps tenus à distance. Page 31.

<sup>6</sup> BOWLBY John (1907-1990), psychiatre et psychanalyste anglais.

<sup>7</sup> MOUGEL, Sarra. *Au chevet de l'enfant malade : parents / professionnels, un modèle de partenariat ?* Paris : Armand Colin, 2009. Chapitre I : Des parents longtemps tenus à distance. Page 36.

<sup>8</sup> SPITZ René (1887-1974), psychiatre et psychanalyste américain.

<sup>9</sup> MOUGEL, Sarra. *Au chevet de l'enfant malade : parents / professionnels, un modèle de partenariat ?* Paris : Armand Colin, 2009. Chapitre I : Des parents longtemps tenus à distance. Page 31.

<sup>10</sup> MOUGEL, Sarra. *Au chevet de l'enfant malade : parents / professionnels, un modèle de partenariat ?* Paris : Armand Colin, 2009. Chapitre I : Des parents longtemps tenus à distance. Page 33.

Enfin, René Spitz considère que les dégâts deviennent irréversibles après 5 mois de séparation, qu'en fonction de la durée il est possible de constater un arrêt du développement, un retard et dans les formes les plus sévères une régression.

Mes recherches autour de l'historique des parents à l'hôpital m'ont également amené à découvrir un auteur, ROBERTSON James<sup>11</sup> qui a, lui aussi, aidé à promouvoir la non séparation entre enfants et parents. Sa femme, ROBERTSON Joyce<sup>12</sup>, a travaillé dans une pouponnière dirigée par FREUD Anna<sup>13</sup> et BURLINGHAM Dorothy<sup>14</sup>.

Ces deux dernières avaient, à cette époque, tiré des conclusions très importantes de leurs observations : « *les enfants qui ont assisté aux bombardements en présence de leurs parents étaient moins susceptibles de souffrir de traumatisme que lorsqu'ils avaient vécu les mêmes événements séparés de leur parents* »<sup>15</sup>.

Leurs études montraient que même les événements mineurs pouvaient avoir un effet traumatique lorsque les enfants étaient privés de la sécurité qu'apporte la présence de la famille.

C'est donc dans cette pouponnière que ROBERTSON James travaillait, ce qui lui a permis de porter ses travaux autour des situations des enfants séparés de leurs parents lors d'une hospitalisation.

En lisant les travaux menés par FREUD Anna et BURLINGHAM Dorothy, je n'ai pu m'empêcher de comparer leurs observations et mon questionnement : prenant en compte le fait qu'un soin puisse être « traumatisant » pour un enfant, dû à la potentielle douleur qu'il induit ou l'anxiété ressenti ; ce soin prodigué avec ou sans la présence de ses parents aura-t-il le même impact pour l'enfant, psychologiquement parlant ?

Enfin, l'évolution des pratiques est démontrée aussi par la création de la Circulaire du 1<sup>er</sup> août 1983. Grâce à elle, « *Il n'a plus alors été contesté que des visites fréquentes, une présence régulière ou continue sont souhaitables pour le bon déroulement des soins.* »<sup>16</sup>.

---

<sup>11</sup> ROBERTSON James (1911-1988), assistant social psychiatrique et psychanalyste anglais.

<sup>12</sup> ROBERTSON Joyce (1919-2013), membre de l'association des psychothérapeutes pour enfants ; épouse de ROBERTSON James.

<sup>13</sup> FREUD Anna (1895-1982), psychanalyste et fille du psychanalyste FREUD Sigmund.

<sup>14</sup> BURLINGHAM Dorothy (1891-1979), psychanalyste américaine.

<sup>15</sup> MOUGEL, Sarra. *Au chevet de l'enfant malade : parents / professionnels, un modèle de partenariat ?* Paris : Armand Colin, 2009. Chapitre I : Des parents longtemps tenus à distance. Page 39.

<sup>16</sup> DUPONT, Marc, REY-SALMON, Caroline. *L'enfant & l'adolescent à l'hôpital : règles et recommandations applicables aux mineurs*. Edition 1. Rennes : Presses Ehesp, 2014. Chapitre : Le mineur et son entourage. Page 304.

Ces conditions sont devenues un droit pour chaque enfant hospitalisé mais aussi un droit pour leur famille. Il s'agit aujourd'hui d'une « *condition nécessaire de l'accompagnement de l'enfant hospitalisé par son entourage.* »<sup>17</sup>.

Mes recherches autour de la présence des parents dans les services hospitaliers m'ont amené à conclure que cette dernière aura longtemps été restreinte pour différentes raisons. Tout d'abord, fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, il semblerait que les pédiatres se préoccupaient principalement de lutter contre la mortalité infantile sans prendre en compte les sentiments éprouvés par leurs patients.

Une radicalisation de la fermeture des services aux parents a également eu lieu lors de la mise en place des séparations de chambre dans lesquelles les enfants contagieux y étaient isolés. Le but prioritaire était d'éviter la contagion hospitalière.

Ensuite, mes recherches m'ont aussi amenée à découvrir d'autres arguments retenus dans le passé pour restreindre la présence des parents tels que :

« *Les parents compliqueraient le travail des soignants et troubleraient l'ordre des services.* »<sup>18</sup>

Mais aussi, « *Le souci du bien être de leur enfant peut les conduire à exercer un regard vigilant sur les pratiques des professionnels de santé, et ce d'autant plus s'ils sont présents 24h/24h.* »<sup>19</sup>.

Ainsi, pour les infirmiers, ce contrôle exercé par les parents présents était à l'origine de tensions qui nourrissaient le malaise de leur profession.

Enfin, le dernier argument retrouvé est que le fait d'avoir des parents présents mène à une nécessité de partage : « (...) *requérir le consentement des parents suppose, à la fois, de justifier mais aussi de traduire un savoir complexe (...)* »<sup>20</sup>. Cela suppose de s'adapter aux familles.

Mais aujourd'hui grâce aux nombreux travaux menés en faveur de la présence parentale et aux divers autres observations, l'idée est que cette présence doit être prise en compte comme

---

<sup>17</sup> DUPONT, Marc, REY-SALMON, Caroline. *L'enfant & l'adolescent à l'hôpital : règles et recommandations applicables aux mineurs*. Edition 1. Rennes : Presses Ehesp, 2014. Chapitre : Le mineur et son entourage. Page 304.

<sup>18</sup> MOUGEL, Sarra. *Au chevet de l'enfant malade : parents / professionnels, un modèle de partenariat ?* Paris : Armand Colin, 2009. Introduction. Page 11.

<sup>19</sup> MOUGEL, Sarra. *Au chevet de l'enfant malade : parents / professionnels, un modèle de partenariat ?* Paris : Armand Colin, 2009. Introduction. Page 12.

<sup>20</sup> MOUGEL, Sarra. *Au chevet de l'enfant malade : parents / professionnels, un modèle de partenariat ?* Paris : Armand Colin, 2009. Introduction. Page 13.

un facteur favorisant le bon développement de l'enfant. Des documents officiels ont d'ailleurs depuis été rédigés dans ce sens.

## B. Contexte législatif

Comme dit précédemment, nous retrouvons aujourd'hui plusieurs textes législatifs sur lesquels s'appuyer concernant la présence des parents à l'hôpital. C'est sur cet aspect que s'est dessiné cette partie.

Dans la Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé, sur les dix points cités concernant les droits de l'enfant hospitalisé, 3 ont retenu mon attention :

- « 2. 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. »
- « 3. On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. »
- « 8. L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille. »<sup>21</sup>

Nous retrouvons cette Charte dans les services de l'enfance, exposée à un endroit où professionnels, parents et visiteurs ont la possibilité de la consulter.

En tant que professionnelle de la santé, j'ai évidemment appris qu'un enfant a le droit d'être accompagné de ses parents à tout moment de son hospitalisation, comme la Charte le prévoit.

Pourtant comme le démontre ma situation d'appel, certaines situations amènent les professionnels à demander aux parents de sortir de la chambre. Or le point n°3 de la Charte énonce que les soignants doivent au contraire, encourager les parents à rester auprès de leur enfant, cependant on ne retrouve pas de précision particulière sur ce sujet : le fait d'encourager les parents à rester auprès de leur enfant englobe-t-il le fait de rester pendant les soins également ?

Enfin, le point n°8 de la Charte est intéressant à étudier : que rassemble-t-on derrière « les besoins psychologiques et émotionnels » lorsqu'il s'agit des parents ?

---

<sup>21</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Promouvoir la santé dans les établissements de santé : La Charte de l'enfant hospitalisé, 1988. [En ligne]. Disponible sur <https://sparadrap.org> rubriques Textes officiels – En savoir plus.

Il est possible d'envisager qu'il s'agisse de l'anxiété, de la peur que les parents peuvent ressentir. Par conséquent, l'infirmière puéricultrice doit être capable de s'adapter face aux différents profils de parents qu'elle rencontre. De cette façon, on peut imaginer que demander à un parent de sortir pour qu'elle prodigue un soin soit une réponse à ces besoins psychologiques et émotionnels.

La Circulaire n°83-24 du 1er août 1983 est également un texte officiel sur lequel s'appuyer en termes de législation autour de l'hospitalisation des enfants.

Elle aborde plusieurs notions de psychologie infantile qui montre qu'une hospitalisation peut entraîner des effets néfastes pour l'enfant et précise l'importance de la présence des parents. On y retrouve les phrases suivantes : « (...) *un enfant ne peut se développer normalement que dans un climat de continuité et de sécurité affectives. Il a besoin pour cela de maintenir une relation personnelle étroite, à la fois précoce et ininterrompue, avec quelques personnes proches : sa mère (ou son père, ou une autre personne qui s'occupe de lui) (...)* »<sup>22</sup>.

En effet, l'hôpital est un lieu étranger à l'enfant, il arrive dans un endroit fermé, avec des personnes de tout âge, malades ou non, certaines vêtues exclusivement de blanc, cela peut être impressionnant voire même déstabilisant pour lui.

La circulaire énonce également les situations où les risques de détresse et de traumatisme sont plus élevés : « *quand l'enfant est jeune, qu'il ne sait pas parler ; si l'hospitalisation a eu lieu en urgence ou dans des circonstances perturbantes ; si elle s'accompagne d'un diagnostic grave ou de soins douloureux ; si l'enfant ne bénéficie pas dans sa famille, de conditions affectives satisfaisantes ; si il est étranger et ne peut communiquer en français.* »<sup>23</sup>.

On retrouve ici des particularités observées dans ma situation d'appel : le risque est augmenté dans un contexte d'urgence ou circonstances perturbantes, mais aussi si un soin douloureux est prodigué.

C'est ainsi que cette circulaire encourage également à prendre en compte ces aspects et par conséquent à favoriser la présence des parents : « *Rien ne vaut la présence d'un proche au*

---

<sup>22</sup> MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. Circulaire n°83-24 du 1<sup>er</sup> août relative à l'hospitalisation des enfants. Non parue au Journal officiel, 1983. [En ligne]. Disponible sur <https://affairesjuridiques.aphp.fr>

<sup>23</sup> Ibid

*moment de l'admission. Il est donc important d'aider un membre de la famille à demeurer avec l'enfant pendant ses premières heures à l'hôpital. »<sup>24</sup>*

La circulaire relate avec précisions toutes les mesures recommandées à appliquer dans les services hospitaliers de l'enfance. Ces mesures sont les suivantes : éviter les hospitalisations non strictement nécessaires, préparer l'admission, accueillir l'enfant et ses parents à l'admission, admettre l'enfant avec un de ses parents, faire participer les parents, adapter les soins et les conditions de traitement à l'âge de l'enfant et l'y préparer, améliorer les conditions de séjour, développer les visites, informer les parents au cours du séjour, préparer la sortie, favoriser l'introduction de ces mesures auprès de l'équipe médicale et soignante.

