



HAL
open science

Le “ prendre soin ” de l’enfant à l’hôpital : mettre du soin dans les soins

Margot Menu

► **To cite this version:**

Margot Menu. Le “ prendre soin ” de l’enfant à l’hôpital : mettre du soin dans les soins. Pédiatrie. 2020. dumas-03182151

HAL Id: dumas-03182151

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03182151>

Submitted on 26 Mar 2021

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.

Projet professionnel

Le « Prendre soin » de l'enfant à l'hôpital

Mettre du soin, dans les soins



Ecole de puéricultrices

IFsanté Lomme

Remerciements :

Avant toutes choses, je tenais à adresser mes sincères remerciements :

À Madame Laugel, pour tous ses précieux conseils lors de la rédaction de ce travail, et son accompagnement tout au long de l'année.

À Elise, Nadia et Elizabeth (noms d'emprunt), qui se reconnaîtront, pour leur investissement et le temps qu'elles m'ont consacré afin de réaliser mes entretiens malgré cette période particulière.

À Xavier, qui a pris le temps de relire attentivement ce travail.

À mes parents et à mes frères, qui m'ont épaulée et soutenue lors de cette quatrième année d'études.

À mes copines, pour tous les moments de rires que nous avons eus durant cette année, permettant d'oublier de temps en temps la réalité des études et du projet professionnel.

À vous, qui allez ou venez de prendre le temps de lire mon travail.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont veillé sur moi et qui ont contribué de près ou de loin, à l'élaboration de ce projet professionnel.

Table des matières

Introduction	1
Constat de départ.....	2
I. Cadre contextuel	6
A. Histoire de la pédiatrie et évolution des soins pédiatriques.....	6
B. La place de l'enfant en pédiatrie.....	10
1. L'enfant, la société et le milieu hospitalier	10
2. L'accueil de l'enfant à l'hôpital.....	13
C. La place de la puéricultrice	17
D. Conclusion cadre contextuel	21
II. Cadre conceptuel	22
A. Le « prendre soin ».....	22
1. Caractéristiques du « prendre soin »	22
2. La complexité du « prendre soin » : entre art et valeur soignante	24
B. Le « prendre soin » en pédiatrie.	27
C. Les outils du « prendre soin » en pédiatrie.	28
1. Communication et écoute.....	28
2. L'accompagnement	31
3. Le travail en équipe	32
4. La relation soignant soigné	34
D. Conclusion cadre conceptuel	37
III. Synthèse du cadre théorique	38
IV. Problématique et hypothèses	38
V. Cadre méthodologique : enquête	39
A. Choix de l'outil	39
B. Réalisation des entretiens	39

C. Les professionnels interrogés	40
D. Analyse de contenu.....	41
1. L'accueil de l'enfant à l'hôpital.....	41
2. « Prendre soin » de l'enfant.....	42
3. Les limites.....	49
4. Conclusion de l'analyse.....	51
 Perspective professionnel	 52
 Conclusion	 54

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE 1

ANNEXE 2

ANNEXE 3

Introduction :

Les soins à l'hôpital, les hospitalisations peuvent être perturbants pour les patients. Ceux-ci se retrouvent dans un lieu inconnu, dans un environnement qui peut devenir stressant, entraînant de nombreuses émotions et interrogations. Ce phénomène est amplifié lorsqu'il s'agit d'un enfant. En effet, en entrant à l'hôpital, l'enfant se retrouve loin de son univers d'enfant, il est confronté à de nouveaux visages, au vocabulaire professionnel qu'il ne connaît pas. Il perd ses repères. Marc AVELOT, codirecteur du rire médecin, évoque le fait que la « *première chose qu'il perd, c'est le droit d'être un enfant* » (propos recueillis par Yves GERY). Le rôle de la puéricultrice et des professionnels de santé qui l'entourent dans cette situation est de l'accompagner, de le rassurer, de lier une relation de confiance, de le transporter dans un autre univers, dans son univers, afin qu'il vive mieux son hospitalisation. Tous ces éléments font partie du « prendre soin » de l'enfant.

Avant d'aborder le sujet de ce mémoire il me semble important d'apporter quelques éléments concernant le choix de ce sujet. Ce travail fait suite à mon travail de fin d'étude infirmier. Le sujet était : l'humour dans la relation soignant-soigné. Il abordait la question de la relation entre soignant et patient, le « prendre soin » de celui-ci, tout en apportant une nouvelle dynamique à cette relation. Son ouverture abordait l'enfant et l'utilisation de la distraction. Il me tenait à cœur de pouvoir continuer ce travail, en analysant la spécificité du « prendre soin » de l'enfant et les éléments pouvant être utilisés à son effet, par les professionnels spécialisés.