Concernant l'ensemble de ces mesures cette circulaire explique que : « *Leur application ne peut, bien entendu, ignorer les impératifs des traitements et de la sécurité ; ceux-ci doivent cependant être évalués à leur juste importance, dans le contexte plus large du bien-être physique et mental des parents. »<sup>25</sup>.*

Cependant, je pense que l'interprétation « *des impératifs des traitements et de la sécurité* » pourrait être différente d'un soignant à l'autre. Qu'est-ce que se représente chaque soignant derrière ces termes ?

Comme énoncé ci-dessus, un point de cette circulaire est développé autour de la participation des parents.

Ce point explique que tous les soins ne peuvent être confiés du fait de la technicité requise pour certains ou encore des problèmes de sécurité et de responsabilité, mais qu'à l'inverse les soins de la vie quotidienne peuvent être réalisés par les parents : « *En revanche, ces derniers peuvent souvent se charger, auprès de leur enfant, des soins de la vie quotidienne : le nourrir, le changer, faire sa toilette, aller lui chercher quelque chose, l'accompagner, le calmer... Les agents sont ainsi libérés pour des tâches plus techniques. »<sup>26</sup>. On parle donc plus de délégation de soins que de participation aux soins.*

Cette partie explique également que : « *Les parents doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers s'ils le souhaitent et si, l'expérience, leur présence ou leur comportement*

---

<sup>24</sup> MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. Circulaire n°83-24 du 1<sup>er</sup> août relative à l'hospitalisation des enfants. Non parue au Journal officiel, 1983. [En ligne]. Disponible sur <https://affairesjuridiques.aphp.fr>

<sup>25</sup> Ibid.

<sup>26</sup> Ibid.

*ne s'avère pas gênant.*»<sup>27</sup>. Autrement dit, l'infirmière puéricultrice doit savoir repérer avant la réalisation d'un soin, que le parent a un comportement adapté et que celui-ci ne gêne en rien la réalisation de ce soin.

Cependant, si l'on reprend les éléments de ma situation d'appel, le service des urgences pédiatriques sous-entend qu'il s'agit pour la majorité des patients de passages occasionnels. Par conséquent, ni les enfants ni les parents ne sont connus des professionnels de santé en règle générale.

Ainsi, comment, ou de quelle façon, la puéricultrice peut-elle évaluer si l'expérience, la présence ou le comportement d'un parent ira en faveur de la « bonne » réalisation du soin ?

### C. Contexte environnemental : les urgences pédiatriques

Etudier le contexte environnemental était bénéfique à la compréhension de mon thème. En effet, les urgences font partie des services ayant la particularité d'accueillir des personnes sur de courtes durées. Aussi, il ne s'agit jamais d'hospitalisations programmées, de ce fait, les motifs de venues aux urgences sont souvent source d'inquiétudes pour le patient et sa famille.

Les services d'urgences pédiatriques accueillent des mineurs de tout âge. Il peut s'agir de venues dans le but de s'assurer dans un premier temps et le plus rapidement possible, d'absence de gravité pour telle ou telle pathologie, mais il peut également s'agir d'accueil d'urgences vitales.

DUPONT Marc<sup>28</sup> et REY-SALMON<sup>29</sup> Caroline précise ce point : « *En pratique, les structures d'urgences prennent en charge aujourd'hui un faible taux d'urgences majeures et répondent en grande partie à une demande de soins pour des affections dépourvues de risque grave, mais qui relèvent de l'urgence ressentie.* ».<sup>30</sup>

Comme dans tout service d'urgence et comme l'affirme La Cour des comptes « (...) *la gestion de l'inquiétude constitue une dimension importante de l'activité et de l'accueil :*

---

<sup>27</sup> MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. Circulaire n°83-24 du 1<sup>er</sup> août relative à l'hospitalisation des enfants. Non parue au Journal officiel, 1983. [En ligne]. Disponible sur <https://affairesjuridiques.aphp.fr>

<sup>28</sup> DUPONT Marc, directeur d'hôpital à l'Assistance publique Hôpitaux de Paris et chargé d'enseignement à la faculté de droit de l'université.

<sup>29</sup> REY-SALMON Caroline, pédiatre des Hôpitaux, médecin légiste et coordinatrice des urgences médico-judiciaires à Paris.

<sup>30</sup> DUPONT, Marc, REY-SALMON, Caroline. *L'enfant & l'adolescent à l'hôpital : règles et recommandations applicables aux mineurs*. Edition 1. Rennes : Presses Ehesp, 2014. Chapitre : Urgences pédiatriques. Page 211



*l'angoisse des parents face à une pathologie de l'enfant est en effet souvent importante (...) »<sup>31</sup>. Cette phrase nous renvoie à un aspect déjà discuté précédemment, celui de « l'attitude » des parents, de leur comportement face à l'enfant, des émotions qui découlent de situations stressantes, inquiétantes, et angoissantes pour eux.*

D'une manière générale et même si dans un service de pédiatrie générale, les parents peuvent être confrontés à des situations de soins similaires dans l'anxiété que celles-ci peuvent provoquer, le fait qu'il s'agisse d'un service d'urgence accentue-t-il ces émotions pour les parents ?

Afin d'améliorer la prise en charge d'enfants aux urgences pédiatriques, certaines règles ont été développées dans les hôpitaux. Ces dernières sont majoritairement axées autour de l'accueil de l'enfant puisqu'il s'agit du premier contact avec le service et les professionnels de santé :

- « *Un lieu adapté aux enfants, un personnel adapté si possible spécialisé, des techniques et du matériel pédiatriques (...) Le mélange adultes et enfants est traumatisant. La séparation par âge a été le principe initial.* »
- « *Des liaisons sont impératives avec les services de réanimation pédiatrique ou adulte.* »
- « *L'accueil des parents (...) leur prise en charge aux urgences est indispensable (explications, accompagnement, aide aux soins, etc.).* »
- « *L'aspect social et psychologique de la pathologie d'urgence pédiatrique est également une préoccupation.* »
- « *La prise en charge de la douleur de l'enfant répond à des protocoles utilisables par tous dès l'admission d'urgence.* »
- « *Dès l'admission aux urgences, la compétence de l'accueil entraîne la mise en place de protocoles de traitements adaptés à l'enfant et validés.* »<sup>32</sup>

Ces règles permettraient une meilleure prise en charge des enfants et de leurs familles aux urgences pédiatriques.

---

<sup>31</sup> COUR DES COMPTES. *Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités*. Rapport public annuel, février 2019. [En ligne]. Disponible sur <https://www.ccomptes.fr>

<sup>32</sup> APACHE (Association). *Guide de l'hospitalisation des enfants*. APACHE : 2000. Chapitre : Les urgences : Bien accueillir les enfants en urgence, un défi au quotidien. Page 233.

## II. La relation triangulaire : soignant – enfant – parent

Dans cette seconde partie, traiter de la relation triangulaire était primordial. En effet il s'agit de la base de mon travail, de l'idée principale de mon sujet.

Pour aborder la relation triangulaire, il est nécessaire dans un premier temps de définir le concept de la relation.

D'après MANOUKIAN Alexandre<sup>33</sup>, « *une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* »<sup>34</sup>. Il précise en énonçant les facteurs qui établissent la relation à savoir les facteurs physiques, les facteurs psychologiques et les facteurs sociaux. Cela sous-entend que toutes les relations ne sont pas identiques, celles-ci varient selon les différents facteurs.

La présence des parents à l'hôpital suppose de les intégrer dans une relation qui, à l'origine, se construit entre l'infirmière puéricultrice et l'enfant. C'est en ce sens que la relation entre le soignant et le soigné devient une relation triangulaire, c'est-à-dire une relation où les trois acteurs sont en relation avec les autres : l'infirmière puéricultrice avec l'enfant, le(s) parent(s) avec l'enfant mais aussi l'infirmière puéricultrice avec le(s) parent(s).

Toutefois, instaurer cette relation spécifique aux services de l'enfance n'est pas simple. L'association SPARADRAP<sup>35</sup> propose différentes pistes de réflexion pour aider les professionnels de santé à anticiper, à s'organiser, pour développer au mieux cette relation afin que chacun y trouve sa place.

Tout d'abord, dans l'anticipation, l'information de l'enfant et des parents est important pour qu'ils puissent comprendre les différentes actions et soins. Si le geste est réalisé en urgence, l'explication au préalable est parfois difficile, cependant elle peut être donnée pendant le soin ou après.

Développer au mieux la relation se réalise également par l'utilisation de moyens antalgiques, qu'ils soient médicamenteux ou non, l'utilisation de moyens de distraction pendant les soins.

---

<sup>33</sup> MANOUKIAN Alexandre, titulaire d'un DESS de psychologie clinique, ancien enseignant en institut de soins infirmiers, psychothérapeute et formateur en milieu hospitalier.

<sup>34</sup> MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 3<sup>ème</sup> édition. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008. Collection Soigner et Accompagner.

<sup>35</sup> Association SPARADRAP, association indépendante créée par des parents et des professionnels.

Les bénéfiques de ces moyens sont à destination de l'enfant évidemment mais aussi de ses parents et des soignants dans le déroulement du soin.

Ensuite, instaurer et développer cette relation c'est aussi guider les parents dans l'hospitalisation de l'enfant. En effet « (...) *les parents ne savent pas toujours spontanément ce qu'ils peuvent faire pour aider leur enfant aux mieux.* »<sup>36</sup>.

Pour ce faire, le soignant doit leur proposer d'être présent, l'importance est « *d'offrir cette possibilité aux parents sans les juger ou les culpabiliser s'ils ne peuvent pas ou ne se sentent pas capables de le faire.* »<sup>37</sup>. Le but est de leur donner un rôle lors de soin afin qu'ils se sentent acteur eux aussi de l'hospitalisation à savoir : rassurer, distraire, aider à comprendre les besoins de l'enfant par exemple. Même si la présence des parents a pour priorité l'aide à l'enfant, son bien-être, le parent a lui aussi besoin d'être aidé.

#### A. Les missions de la puéricultrice

Dans cette relation triangulaire, la puéricultrice a donc un rôle central. Notre référentiel d'activités permet d'identifier les missions auxquelles elle doit répondre.

Les activités en lien avec la présence des parents sont les suivantes : l'observation et le recueil de données cliniques ; soins de confort et de bien-être ; l'information et l'éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes ; surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes ; soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique ; coordination et organisation des activités et des soins.

Ces activités sont effectivement en lien avec la présence des parents puisque, selon l'âge du patient, les parents sont une ressource précieuse d'informations tout au long de l'hospitalisation, dès l'arrivée aux urgences pédiatriques.

Les parents sont les personnes qui connaissent le mieux l'enfant, ils peuvent également avoir un rôle d'observation sur l'état de leur enfant à un moment précis, de même pour la mesure de la douleur.

---

<sup>36</sup> GALLAND, Françoise (Association SPARADRAP). Quel rôle, quelle place pour les parents lors des soins [en ligne]. 2018. Disponible sur <https://www.sparadrap.org> Rubriques « professionnels ».

<sup>37</sup> Ibid.

Les différentes missions de la puéricultrice mettent en avant le fait que les parents sont à inclure dans la prise en charge.

### III. L'accompagnement

L'accompagnement est un concept qui s'inscrit dans la relation que partage le soignant avec le patient qu'il prend en charge. Par conséquent, ce concept s'inscrit également dans la relation triangulaire, d'où l'importance pour moi de préciser sur notion.

Selon HESBEEN Walter<sup>38</sup>, accompagner signifie « *Faire un bout de chemin avec l'autre en difficulté de santé. (...) c'est tenir compte de la complexité et de l'individualité de chaque personne ; c'est respecter ses conditions de vie, son entourage, son environnement, sa spiritualité, son engagement ou non engagement ; il s'agit surtout de comprendre et de trouver du sens à cet accompagnement quelque soit la situation de la personne.* »<sup>39</sup>.

PAUL Maela<sup>40</sup> identifie, en partant de la définition de l'accompagnement, trois éléments<sup>41</sup> : la relation à l'autre c'est-à-dire « *se joindre à quelqu'un* », l'adaptation au mouvement de l'autre « *pour aller où il va* » mais aussi, la concertation avec l'idée que l'accompagnant et l'accompagné, autrement dit, l'infirmière puéricultrice et l'enfant, avancent au même rythme.

Le rôle de l'infirmière puéricultrice dans l'accompagnement est d'aider son patient à vivre en harmonie avec lui-même, avec son environnement, en lui apportant des soins personnalisés et adaptés à ses besoins et à ses attentes. Cependant, comme il s'agit dans ce contexte, de la relation triangulaire, l'accompagnement peut aussi s'adapter aux parents. En ce sens, l'infirmière puéricultrice accompagne les parents dans la prise en soins de leur enfant. Son rôle est alors secondaire, elle accompagne mais ne prend pas la place des parents. C'est aussi sous cet œil que s'organise la triade soignant-enfant-parent.

---

<sup>38</sup> HESBEEN Walter, infirmier et docteur en santé publique.

<sup>39</sup> COURS IFAS. Concepts le soin/l'accompagnement/le rôle du soignant [en ligne]. Disponible sur : [www.synora-commerce.fr](http://www.synora-commerce.fr)

<sup>40</sup> PAUL Maela, Docteur en Sciences de l'Éducation, référence dans le champ de l'accompagnement.

<sup>41</sup> PAUL Maela. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*. [En ligne] Septembre 2012 n°110. Page 14. Disponible sur : <https://www.cairn.info/htm>

Selon l'Humanitude<sup>42</sup>, le soignant doit avoir des valeurs personnelles et professionnelles qui lui permettent de prodiguer des soins de qualité, d'accompagner ses patients, et de travailler en équipe. Ces valeurs sont les suivantes : le respect, l'écoute, la disponibilité et l'humilité<sup>43</sup>.

Le respect se définit de la manière suivante : « *avoir de la considération à l'égard d'une personne, la reconnaître vraiment comme porteur de la même dignité que soi.* »<sup>44</sup>. Le respect se manifeste dans la relation entre le soignant et le patient par l'écoute mutuelle, ainsi que la façon dont le soignant répondra aux attentes et besoins de son patient.

L'écoute dans la relation est qualifiée en tant qu'écoute active ou écoute bienveillante. Selon ROGERS Carl<sup>45</sup>, pratiquer l'écoute active signifie mettre en œuvre, utiliser les outils, qui permettront d'entendre avec attention, ce que l'autre a à nous dire. Pour cela, il est nécessaire d'utiliser la reformulation, le questionnement, les silences mais aussi parfois les relances. La disponibilité rejoint l'idée que le soignant doit prendre le temps de répondre aux besoins et attentes du soigné.

Pour finir, l'humilité n'est pas une valeur innée chez les humains. En revanche c'est une qualité professionnelle dont le soignant doit faire preuve.

#### A. La relation d'aide

La relation d'aide est fondée sur la relation qui se construit entre le professionnel de santé et le patient. Une fois de plus, il s'agit d'une notion à prendre en compte dans mon travail.

La relation d'aide en soins infirmiers se définit comme étant « *un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle.* »<sup>46</sup>. Elle est le résultat d'un équilibre entre le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Il s'agit d'accompagner la personne pour qu'elle trouve par elle-même les outils lui permettant de passer une épreuve.

---

<sup>42</sup> Concept d'humanitude : approche des soins fondée sur l'adaptation du soignant au patient qui doit toujours être considéré comme une personne.

<sup>43</sup> COURS IFAS. Concepts le soin/l'accompagnement/le rôle du soignant [en ligne]. Disponible sur : [www.synora-commerce.fr](http://www.synora-commerce.fr)

<sup>44</sup> SYNDICAT NATIONAL DES PROFESSIONNELS INFIRMIERS. Le respect dans la relation soignant soigné [en ligne], 2011. Consultable sur : <https://www.syndicat-infirmiers.com>

<sup>45</sup> ROGERS Carl (1902-1987), psychologue américain. L'écoute active est un concept né de ses travaux dans le cadre thérapeutique de l'entretien individuel.

<sup>46</sup> MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 3<sup>ème</sup> édition. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008. Collection Soigner et Accompagner. Page 56.

Les effets de la relation d'aide sont tout d'abord l'obtention d'un soulagement émotionnel. Ensuite, le patient peut découvrir quelque chose de son histoire, c'est-à-dire comprendre ce qui lui arrive, ce qui est très important pour un enfant. En effet, la compréhension et la continuité des événements sont des notions importantes pour que l'enfant se sente en confiance avec les personnes qui l'entourent.

Pour se construire, cette relation doit respecter la considération positive, l'authenticité, l'empathie mais aussi l'absence de jugement. Ces concepts permettent de déterminer la façon dont s'y prendra le soignant pour instaurer un climat de confiance avec son patient.

Tout d'abord, la considération positive signifie que « *le soignant accepte le patient tel qu'il est, sans jugement sur ce qu'il a fait ou dit* »<sup>47</sup>. Autrement dit, le soignant accepte la personne qu'il soigne et non pas ses comportements, ou sa situation.

Vient ensuite l'authenticité qui vient établir la base de relation qui se jugera honnête, sans artifice : « *Etre authentique, c'est tenter, car ce n'est pas toujours facile, d'être soi-même.* »<sup>48</sup>. Pour ce faire, il est important que les conditions qu'offre l'environnement professionnel soit favorables, en effet, le manque de temps est souvent une condition défavorable. Enfin, l'empathie, qui se définit comme « *le résultat d'une relation suffisamment proche entre deux personnes pour qu'elles ressentent, de l'intérieur, le vécu de l'autre.* »<sup>49</sup>.

L'empathie est un concept essentiel de l'approche centrée sur la personne, développé par ROGERS Carl. Ce dernier précise que l'empathie s'enracine dans la personnalité de celui qui la pratique, c'est-à-dire le soignant. L'empathie met en avant l'importance de l'écoute dans la relation, une des valeurs du soignant citée précédemment.

Par l'empathie, il s'agit d'accompagner mais aussi de comprendre pour aider le patient dans sa situation. Là est le but de la relation d'aide.

Cependant, la relation d'aide ne se construit pas de la même façon dans tous les services hospitaliers. Les services de longue durée sont plus propices à « l'exercice » de la relation

---

<sup>47</sup> MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 3<sup>ème</sup> édition. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008. Collection Soigner et Accompagner. Page 58.

<sup>48</sup> MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 3<sup>ème</sup> édition. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008. Collection Soigner et Accompagner. Page 59.

<sup>49</sup> MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 3<sup>ème</sup> édition. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008. Collection Soigner et Accompagner. Page 59.

d'aide. Pour les services de courte durée tels que les urgences pédiatriques « *une rencontre sincère et un réel soutien peuvent être réalisés* »<sup>50</sup>.

En effet, la relation d'aide dépend des questions que peut se poser le patient. L'univers des urgences pédiatriques est souvent une source de questions diverses et variées tant dans l'inconnu qu'elle suggère pour le patient, au niveau de son état de santé par exemple, mais aussi dans la découverte de ces lieux.

L'infirmière puéricultrice doit donc accompagner et soutenir le patient qu'elle prend en charge dans son questionnement, tout en respectant l'évolution du rythme du patient.

#### IV. Le soin invasif chez l'enfant

Enfin, mon cadre conceptuel ne pouvait se construire sans aborder le soin invasif chez l'enfant. Mes situations reprennent des moments où l'infirmière puéricultrice prodigue un soin à un enfant. Outre le fait qu'il s'agit de soins dits « techniques », ces soins invasifs regroupent plusieurs notions importantes que le soignant doit prendre en considération. J'ai donc décidé de les étudier dans cette quatrième partie.

D'après le dictionnaire Larousse, se définit comme invasive « *une méthode d'exploration médicale ou de soins nécessitant une lésion de l'organisme* »<sup>51</sup>. On y regroupe donc un ensemble de soins parmi lesquels, notamment les plus courants, les prélèvements sanguins, les poses de cathéters veineux périphériques, les injections, les poses de sondes (gastriques et vésicales par exemple) mais également les réfections de pansement.

Ces soins sont toujours réalisés dans un sens commun à tous les professionnels de santé, c'est-à-dire au rétablissement ou à l'entretien de l'état de santé d'un patient. Mais ces soins peuvent provoquer peur, douleur, anxiété, angoisse, pleurs, cris, et souvent avec plus d'intensité lorsqu'ils sont prodigués à des enfants.

C'est en ce sens qu'effectuer d'avantage de recherches autour du soin invasif chez l'enfant me semblait important.

---

<sup>50</sup> Ibid.

<sup>51</sup> Tiré du Dictionnaire en ligne « Larousse »

## A. La douleur induite par le soin invasif

Pour un enfant, l'hôpital peut être synonyme de douleur. Soit parce que sa venue à un lien avec une pathologie ayant pour signe ou symptôme la douleur ou soit parce que les soins ou examens qu'il y reçoit peuvent provoquer de la douleur, comme par exemple les soins invasifs.

Dans le cas d'un enfant ne s'étant jamais rendu à l'hôpital, ce lieu peut alors générer de l'anxiété du fait de l'inconnu.

La douleur se définit comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes* »<sup>52</sup>.

La soulager est une obligation pour les professionnels de santé, l'article L110-5 du Code de la santé publique le stipule : « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, prise en compte et traitée...* ».

D'autres textes législatifs sont également en faveur de la prise en charge de la douleur comme par exemple le Texte n°4 du Journal officiel n°185 du 11 août 2004 relatif à la prise en charge de la douleur, mais aussi le Plan de lutte contre la douleur 2006 – 2010<sup>53</sup>.

On retrouve aussi la phrase suivante dans l'article 5 de la Charte l'enfant hospitalisé : « *On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.* ».

Enfin, l'article R4311-8 du Code la santé<sup>54</sup> s'appuyant plus sur la profession infirmière : « *L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin.* »

Pour le Dr HERBEAU Sylvie<sup>55</sup>, « (...) *la lutte contre la douleur et ses conséquences néfastes (...) ne passe pas seulement par l'utilisation d'un arsenal de « médicaments anti-douleur », mais par l'aménagement environnemental dont l'élément premier est la présence parentale.* »<sup>56</sup>. Elle indique ceci dans un article écrit suite à la demande de l'association

---

<sup>52</sup> Définition de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

<sup>53</sup> Plan de lutte contre la douleur 2006 – 2010 : Priorité 1 : Améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents.

<sup>54</sup> Article R4311-8 du Code de la santé décret n°2004-11-802 du 29 juillet 2004

<sup>55</sup> HERBEAU Sylvie, médecin anesthésique à l'hôpital des enfants-malades à Paris.

<sup>56</sup> APACHE (Association). *Guide de l'hospitalisation des enfants*. APACHE : 2000. Chapitre : Faire une place à la famille ; Présence des parents lors de l'induction anesthésique : est-elle souhaitable ? Est-elle possible ? Page 102.



APACHE<sup>57</sup> sur l'utilité de la présence des parents auprès de leur enfant au moment de l'induction anesthésique.

On retrouve cette même idée dans le livret « La douleur de l'enfant »<sup>58</sup> : la présence des lettres pictogrammes PEDIADOL renvoie aux « incontournables » de la prise en charge d'un soin douloureux » : Présence des parents – Evaluation – Dextérité – Information – Anticipation – Distraction - Organisation des soins – Législation.

Le Dr GAUVAIN-PIQUARD Annie<sup>59</sup> développe le point concernant la présence des parents dans le cadre de la prise en charge de la douleur : « *En plus des médicaments, d'autres moyens sont souvent bien utiles. D'abord la présence réconfortante des parents est très importante, elle est rassurante, protectrice pour l'enfant, et lui évite de ressentir désarroi, angoisse, panique. (...) Malheureusement, ces divers moyens sont loin d'être disponibles et utilisés partout. La prise en charge de la douleur de l'enfant n'est pas encore complètement entrée dans le quotidien des soins, ce malgré son inscription obligatoire maintenant au sein du projet d'établissement de l'hôpital (Art L 710-3-1 du Code de la Santé Publique, loi 96-456 du 28 mai 1996)* »<sup>60</sup>. Ses propos se joignent à mon expérience professionnelle et notamment à l'une de mes situations d'appels lorsque l'infirmière puéricultrice décide « d'écarter » la maman pour le soin.

Il serait alors intéressant de mettre en lien la présence des parents lors de soins et le niveau de prise en charge de la douleur puisque selon le Dr GAUVAIN-, « (...) ces divers moyens sont loin d'être (...) utilisés partout ».

Ces recherches m'amènent à me poser la question suivante : peut-on mettre en lien le fait que certains professionnels de santé décident « d'écarter » les parents d'un soin avec la douleur que celui-ci peut induire ?

---

<sup>57</sup> Association pour l'amélioration des conditions d'hospitalisation des enfants

<sup>58</sup> PEDIADOL. *La douleur de l'enfant : stratégies soignantes de prévention et de prise en charge*. Centre national de ressources de lutte contre la douleur, 2006.

<sup>59</sup> GAUVAIN-PIQUARD Annie, psychiatre et pédiatre à l'institut Gustave-Roussy (Villejuif).

<sup>60</sup> APACHE (Association). *Guide de l'hospitalisation des enfants*. APACHE : 2000. Partie I : La douleur. Pages 180-181.

## B. L'anxiété générée par le soin invasif

La douleur et l'anxiété sont souvent liées lors de soins, les patients les associent souvent avec un lien de cause à effet. Il n'est pas rare d'entendre un enfant dire, ou que ses parents nous disent « J'ai peur d'avoir mal ; Il a peur d'avoir mal ».

Cependant je n'ai pas voulu traiter de la peur elle-même car en reprenant leurs définitions, celle de l'anxiété me paraissait être plus adaptée à la situation : « *L'anxiété est un état psychologique et physiologique caractérisé par des composants somatiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux. En l'absence ou en présence de stress psychologique, l'anxiété peut créer des sentiments envahissants de peur, d'inquiétude et de crainte.* »<sup>61</sup>. Autrement dit, c'est l'anxiété ressentie qui peut créer la peur.

Si l'on prend la définition de la peur : « *La peur est une émotion ressentie généralement en présence ou dans la perspective d'un danger ou d'une menace.* »<sup>62</sup>.

La définition de la peur qualifierait alors le soin en tant que danger ou menace, c'est aussi pourquoi j'ai choisi d'aborder plus spécifiquement l'anxiété.

Même si l'induction anesthésique pédiatrique ne peut être considérée comme un soin invasif au vu de l'absence de lésion de l'organisme, il me semblait intéressant d'exposer les idées du Dr HERBEAU autour de ce geste, qui malgré tout, peut être générateur d'anxiété chez un enfant, mais qui aussi, est un moment difficile car synonyme de séparation.

Dans son article, le premier point qu'elle aborde est l'importance de la préparation de l'enfant et de sa famille qui selon elle est « *une étape essentielle* »<sup>63</sup>.

Elle énonce ensuite que « *La présence parentale est acceptable à l'induction de l'anesthésie à condition qu'elle améliore significativement le vécu de l'enfant, sans augmenter l'angoisse des parents ni alourdir le travail de l'anesthésiste et de l'équipe du bloc opératoire.* »<sup>64</sup>.

---

<sup>61</sup> Définition de l'anxiété par le psychologue TERNINCK Elise

<sup>62</sup> NATANSON, Jacques. La peur et l'angoisse. *Imaginaire & inconscient* [en ligne], 2008 n°22. Disponible sur <https://www.cairn.info.htm>

<sup>63</sup> APACHE (Association). *Guide de l'hospitalisation des enfants*. APACHE : 2000. Chapitre : Faire une place à la famille ; Présence des parents lors de l'induction anesthésique : est-elle souhaitable ? Est-elle possible ? Page 102

<sup>64</sup> APACHE (Association). *Guide de l'hospitalisation des enfants*. APACHE : 2000. Chapitre : Faire une place à la famille ; Présence des parents lors de l'induction anesthésique : est-elle souhaitable ? Est-elle possible ? Page 103

On retrouve dans ses lignes, une des notions de ma première partie : l'adaptation dont doit faire preuve les professionnels de santé face aux comportements des parents.

Elle poursuit en distinguant deux types d'anxiété parentale : « (...) *une appréhension normale dans cette situation et une angoisse insurmontable qui ne peut être calmée ni diminuée par aucune préparation appropriée.* »<sup>65</sup>. Ce deuxième type d'anxiété peut s'observer et elle indique que dans ce cas, il conduit à se communiquer à l'enfant. Cela peut donc aggraver ses propres angoisses. Autrement dit, l'anxiété parentale peut être communicative à l'enfant qui reçoit le soin, et par ce biais, aggraver celle de l'enfant déjà existante.

Enfin, un des derniers points de son article qui rejoignait ceux de ma recherche est celui concernant les professionnels de santé : « (...) *nous devons cependant être conscients que cette présence peut induire un stress supplémentaire pour l'anesthésiste, comme pour le reste de l'équipe du bloc opératoire. Il faut donc que ceux-ci soient non seulement capables d'accepter la présence des parents, mais encore qu'ils sachent comment adapter leur comportement et leurs techniques.* »<sup>66</sup>.

Finalement, après avoir lu avec attention les considérations du Dr HERBEAU fondées sur son expérience, je pense qu'il est possible de transposer ses propos sur une situation similaire, avec un soin invasif, comme le montre mes situations d'appels.

Après cette approche théorique des différents thèmes et concepts constituant mon travail, plusieurs idées importantes de ma réflexion de recherche sont à prendre en considération.

---

<sup>65</sup> Ibid.

<sup>66</sup> Ibid.

Il ressort de mon cadre conceptuel que les travaux autour du développement de l'enfant ont permis une avancée dans les pratiques hospitalières en terme de présence parentale. Cette présence induit que la relation initiale entre la puéricultrice et l'enfant devienne une relation triangulaire qui inclue les parents.

Mes recherches m'ont aussi amenées à conclure que l'intégration des parents dans cette relation n'est pas évidente car elle demande à la puéricultrice de s'adapter, d'où le fait que, dans le passé, les parents étaient souvent amenés à être écartés des soins voire de l'hospitalisation de l'enfant. Cette adaptation est d'autant plus complexe lorsqu'il s'agit de services de courtes durées comme le service des urgences pédiatriques.

Cependant, je constate que mes situations d'appels mettent en avant que certaines pratiques persistent, notamment lorsque la douleur et l'anxiété lors d'un soin sont présents.

C'est pourquoi je trouve intéressant de poursuivre mon mémoire de fin d'études sur la problématique suivante : **Dans un contexte d'urgence, en quoi la présence des parents lors d'un soin invasif prodigué à un enfant par la puéricultrice influence le déroulement de ce soin ?**

Afin de répondre à ce questionnement, j'ai organisé ma réflexion autour d'hypothèses qui sont les suivantes :

- 1. La puéricultrice favorisant la présence parentale développe la relation triangulaire.**
- 2. L'intégration par la puéricultrice des parents lors d'un soin invasif prend en compte le contexte douloureux de l'enfant et l'anxiété des parents.**

## Méthodologie et outils d'enquête

### I. L'entretien semi-directif : outil de recueil de données

Dans la continuité de mon travail de recherche, j'ai choisi d'utiliser l'entretien semi-directif comme méthode de recherche et d'investigation auprès des professionnels de santé.

D'après R. Quivy<sup>67</sup> et L. Van Campenhoudt<sup>68</sup>, l'entretien permet « *l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs, (...) leurs interprétations de situations conflictuelles ou non, leurs lectures de leurs propres expériences.* »<sup>69</sup>

De ce fait, cet outil m'a paru être le plus adapté et le plus judicieux en faveur de mon thème et de mes attentes.

Aussi, l'entretien semi-directif permet avant tout la libre expression du professionnel interviewé tout en obtenant des réponses précises en ayant recours, par exemple, à des relances, à la reformulation d'idées ou de questions abordées.

Utiliser l'entretien semi-directif m'a permis d'obtenir des informations sur les pratiques, les comportements, les idées et représentations des soignants autour de mon thème, et ce, dans le but de valider ou non mes hypothèses de recherche initiales.

### II. Le cadre de l'entretien

#### A. Les objectifs du guide d'entretien

Chaque question présente dans mon guide d'entretien (Annexe I) a été élaborée à partir d'un objectif précis défini en amont. Cela m'a notamment permis de mettre en avant les éléments que je souhaitais aborder derrière chaque question.

---

<sup>67</sup> Raymond Quivy (1938-2007) : Docteur en science politiques et sociales de l'Université catholique de Louvain, Professeur aux facultés universitaires catholiques de Mons. A notamment enseigné la méthodologie de la recherche en sciences sociales.

<sup>68</sup> Luc Van Campenhoudt (1947) : Docteur en sociologie de l'Université catholique de Louvain, Professeur de l'Université Saint-Louis Bruxelles. Egalement auteur du manuel de recherche en sciences sociales.

<sup>69</sup> QUIVY, Raymond, VAN CAMPENHOUDT, Luc. Manuel de recherche en sciences sociales. 4<sup>ème</sup> édition. Dunod. 272 pages. (Psycho Sup).

Au total, mon guide d'entretien se compose de six questions, dont certaines comportent des relances que j'ai choisies dans le but d'éclaircir les réponses des soignants si la réponse initiale ne me semblait pas assez argumentée.

Les deux premières questions m'ont permis d'obtenir une présentation brève des différents professionnels interrogés notamment par un questionnement autour de leur expérience professionnelle.

Concernant les questions suivantes, celles-ci s'organisent selon 2 thèmes : premièrement la présence parentale et la relation triangulaire et deuxièmement la douleur de l'enfant et l'anxiété des parents lors des soins invasifs.

Enfin, ma dernière question quant à elle doit être considérée comme une question de fermeture. Ainsi, j'invite le soignant à revenir sur l'ensemble des questions et thèmes abordés tout au long de l'entretien

#### B. L'échantillon des personnes interrogées

Pour la réalisation des entretiens, j'ai décidé de m'adresser à des Puéricultrices Diplômées d'Etat (PDE) exerçant en service d'urgences pédiatriques. En effet, étant donné que mon thème de mémoire se rapporte au contexte des urgences pédiatriques il était donc évident d'interroger des puéricultrices y travaillant.

J'ai donc eu l'occasion de m'entretenir avec cinq puéricultrices de deux établissements de santé, l'un public, l'autre privé, cependant, cela n'impact pas les réponses obtenues par les professionnelles. Il ne s'agit que d'une stratégie géographique.

Voici donc, sous forme d'un tableau, une présentation des personnes avec qui j'ai réalisé les entretiens :

	Nombre d'années d'exercice en tant que Puériculteur/Puéricultrice Diplômé(e) d'Etat	Expérience dans le service d'urgences pédiatriques actuel
PDE 1	6 ans	3 missions de 7 mois
PDE 2	2 ans et 5 mois	3 ans
PDE 3	3 ans	8 ans
PDE 4	4 ans	3 ans et 6 mois
PDE 5	4 ans	4 ans et 6 mois

### III. Le déroulement des entretiens

Avant toute chose, j'ai obtenu l'accord de ma référente de guidance pour enquêter sur le terrain. Dans un second temps, il s'agissait d'obtenir les autorisations d'enquêtes de la part des cadres de services. Deux établissements de santé m'ont donc autorisé à enquêter, en l'occurrence, deux services d'urgences pédiatriques.

Les entretiens ont duré entre 10 et 14 minutes. Ils se sont réalisés pour la majorité dans un endroit calme, lorsque les professionnels avaient un peu de temps à m'accorder durant leur poste. Seul un entretien s'est réalisé sur 2 temps car la professionnelle a été appelée pour un enfant qui nécessitait un soin à réaliser très rapidement.

Avant le début de chaque entretien, j'ai expliqué à tous les professionnels le thème de mon mémoire de fin d'étude ainsi que l'objectif de ma venue dans le service. J'ai poursuivi en demandant leurs accords pour enregistrer la discussion tout en expliquant que l'entretien resterait anonyme et que les réponses obtenues ne seraient utilisées que dans le cadre de mon mémoire.

#### IV. Le retour de l'enquête

Après discussion avec ma référente guidance mémoire, mon objectif été de réaliser 5 entretiens. Mon objectif a donc été atteint.

Cependant, je n'ai obtenu des rendez-vous que tardivement pour les deux derniers entretiens que j'ai réalisé, dû à la charge de travail dans le service qui compliquait leur réalisation mais aussi dû à mon emploi du temps de stage. Je regrette donc de ne pas avoir élargi mes demandes auprès d'autres établissements de santé, ce qui m'aurait peut-être permis de réaliser ces deux derniers entretiens plus rapidement.

Malgré cela, il n'en demeure pas moins vrai que mes entretiens ont été menés de manière agréable et satisfaisante notamment dans les réponses apportées aux différentes questions posées de la part des professionnels.

Après la retranscription des entretiens, j'ai obtenu des résultats et j'ai donc réalisé l'analyse de ces derniers. La partie suivante portera donc sur cette analyse.



## Résultats et analyse des entretiens

Dans cette partie, il s'agira pour moi de mettre en avant les résultats obtenus lors de mes entretiens avec les professionnels de terrain et de les analyser ensuite.

Dans cette perspective, j'exposerai d'abord les résultats par une présentation brute avant de les analyser en me référant aux thèmes définis dans ma grille d'entretien pour finalement aboutir à la comparaison des résultats avec mon cadre conceptuel.

### I. Résultats

Cette présentation brute des résultats s'est réalisée par une sélection des termes et des idées les plus pertinents par rapport aux questions posées.

Question n°3 : D'après vous, comment et grâce à quoi se développe la relation triangulaire (soignant-enfant-parent) aux urgences pédiatriques ?

Voici les réponses données par les professionnels :

PDE 1 : « (...) les gens sont en demande (...) ils veulent être rassurés. (...) en ayant un contact souriant (...) en expliquant comment ça va se passer (...) il y a aussi beaucoup d'humour à avoir et cela crée tout de suite la relation. »

PDE 2 : « (...) il faut que les parents aient une certaine confiance en nous (...) une proximité. (...) il faut les rassurer, les mettre en confiance. Les parents sont très observateurs, ils vont beaucoup nous évaluer (...). »

PDE 3 : « (...) l'échange avec les parents (...) l'échange triangulaire. Un respect mutuel, respect des croyances et des désirs. (...) il faut que les parents aient un respect de notre travail et des contraintes. L'enfant (...) il faut l'inclure (...) expliquer, utiliser des mots accessibles pour lui et ne pas banaliser le geste (...). »

PDE 4 : « (...) la communication, toujours bien discuter avec les parents, bien expliquer (...) le parent va se sentir en confiance, faire confiance et s'apaiser (...) début de relation de confiance (...). L'empathie (...), sans trop juger (...). »

PDE 5 : « (...) grâce à la réassurance (...) les rassurer grâce à nos connaissances (...) expliquer ce que l'on va faire. (...) dire la vérité (...) être le plus transparent possible (...) tenir

*informer de l'évolution de la prise en charge (...) c'est compliqué par rapport à la charge de travail (...). Finalement, c'est surtout de la communication. »*

**Question n°4 :** D'après votre expérience personnelle, quel est l'impact de la présence des parents pendant les soins invasifs prodigués aux urgences, que ce soit pour l'enfant, pour les parents, ou pour vous-même ?

**PDE 1 :** *« C'est un avantage (...) au niveau du contact (...) l'enfant se sent plus rassuré. Il y a un côté qui peut même être utile pour le soignant, parce que le parent va aussi participer (...). »*

**PDE 2 :** *« (...) c'est aidant (...) ils savent ce qui lui plaît en terme de distraction (...), ils peuvent aussi le rassurer (...). (...) ça peut être stressant surtout quand on débute (...), il y a un stress au début que l'on doit dissimuler sinon cela peut justement casser la relation de confiance avec les parents (...) ».*

**PDE 3 :** *« (...) s'il n'est pas aidant, c'est-à-dire s'il va critiquer notre geste (...) l'enfant va bien souvent le sentir et va être en opposition avec nous, il va suivre le modèle parental. (...) à l'inverse, s'il est encourageant, (...) l'enfant va s'adapter au comportement parental (...) ça pour nous c'est aidant. (...) la finalité est toujours la prise en soin de l'enfant et d'arriver à une efficacité thérapeutique (...). Mais par contre, ne pas faire participer les parents aux gestes invasifs (...) pour que l'enfant puisse avoir ce réconfort auprès de son parent (...). Si le soin se passe mal, ça ne sert à rien d'inclure les parents, ils ne peuvent pas être acteur d'un geste « négatif ». »*

**PDE 4 :** *« (...) dans la plupart des cas la présence des parents est hyper importante (...) le parent connaît son enfant, il va savoir comment le rassurer, sa chanson préférée (...). Cela va permettre à l'enfant de se détendre (...) d'avoir une personne « connue » autour de lui. Parfois ça peut avoir un impact stressant pour le soignant. (...) on va avoir de la pression (...). Après je pense quand même que c'est minime par rapport au bien que ça peut apporter à l'enfant. (...). C'est hyper important pour les petits d'avoir une figure « connue » à côté de lui. (...) »*

**PDE 5 :** *« (...) un impact qui est positif. Pour l'enfant surtout, c'est leur point de repère dans cet environnement (...) inconnu pour eux. (...) impact positif même pour les soignants (...) ce sont les personnes qui connaissent le mieux l'enfant (...) aident à l'histoire de la maladie, pour la distraction (...). (...) après oui il y a des parents qui vont être agressifs, (...) très inquiets et*

*leur inquiétude va dépasser le cadre de la prise en charge. (...) les parents réagissent mal quand il y a un échec dans la réalisation d'un soin (...) ils ne nous font plus confiance (...). »*

Question n°5 : Vous est-il déjà arrivé d'écarter les parents lors d'un soin invasif ?

Trois des professionnels interviewés ont répondu oui à cette question contre deux pour qui la réponse était négative, malgré des argumentations allant à l'encontre de leurs réponses.

En effet, la relance suivante était posée aux deux professionnels ayant répondu non à cette question : Si non, selon vous, pourquoi certains parents décident d'eux-mêmes de ne pas assister aux soins ?

Leurs réponses sont les suivantes :

PDE 1 : *« (...) enfant qui a des soins de manière chronique et qu'ils ne tolèrent plus la souffrance de leur enfant (...) l'enfant en a marre. Les parents n'arrivent plus... ils n'arrivent plus à être présents, ils n'arrivent plus à être confrontés à la douleur. (...) ne supportent pas la vue du sang. (...). »*

PDE 2 : *« (...) des parents qui ne sont pas à l'aise avec l'idée de... les aiguilles, la vue du sang (...) des parents d'enfants ayant des pathologies chroniques, les parents sont fatigués de voir tout le temps les soins invasifs (...) ils ne supportent plus de voir la douleur de l'enfant (...) il y a une lassitude qui se crée (...). »*

Pour les trois professionnels ayant répondu oui à cette cinquième question, la relance était la suivante : Si oui, pour quelles raisons pensiez-vous que cela soit nécessaire à cet instant ?

Voici leurs réponses :

PDE 3 : *« Il s'agissait en général de sutures (...) soins qui peuvent durer longtemps et les parents regardent (...) ça paraît long (...). Quand ils ne comprennent pas je pense que pour eux c'est plus compliqué. (...) Le temps de l'acte joue beaucoup sur la présence des parents (...) voir son enfant souffrir c'est difficile (...) seuil limite (...). »*

PDE 4 : *« (...) il voyait sa maman lui dire « oh là là mince... mais qu'est-ce que vous lui faites... », il surenchérisait (...) il avait l'âge de comprendre que sa mère était stressée (...) c'est surtout le stress des parents en fait, mais le stress peut-être induit aussi parce que c'est*

*un soin qui peut être impressionnant ou pour une ponction lombaire par exemple. (...) des soins qui ne sont pas faciles à voir (...) ou alors une réanimation (...) le papa était violent je pense à cause de son stress (...). »*

PDE 5 : « *(...) eux sont persuadés que rien ne va fonctionner et donc ils ne vont pas laisser la chance à l'enfant et à l'équipe de leur prouver le contraire. Ils sont tellement dans leurs inquiétudes les plus profondes de par leurs expériences personnelles, les représentations qu'ils ont des services (...). (...) parfois il y a des parents qui vont savoir prendre sur eux (...) les cas où on va les mettre à l'écart c'est quand ils n'arrivent pas à faire ce travail sur eux-mêmes (...). (...) poses de cathéter (...) collègue qui prend le relais et essaie une troisième fois (...) la fois de trop finalement. L'enfant perd patience et le parent aussi. (...) il peut y avoir de la douleur. (...). Ils savent qu'ils ne vont pas réussir à voir leur enfant avoir mal (...). (...) entendre l'enfant pleurer qu'ils ont du mal à supporter. »*

## II. Analyse des résultats par thème

### A. La présence parentale et la relation triangulaire

Dans un premier temps, les entretiens réalisés ont mis en avant les points clés qui, d'après les professionnels de santé interviewés, permettent de développer la relation triangulaire. L'objectif était de cibler des notions émanant du quotidien professionnel des soignants, des points clés qui leurs semblent essentiels à l'instauration de la relation parent-enfant-soignant.

Trois notions sont revenues à plusieurs reprises de la part de différents professionnels, notamment la communication, largement abordée autour de l'échange, le fait de donner des explications à l'enfant tout comme à ses parents, mais aussi la confiance nécessaire des parents envers les soignants et enfin le fait de rassurer les parents.

L'argumentation donnée autour de ces trois notions était similaires pour les professionnels ayant énoncé ces termes. Et après relecture de leurs propos, je me suis aperçue que pour les professionnels, ces trois notions étaient finalement en lien entre elles puisque, grâce à la communication, il s'agit pour eux de rassurer les parents et l'enfant en leur donnant toutes les explications relatives aux questions posées, aux soins potentiellement réalisables au cours du passage aux urgences ce qui permet aux parents d'avoir une certaine confiance envers les professionnels, grâce à leur transparence avec eux.

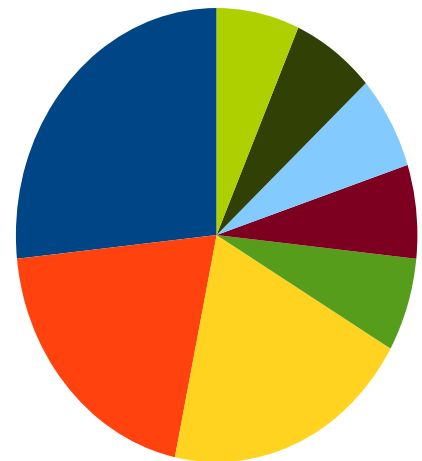
Sur le terrain, en tant qu'étudiante, je confirme le fait que ces notions font partie intégrante du quotidien des soignants, de plus ce sont des notions que nous étudions lors de notre formation théorique.

Comme le montre le diagramme ci-dessous, d'autres notions ont également été mises en avant dans le discours des personnes avec qui je me suis entretenue notamment l'empathie, argumentée dans le sens où le soignant doit essayer de se mettre à la place des parents, essayer de comprendre pourquoi ils amènent leur enfant, pourquoi est-ce qu'ils sont inquiets, notion abordée au fil de la discussion et mise en lien avec le non jugement. En effet, le non jugement semble être un aspect à prendre en compte puisque cela permet que les parents se sentent compris, écoutés.

## Points clés permettant de développer la relation triangulaire

D'après les professionnels :

- |   |   |
|---|---|
| ■ La communication, l'échange, explications à l'enfant et ses parents | ■ Confiance des parents envers les soignants    |
| ■ Rassurer les parents  | ■ Non jugement des soignants envers les parents |
| ■ L'empathie  | ■ L'humour                                      |
| ■ Contact souriant  | ■ L'écoute                                      |



Un contact souriant et de l'humour sont également des réponses que j'ai obtenues. Les professionnels ont argumenté en expliquant que notre attitude en tant que soignants aux urgences est la première chose à laquelle l'enfant et ses parents vont faire face. De ce fait il

semble essentiel pour les professionnels d'être souriant et d'utiliser l'humour également pour dédramatiser l'environnement des services d'urgences pédiatriques et faire que ce passage se déroule au mieux pour chacun.

Enfin, le dernier point clé permettant de développer la relation triangulaire qui a été ciblée lors de mes entretiens est l'écoute.

La professionnelle ayant énoncé cette notion l'a expliquée en mettant celle-ci en lien avec le service spécifique qui est celui des urgences où ce sont souvent les parents qui vont expliquer le motif de la venue de leur enfant. Il s'agit donc d'une base selon elle pour établir un lien direct avec les parents et l'enfant.

En abordant ces différents termes, une des professionnels a exprimé que ces points clés étaient pour elle « de bonnes amorces à la relation de confiance ».

Dans un second temps, j'ai pu analyser grâce aux réponses données par les professionnels, si, en partant de leurs expériences, ces derniers pensaient que la présence des parents lors de soins invasifs favorisait l'instauration de la relation triangulaire aux urgences.

Pour chacun d'entre eux, les réponses données allaient dans le sens où la présence des parents pendant ce type de soins favorisait l'instauration de la relation soignant-enfant-parent. Aussi lorsqu'ils argumentaient leur discours, ils trouvaient des points qui allaient à l'encontre du sens premier de leur réponse.

Le terme « avantage » a beaucoup été utilisé pour définir l'intérêt de la présence des parents lors des soins invasifs, notamment dans l'idée que leur présence permet de rassurer l'enfant. Son parent étant celui qui le connaît le mieux, il s'agit donc d'une aide précieuse pour la prise en charge, que ce soit dans l'aide au diagnostic ou pour la distraction lors des soins. Aussi, le terme « aidant » se retrouve dans les réponses, rejoignant l'utilité de la relation parent enfant dans la distraction et du sentiment de bien-être de l'enfant.

Enfin toujours dans le sens où cette présence favorise l'instauration de la relation triangulaire, le terme « important » est retrouvé également.

On comprend donc que la présence des parents est un élément qui est pris en compte et valorisé lors des soins invasifs aux urgences pédiatriques.

A contrario, certaines réponses données allaient dans le sens où la présence des parents lors des soins invasifs ne favorisait pas l'instauration de la relation triangulaire aux urgences.

On retrouve à plusieurs reprises le fait que cette présence parentale peut induire du stress chez le soignant qui prodigue le soin, ou que le stress présent chez le parent peut se communiquer à l'enfant initialement détendu, compliquant alors le déroulement du soin.

Aussi, on retrouve la notion d'agressivité dans les réponses des professionnels, agressivité qui émane souvent de l'inquiétude parentale, ou lorsque le soin doit se répéter faute de résultats efficaces.

Une des réponses données lors de mes entretiens m'a interpellée, la professionnelle en question était en faveur de la présence des parents puisqu'elle notifiait le fait que leur présence est un outil aidant à la réalisation d'un soin, cependant, elle a précisé qu'il n'était pas souhaitable de faire participer les parents aux gestes invasifs.

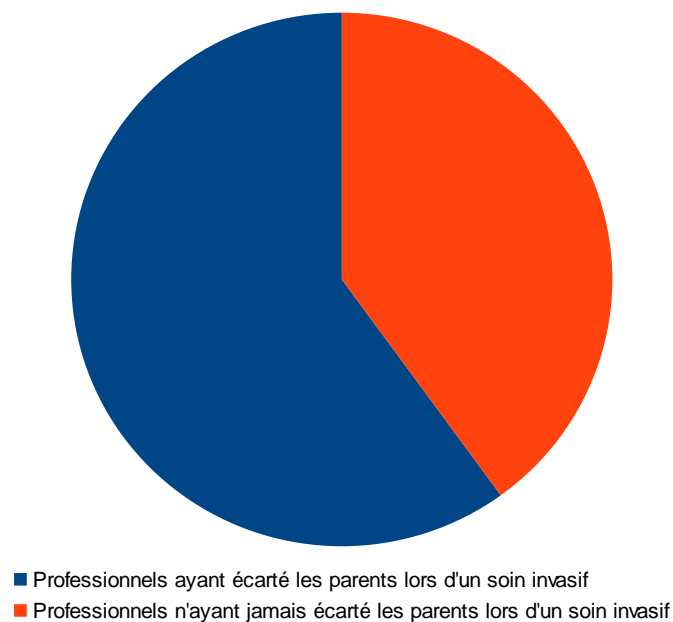
Elle a ensuite argumenté sa réponse en exprimant qu'en faisant participer le parent au soin, l'enfant ne bénéficie pas du réconfort que doit lui apporter son parent, sauf si le soin se passe bien d'emblée, elle a alors ajouté : « (...) *les parents ne peuvent pas être acteur d'un geste « négatif »* ».

J'ai remarqué, après relecture des entretiens, que pour chaque professionnel, la finalité des réponses à ces questions était toujours de mettre l'accent sur l'impact positif qu'apportait la présence des parents. Et cela malgré d'autres notions abordées allant à l'encontre de ces idées.

## B. La douleur de l'enfant et l'anxiété des parents lors des soins invasifs

Concernant cette seconde partie d'analyse des résultats, j'ai pu répartir les professionnels dans deux « catégories », à savoir, ceux qui avait déjà, dans leurs exercice professionnels aux urgences pédiatriques, écarté les parents lors d'un soin invasif et ceux pour qui cette situation n'était jamais arrivée :

Proportion de professionnels ayant écarté ou non les parents lors d'un soin invasif aux urgences pédiatriques



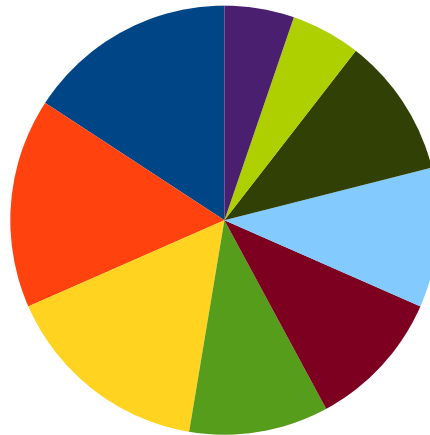
Le diagramme met en évidence que sur les cinq professionnels rencontrés, la majorité a déjà écarté les parents lors d'un soin invasif. Cependant, j'exposerai plus tard, que pour les professionnels pour qui cette situation ne s'est jamais présentée, ils exposent tout de même des situations de collègues ou pratiques de service.



Ainsi, pour les professionnels ayant déjà écarté les parents d'un soin invasif, voici, dans le diagramme ci-dessous, les raisons évoquées :

### Limites de la présence parentale lors de soins invasifs aux urgences pédiatriques

D'après les professionnels :



- Risque de malaise du parent : ne supportent pas la vue du sang, les aiguilles
- Parents n'arrivent plus à être confrontés à la douleur de l'enfant
- Inquiétude parentale, stress de la part des parents
- Durée longue de la réalisation du soin invasif
- Fatigue des parents d'enfants porteurs de pathologies chroniques
- Soins « impressionnants »
- Parents qui ne comprennent pas l'intérêt du soin, non compréhension du soin
- Violences de la part des parents
- Pleurs de l'enfant insupportables pour les parents

J'ai remarqué que l'une des premières raisons évoquées par les professionnels était le risque de malaise, ils m'ont exprimé qu'il s'agissait de situations fréquentes. Cependant les parents n'avertissent pas systématiquement les professionnels de ce qu'ils ressentent à la vue du sang ou des aiguilles. Le professionnel a donc un rôle d'observation à avoir autour du comportement des parents dès l'installation de l'enfant pour le soin.

C'est suite à cette observation que les professionnels ont proposé, puis si insistance de la part des parents, ont demandé aux parents de sortir de la pièce.

Cependant, il est important de noter que le fait d'écarter les parents pour risque de malaise se fait dans le sens où l'objectif premier des professionnels est la réalisation du soin dans de bonnes conditions, il s'agit d'un objectif thérapeutique, d'une finalité thérapeutique. C'est du moins ce qui a été précisé par les professionnels lorsqu'ils évoquaient le risque de malaise.

Les deux raisons suivantes majoritairement évoquées comportent d'une part la notion de douleur, et d'autre part l'inquiétude parentale. En effet les soignants témoignaient que le contexte douloureux est une notion à prendre en compte dans la préparation au soin de l'enfant mais aussi de ses parents. De ce fait, dans l'organisation du déroulement du soin, ils ont parfois été amenés à écarter les parents.

Les soins les plus cités en faveur de ces deux raisons ont été : les sutures, les ponctions lombaires, les bilans sanguins et poses de cathéter.

Les pleurs de l'enfant auraient pu être mis en lien avec la notion de douleur mais les professionnels l'ont cité en précisant que, pour les parents, ce qui était insupportable était bien les pleurs et non la potentielle douleur ressentie par l'enfant. L'un d'entre eux a illustré ses propos en expliquant que si l'enfant se mettait à pleurer avant même le début du soin, certains parents se mettaient dès lors dans un état d'inquiétude allant à l'encontre de la bonne réalisation du soin invasif, malgré des moyens de distractions mis en place.

Pour le reste des raisons évoquées, on retrouve la durée longue de la réalisation du soin notamment lorsqu'il s'agit de sutures, la fatigue des parents d'enfant porteurs de pathologies chroniques où les professionnels précisaient que les parents étaient fatigués d'assister à répétition aux soins invasifs. Ici aussi, il était possible de mettre en lien cette raison avec la confrontation de l'enfant à la douleur. En effet les soignants expriment que les parents étaient fatigués voire lassés, autre terme utilisé, de voir leur enfant souffrir ou pleurer à cause d'un soin.

Concernant le point sur les soins « impressionnants », il a surtout été question de la ponction lombaire lors des précisions amenées par les professionnels de santé. Dans les deux établissements de santé, les soignants ont expliqué le fait que la ponction lombaire est l'un des soins invasifs pour lequel les parents sont systématiquement invités à sortir de la pièce ou de la chambre selon l'endroit où cette dernière se réalise. Les causes de cette mise à l'écart des parents se rapportent essentiellement selon eux à l'hygiène, l'asepsie que demande ce soin stérile et son organisation.

Il est également intéressant de préciser que ce soin est un acte médical, réalisé donc par un médecin qui est assisté d'une ou plusieurs puéricultrices pour sa réalisation.

Enfin, pour terminer autour des raisons évoquées participant à la mise à l'écart des parents, on retrouve les situations où les parents ne comprennent pas l'intérêt du soin, mais une fois de plus, le point suivant concernant la violence de la part des parents peut être mis en lien : certains des professionnels ont exprimés que lorsque les parents ne comprennent pas l'intérêt d'un soin, il arrive que ces derniers fassent des remarques avant, pendant et après le soin, déstabilisant ainsi le soignant qui prodigue le soin.

Les violences sont des situations marquantes vécues par les soignants au cours desquelles écarter les parents fut nécessaire. C'est souvent lorsque le parent n'arrive plus à gérer son inquiétude pour son enfant que la violence apparaît et dès que ce stade est atteint, la présence du parent dans la pièce ne peut pas être souhaitable selon eux.

Comme dit précédemment, je souhaitais exposer l'argumentation des réponses données de la part des professionnels n'ayant jamais vécu de situations les amenant à écarter les parents d'un soin invasif.

J'ai donc regroupé les propos des deux soignants concernés et ces derniers rejoignent ceux énoncés par les soignants ayant déjà écarté les parents dans leurs exercice professionnel : situations d'enfants porteurs de pathologies chroniques et le risque de malaise. Il me semble également pertinent de préciser que les deux soignants concernés exercent dans le même établissement, les pratiques de service faisant parties du quotidien des professionnels de santé.

Enfin, il est nécessaire de noter que chaque professionnel a tout de même insisté sur le fait que les parents sont les bienvenus pour les soins. La notion de « droit » a également été citée, rapportant cela à la législation sur laquelle je reviendrai ultérieurement.

Grâce à leurs réponses, j'ai pu clairement identifier les idées et pratiques des professionnels autour de la présence parentale lors des soins invasifs aux urgences pédiatriques. Leurs réponses restent orientées en faveur de l'enfant, du bon déroulement des soins prodigués. Les notions abordées et avis donnés, qu'ils soient similaires, communs ou divisés, me permettent à présent de les comparer aux concepts et notions étudiées dans mon cadre conceptuel. C'est d'ailleurs ce sur quoi portera la partie suivante.

### III. Comparaison des résultats avec le cadre théorique

#### A. La présence parentale et la relation triangulaire

Dans les réponses apportées par les soignants concernant ce thème, une notion se retrouve dans mon cadre conceptuel : l'information de l'enfant et des parents. On la retrouve lorsque les professionnels expriment qu'il est essentiel d'expliquer à l'enfant et à ses parents ce que l'on fait, les soins qui peuvent potentiellement être prodigués.

C'est une des pistes de réflexion que propose l'association SPARADRAP pour aider les professionnels à développer la relation dans le but que chacun des acteurs y trouve sa place.

Aussi, je constate que les soignants ont abordé plusieurs points clés, permettant selon eux, l'instauration de la relation triangulaire ; points clés faisant partie des valeurs personnelles et professionnelles retrouvées dans l'Humanitude à savoir : l'écoute et le respect.

De même, pour ce qui est des similitudes entre mes recherches théoriques et les réponses des soignants, j'ai observé que le concept de « relation d'aide » n'a pas été cité. Cependant, les éléments qui définissent cette relation ont bien été énoncés, en l'occurrence, l'empathie et l'absence de jugement.

Toutefois, un des soignants a exprimé le fait qu'il n'est pas souhaitable de faire participer les parents aux soins invasifs. Même s'il s'agit dans ce travail de présence et non de participation, cette idée semble aller à l'encontre des éléments nécessaires à l'instauration et au développement de la relation triangulaire.

Mes recherches avaient effectivement mis en avant l'importance de donner un rôle lors des soins afin que les parents puissent se sentir acteurs eux aussi dans l'hospitalisation de leur enfant. La participation ne signifie pas spécifiquement tenir le bras lors d'une pose de cathéter mais elle peut être entendue dans le sens de la distraction, rassurer l'enfant, aider le soignant à faire comprendre à l'enfant pourquoi il faut lui faire une prise de sang.

La conclusion concernant l'analyse de ce thème est que les définitions des concepts étudiés et idées générales de mon cadre théorique, sont en corrélation avec les propos des soignants et par conséquent avec la réalité du terrain.

## B. La douleur de l'enfant et l'anxiété des parents lors des soins invasifs

Comme développé précédemment, le contexte douloureux de l'enfant et l'anxiété des parents lors des soins invasifs sont des notions qui ont été abordées lors des entretiens que j'ai réalisés. Cependant, je constate que le terme d'anxiété n'a pas été énoncé. Il s'agissait plutôt de stress, d'inquiétude, termes qui peuvent être mis en lien avec l'anxiété.

Tout comme dans mon cadre conceptuel, les professionnels mettent en lien la douleur et l'anxiété, et les associent de différentes façons.

Concernant l'anxiété parentale, tout comme le Dr Herbeau, les soignants expriment sans utiliser les mêmes mots, que l'on peut observer un comportement d'anxiété chez les parents. Toutefois, c'est lorsque que l'angoisse ressentie devient insurmontable et ne peut être calmée ni diminuée, que le parent ne trouverait plus sa place pendant le soin. C'est donc en observant et en communiquant avec les parents que les professionnels discernent s'ils sont aptes à rester présents lors du soin invasif.

## C. La législation

Il me semblait important de terminer cette partie de comparaisons, entre analyse des entretiens et cadre conceptuel, par la législation que j'ai abordée au début de mon mémoire de fin d'études.

J'ai voulu terminer par ce point notamment pour le mettre en lien avec les réponses des soignants sur leurs expériences personnelles, à savoir s'il leur était déjà arrivé ou non d'écarter les parents lors d'un soin invasif.

Comme exploité précédemment, les réponses données sont différentes, mais chaque professionnel a tenu à rappeler que les parents sont en droit d'être présents. C'est une notion que j'ai évidemment énoncé dans mon cadre conceptuel notamment par l'intermédiaire de deux textes législatifs : La Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé, la Circulaire n°83-24 du 1<sup>er</sup> août 1983.

Les soignants ont appuyé mes propos mais surtout ceux des auteurs étudiés autour des recherches effectuées sur l'évolution de la place des parents à l'hôpital. Leurs argumentations autour de la présence des parents soulignent que ceux-ci ont une place primordiale dans l'hospitalisation dès les urgences pédiatriques et dans la relation entre la puéricultrice et son patient.

## Discussion

Dans cette dernière partie, il sera question de la validation ou non de mes hypothèses de recherche. Dans un deuxième temps, j'exposerai mon positionnement professionnel en tant que future puéricultrice mais aussi les perspectives envisageables autour de ce travail.

### I. Mes hypothèses de recherche

Ma première hypothèse est la suivante :

#### **1. La puéricultrice favorisant la présence parentale développe la relation triangulaire.**

A mon sens cette hypothèse est validée.

En effet, les échanges que j'ai pu avoir avec les professionnels de santé ont permis de faire des liens directs entre la théorie présente dans mon cadre conceptuel et la pratique. Certains termes des notions étudiées se retrouvent dans leur discours. Cela met donc en avant le fait que la présence des parents a une incidence sur l'instauration et le développement de la relation entre la puéricultrice et son patient pour devenir la relation soignant-enfant-parent.

Ma seconde hypothèse est la suivante :

#### **2. L'intégration par la puéricultrice des parents lors d'un soin invasif prend en compte le contexte douloureux de l'enfant et l'anxiété des parents.**

Cette deuxième hypothèse est, pour moi, validée elle aussi. En effet, sans les orienter, les réponses des soignants rejoignent les idées de mon cadre conceptuel concernant ces deux notions, même si les termes utilisés ne sont pas exactement les mêmes.

## II. Mon positionnement professionnel

Etablir une réflexion finale autour de mon sujet et plus particulièrement sur mon positionnement en tant que future puéricultrice était essentiel. C'est dans cette partie que je me suis permis d'avoir un regard plus critique de mon travail dans sa perspective utilitaire future.

Travailler et réfléchir autour d'une notion qui inclut les parents m'a permis d'approfondir des notions concernant la relation triangulaire.

A mon sens, l'infirmière, en se spécialisant en tant que puéricultrice, découvre où est sa place dans une relation qui doit être abordée autrement. Et cette particularité que l'on retrouve dans les services de l'enfance n'est pas une chose que l'on apprend de manière théorique puisque cette dimension se rapporte à la dimension humaine.

C'est pourquoi travailler sur ce thème n'a pas été chose simple, notamment dans la confrontation avec les professionnels. Aborder un thème qui paraît établi au premier abord s'avère plus complexe lorsqu'on y consacre du temps et de la réflexion.

Je continue de constater que réfléchir à toutes ces notions, à ce thème dans sa globalité permet de confronter ses pensées et ses représentations, non seulement à la théorie législative mais aussi aux pratiques des uns et des autres. C'est l'association des deux qui permet généralement aux soignants de se remettre en question tout en gardant en tête que la dimension relationnelle avec l'enfant est primordiale dans notre métier.

## III. Les perspectives futures envisageables

Ce mémoire de fin d'études s'est réalisé dans une démarche d'amélioration de ma pratique soignante outre la démarche de recherche initiale. C'est pourquoi les perspectives envisageables autour de ce travail sont importantes.

Le temps dédié à l'élaboration de ce travail m'a amené à synthétiser certaines notions de mon cadre conceptuel notamment l'accompagnement et plus particulièrement la relation d'aide. J'aimerais poursuivre mes recherches dans ce domaine pour mon exercice professionnel.

De plus, il serait pertinent pour ma réflexion personnelle de continuer à m'intéresser aux différentes pratiques de service ou pratiques professionnelles autour de la présence des parents. Mais cette fois-ci, dans d'autres services de l'enfance, notamment en pédiatrie générale par exemple ou en service de néonatalogie.

## **Conclusion**

Les situations que j'ai eu l'occasion de vivre lors de mes stages en tant qu'étudiante puéricultrice mettent en avant le fait que, malgré un cadre réglementaire établi, les pratiques des professionnels prennent en compte d'autres facteurs.

Ce constat prouve qu'il est parfois difficile d'appliquer la réglementation en vigueur lorsque des paramètres personnes-dépendants entrent en jeu.

Grâce à ce mémoire de fin d'études, je pense qu'il est important de toujours prendre en compte toutes les particularités qui gravitent autour de l'enfant. Il ne faut également pas oublier que la présence parentale est indispensable.

L'objectif de chaque soignant est donc de réfléchir à la façon d'intégrer les parents au maximum dans l'hospitalisation de leur enfant, dès l'accueil aux urgences pédiatriques. Toutefois il ne faut pas oublier la réalité de terrain, notamment la charge de travail et certaines obligations comme la sécurité de l'enfant.

La reconnaissance de la dimension relationnelle de notre métier devrait être primordiale.

Pour conclure, j'espère que la lecture de mon mémoire de fin d'études de puéricultrice aura été aussi intéressante pour vous que son élaboration le fut pour moi.



## **Bibliographie**

### Ouvrages

APACHE (Association). *Guide de l'hospitalisation des enfants*. APACHE : 2000. 765 pages. ISBN 2-9512728-1-2.

DUPONT, Marc, REY-SALMON, Caroline. *L'enfant & l'adolescent à l'hôpital : règles et recommandations applicables aux mineurs*. Edition 1. Rennes : Presses de l'EHESP, 2014. 464 pages. (Hors collection) ISBN 978-2-8109-0150-0.

MANOUKIAN, Alexandre. *La relation soignant-soigné*. 3<sup>ème</sup> édition. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008. 223 pages. Collection Soigner et Accompagner. ISBN 978-2-7573-0200-2.

MOUGEL, Sarra. *Au chevet de l'enfant malade : Parents/professionnels, un modèle de partenariat ?*. Paris : Armand Colin, 2009. 272 pages. (Hors collection) ISBN 2200355599.

PEDIADOL. *La douleur de l'enfant : stratégies soignantes de prévention et de prise en charge*. Centre national de ressources de lutte contre la douleur, Décembre 2006.

QUIVY, Raymond, VAN CAMPENHOUDT, Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 4<sup>ème</sup> édition. Dunod. 272 pages. (Psycho Sup) ISBN 2100563017

### Revue

NATANSON, Jacques. La peur et l'angoisse. *Imaginaire & inconscient* [en ligne], 2008 n°22. (Consulté le 02/04/2019). Disponible sur : <https://www.cairn.info.htm>

PAUL, Maela. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*. [en ligne], Septembre 2012 n°110. (Consulté le 29/03/2019). Disponible sur : <https://www.cairn.info.htm>

### Textes législatifs

LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE.  
*Circulaire n°83-24 du 1<sup>er</sup> août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants*. Non parue au

Journal officiel, 1983 [en ligne]. Disponible sur : <https://affaires.juridiques.aphp.fr> (Consulté le 04/01/2019).

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Promouvoir la santé dans les établissements de santé. *La Charte de l'enfant hospitalisé* [en ligne]. LEIDEN : Conférence européenne des associations « Enfants à l'hôpital », 1988. (Consulté le 04/01/2019).  
Disponible sur : <https://www.sparadrap.org> Rubrique Textes officiels – En savoir plus.

### Documents électroniques

COUR DES COMPTES. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités [en ligne]. Rapport public annuel, février 2019. (Consulté le 03/03/2019). Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr>

GALLAND, François (Association SPARADRAP). Quel rôle, quelle place pour les parents lors des soins ? [en ligne]. 2018. (Consulté le 04/01/2018). Disponible sur : <https://www.sparadrap.org> Rubriques « professionnels ».

GOURDOL, Jean-Yves. Portraits de Médecins [en ligne]. 2017. (Consulté le 10/04/2019).  
Disponible sur : <https://medarus.org>

SYNDICAT NATIONAL DES PROFESSIONNELS INFIRMIERS. Le respect dans la relation soignant soigné. [en ligne], 2011. (Consulté le 11/04/2019). Disponible sur : <https://www.syndicat-infirmiers.com>

### Travaux non publiés

Cours IFAS. Concept le soin/ l'accompagnement/ le rôle du soignant [en ligne]. (Consulté le 02/04/2019). Disponible sur : <https://www.synora-commerce.fr>

Cours personnels : cursus infirmier UE 1.3 : Législation, éthique et déontologie. Valeurs personnelles et professionnelles.

## Les annexes

### Annexe I : Mon guide d'entretien

Thèmes relatifs aux questions posées	Questions	Objectifs
Echantillon des personnes interviewées	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'infirmière puéricultrice ?</li><li>2. Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service d'urgences pédiatriques ?</li></ol>	Présentation des professionnels interrogés.
La présence parentale et la relation triangulaire	<ol style="list-style-type: none"><li>3. D'après vous, comment et grâce à quoi se développe la relation triangulaire (relation soignant-enfant-parent) aux urgences pédiatriques ?</li></ol> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Quels sont, selon vous, les éléments qui construisent cette relation ?</li><li>- En quoi les différentes postures de la puéricultrice</li></ul>	Cibler quels sont, d'après le professionnel, les points clés permettant de développer la relation triangulaire.

	<p>permettent de développer la relation triangulaire ?</p> <p>4. D'après votre expérience personnelle, quel est l'impact de la présence des parents pendant les soins invasifs prodigués aux urgences, que ce soit pour l'enfant, pour les parents, ou pour vous-même ?</p>	<p>Déterminer si la présence des parents lors des soins invasifs favorise l'instauration et le développement de la relation triangulaire dès les urgences.</p>
<p>La douleur de l'enfant et l'anxiété des parents lors des soins invasifs</p>	<p>5. Vous est-il déjà arrivé d'écarter les parents lors d'un soin invasif ?</p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si oui, pour quelles raisons pensiez-vous que cela soit nécessaire à cet instant ?</li> <li>- Si non, selon vous, pourquoi certains parents décident d'eux-mêmes de ne pas assister aux soins ?</li> </ul>	<p>Déterminer si la présence parentale comporte des limites notamment le contexte douloureux et/ou l'anxiété parentale.</p>
<p>Question de fermeture</p>	<p>6. L'entretien se termine, avez-vous d'autres choses à</p>	<p>Inviter le soignant à revenir sur l'ensemble de l'entretien et lui donner la possibilité</p>

	ajouter sur le sujet ou une de vos réponses ?	d'ajouter ou de préciser un propos.
--	--	--

## Annexe II : Entretien réalisé

### **Depuis combien de temps exercez-vous en tant que puéricultrice ?**

Depuis 4 ans.

### **Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service d'urgences pédiatriques ?**

Depuis 3 ans et demi.

### **D'après vous, comment et grâce à quoi se développe la relation triangulaire (soignant-enfant-parent) aux urgences pédiatriques ?**

Hm... grâce à la communication, tout accueil d'un enfant en général se fait avec leurs parents et tout accueil doit être véhiculé par une communication, toujours bien discuter avec les parents, bien expliquer ce que l'on fait, expliquer à l'enfant. C'est comme ça que le parent va se sentir en confiance et pouvoir je pense, faire confiance et s'apaiser aussi, apaiser l'enfant même si ça ne marche pas toujours mais au moins avoir un début de relation confiance qui s'installe c'est important je pense pour la suite des soins.

Voilà... Ce que je dis très très souvent, c'est la communication en premier lieu. L'empathie, essayer de se mettre à la place des parents qui sont stressés, essayer de comprendre pourquoi il viennent sans trop juger, qu'ils se sentent compris et écoutés. Voilà. C'est des bonnes amorces à la relation de confiance je pense.

### **D'après votre expérience personnelle, quel est l'impact de la présence des parents pendant les soins invasifs prodigués aux urgences, que ce soit pour l'enfant, pour les parents ou pour vous-même ?**

Je dirais que franchement dans la plupart des cas la présence des parents est hyper importante, parce que le parent connaît son enfant, il va savoir comment le rassurer, sa chanson préférée, le câlin qu'il préfère, ce qui va le détendre ou non. Ça va permettre à l'enfant de se détendre ou du moins de se sentir un peu plus rassuré d'avoir une personne « connue » autour de lui.

C'est quand même positif je pense que les parents soient présents. Parfois ça peut avoir un impact stressant pour le soignant. Je pense que même si c'est positif pour l'enfant que le parent soit là, parfois ça peut l'être un peu moins pour le soignant quand il y a une relation vraiment qui génère du stress, quand le parent est stressé, oui car on le ressent, l'enfant le ressent, des

fois on a même une verbalisation de la part des parents qui vont dire « le loupait pas... ». Ce genre de phrases donc ça va être compliqué pour le soignant car on va avoir de la pression et en effet il faut faire au mieux et quand on a quelqu'un qui observe et qui attend de nous quelque chose de parfait ce n'est pas évident même si on est là pour ça. Après je pense quand même que c'est minime par rapport au bien que ça peut apporter à l'enfant.

J'ai eu de très rares cas où j'ai fait sortir les parents car il y avait un impact négatif pour l'enfant pour le coup, le stress du parent pour l'enfant n'était plus possible, il le procurait à l'enfant et l'enfant en profitait un peu dans le sens où il surenchérisait. Une fois que la maman était sortie, l'enfant seul avec moi ça a été beaucoup mieux.

Mais sinon je pense que même si il y a un petit stress, c'est au soignant de prendre un peu sur lui et de se dire que le parent il est présent pour l'enfant, c'est bien pour eux deux je pense.

L'enfant a besoin de ses parents à côté de lui.

Moi je reste persuadée que ce soit vraiment important qu'il soit là. Je me mets à la place de l'enfant, même moi, de mon vécu, j'étais bien contente d'avoir quelqu'un dans ces moments-là. Donc je pense que c'est hyper important pour les petits d'avoir une figure « connue » à côté de lui. Nous on fait des prises de sang à longueur de journée, ça nous paraît normal mais pour un enfant je me dis ce n'est pas évident quoi.

Aussi voilà, la présence des parents c'est important mais toujours bien parler avec eux, leur expliquer, et aussi ne pas être trop jugeant dans leur façon de réagir même si ce n'est pas toujours facile parce que c'est vrai que des fois il y a des choses qui nous paraissent aberrantes et il faut essayer parfois de prendre un peu de recul et se demander qu'est ce qui les inquiète, en tant que parents... Mais oui ce n'est pas toujours évident de se mettre à leur place.

**Vous est-il déjà arrivé d'écarter les parents lors d'un soin invasif ?**

Oui mais c'est vraiment rare. Ça a dû m'arriver 2-3 fois sur mes 3 ans et demi.

**Si oui, pour quelles raisons pensiez-vous que cela soit nécessaire à cet instant ?**

Moi à cet instant précis pour cette situation là c'est vraiment l'enfant, au plus il voyait sa maman lui dire « oh là là mince... mais qu'est-ce que vous lui faites... », il surenchérisait, il était ni petit ni trop grand, il avait l'âge de comprendre que sa mère était stressé, et il voyait que plus

lui en rajoutait, plus sa mère le cocooner et plus ça devenait compliqué pour moi de faire le soin. Et à partir du moment où moi j'ai dit « Madame je pense que c'est mieux pour vous de patienter à l'extérieur. », j'ai ma collègue auxiliaire de puériculture qui est restait avec moi, le petit s'est apaisé, on a chanté et ça s'est bien passé. Du coup il n'y avait pas le stress induit par la maman, lui s'en est détaché un petit peu et, oui je me souviens c'était pour une prise de sang.

C'est surtout le stress des parents en fait, mais le stress peut être induit aussi parce que c'est un soin qui peut être un peu impressionnant ou pour une ponction lombaire par exemple.

C'est vrai qu'au-delà du fait que les parents soient stressés pour leur enfant c'est vrai qu'il y a aussi des soins qui ne sont pas faciles à voir, une suture un peu compliquée, donc... Après je pense que dans la plupart des cas les parents restent quand même mais ça m'est arrivé de dire des fois « Monsieur ou Madame si c'est trop compliqué pour vous de voir ça sortez », simplement parce que je dois non seulement gérer l'enfant mais je ne peux pas en plus gérer les parents. S'ils ne se sentent pas bien voilà... Souvent quand les deux parents sont là, il y en a un des deux qui sort mais toujours un qui reste.

La ponction lombaire j'ai déjà fait sans parents du tout, parce que voilà c'était compliqué, les parents le disent d'eux même aussi parfois qu'ils vont sortir pendant le soin. Ou alors on leur dit « attendez tranquillement dehors et dès que l'enfant est plus en état vous pourrez rentrer. » Je pense que c'est pour des soins comme ça qu'on peut pratiquer sans aucun parent. Ou alors, une réanimation. Moi j'ai eu le cas d'un grand qui n'était pas bien du tout en déchoquage, on a dû l'intubé tout ça et on a fait sortir les parents. Parce que le papa était violent, je pense de par son stress surtout même si c'était, enfin c'était sur-joué je pense mais je ne peux pas lui en vouloir il était très stressé, mais il en venait à insulter les médecins, à taper dans le mur, à dire qu'on faisait n'importe quoi donc là oui forcément pour nous, pour faire les soins à un enfant qui n'était pas stable du tout on a dû le faire sortir de la pièce. Et donc là il n'y avait aucun parent qui était présent.



Le médecin s'est ensuite détaché, c'était un interne, pour parler au parent, pour ne pas non plus le laisser sur le côté mais surtout pour qu'on puisse faire notre travail en déchoquage tranquillement. Mais c'est vraiment les rares cas où on écarte les parents je pense.

**L'entretien se termine, avez-vous d'autres choses à ajouter sur le sujet ou une de vos réponses ?**

Hm... Non, il me semble avoir tout dit.