Ce travail s'articulera de la façon suivante : nous commencerons par le constat de départ, duquel émanera une question de départ. Celle-ci, sera le fil rouge de ce travail. Nous aborderons les différents grands thèmes qui gravitent autour de l'enfant à l'hôpital : son historique depuis le XIXe siècle, l'accueil de l'enfant à l'hôpital, la place que l'on donne aux parents dans son quotidien, mais aussi la place de la puéricultrice à ses côtés. Puis nous aborderons le « prendre soin » de l'enfant et tous les éléments qui permettent de le mettre en place : relation, écoute, distraction, ... A la suite de ces recherches nous composerons une problématique et exposerons deux hypothèses répondant à notre sujet. Afin de pouvoir valider ou non celles-ci, nous analyserons les réponses d'entretiens menés avec des puéricultrices en les mettant en lien avec notre cadre théorique. Enfin, une perspective professionnelle et une conclusion, contenant une idée d'approfondissement de ce travail, viendront terminer ce mémoire.

Constat de départ

Nous sommes le jeudi 17 mai 2018. Je suis en 2^e année de l'école d'infirmière et depuis deux semaines, je suis en stage dans un service de cardiologie pédiatrique de la métropole lilloise. C'est un service qui accueille 10 patients en hospitalisation complète, mais également entre 2 et 4 patients de façon journalière, afin de réaliser des bilans hebdomadaires et de faire le point sur certains traitements. Les patients en consultation journalière, partagent une chambre double, où il n'y a pas de lit, mais des fauteuils pour patienter.

Il est 10h30 et j'accompagne l'infirmière dans la chambre de Pierre (nom d'emprunt), un enfant de 10 ans qui est atteint d'insuffisance cardiaque. Il est suivi dans le service depuis quelques temps, mais c'est la première fois que je le rencontre. Ses parents sont présents. Il vient ce jour pour une échographie cardiaque et une prise de sang. Il a également un point de suture sur l'arcade sourcilière suite à une chute la semaine précédente, qui doit être enlevé ce jour. Pierre et ses parents attendent dans une chambre commune avec une autre famille. Ils sont prévenus du déroulement des soins dans une autre pièce réservée à cet effet. Nous accompagnons la famille dans la salle de soins afin de réaliser l'ablation du point de suture. Lors du soin, Pierre crie : « Non ! Je ne veux pas ! Je ne veux pas ! ». Puis il se débat. Sa maman s'approche, le rassure mais Pierre crie plus fort. Son papa, s'approche à son tour et lui dit : « Pierre calme toi, papa et maman sont là. Plus tu crieras longtemps, plus le soin va durer ». Pierre arrête de bouger, mais il se met à pleurer. L'infirmière attend que celui-ci se calme, puis elle enlève le fil. Pierre se remet à crier. Au bout de quelques minutes, il se calme. Sa maman le prend dans ses bras. Nous attendons quelques minutes puis je raccompagne Pierre et ses parents en chambre.

La seconde rencontre avec Pierre, a lieu une semaine après. L'infirmière me demande d'aller dans sa chambre et de prendre les paramètres vitaux. Elle ajoute : « Je te rejoindrai après ; il doit avoir une prise de sang et comme il n'est pas très coopératif, je préfère la faire moi-même ». Habituellement, nous faisons les soins dans la salle réservée pour les enfants en consultation journalière. Cela permet de faire les soins dans l'intimité. Cependant, cette fois-ci Pierre est seul dans la chambre, l'infirmière me dit que nous ferons donc les soins dans celle-ci. Je me rends dans la chambre de Pierre. Comme la dernière fois, ses parents l'accompagnent. J'entre dans la chambre, me présente à nouveau, et dis que je viens prendre la tension, la température, les pulsations cardiaques et la saturation en oxygène. Pierre est assis dans le

fauteuil, ne me regarde pas et fixe la télévision. Je m'approche de lui, lui montre le brassard à tensions et lui demande de me donner son bras. Il ne bouge pas. Je m'accroupis devant lui explique que je sais que ce n'est pas très agréable, que regarder la télévision est plus intéressant mais que cela ne prendra que quelques instant, que le brassard va se mettre à gonfler, puis à dégonfler. Sa maman s'approche et lui dit : « Tu sais c'est important pour toi, laisse faire l'étudiante et tu pourras regarder la télévision juste après ». Pierre me regarde, regarde le brassard, puis me tend son bras. Je prends sa tension puis les autres paramètres vitaux. C'est à ce moment qu'arrive l'infirmière. Elle dit qu'elle vient pour la prise de sang. Pierre s'agrippe à son siège et fait « non », plusieurs fois de la tête. L'infirmière s'approche de lui, mais il se met à crier : « Non ! Pas la piqûre ! Pas ça ! ». Puis il se met à bouger dans tous les sens. L'infirmière lui dit alors : « Tu sais, si tu continues de bouger comme cela tu vas finir par te blesser, Pierre ». Après de longues minutes de discussions, Pierre laisse l'infirmière commencer la prise de sang, mais les traits de son visage sont tirés. Je remarque qu'une figurine de tortue ninja est posée sur le fauteuil voisin. Je lui demande : « Tu aimes les tortues ninjas Pierre ? ». Il a alors un grand sourire et me dit que oui, que sa tortue ninja préférée est Donatello. Je lui dis que je ne souviens plus du nom des autres tortues mais que si l'on se revoit je les aurai réappris. J'ajoute que quand j'étais petite je préférais la tortue violette. L'infirmière se relève et dit : « C'est fini ».

Une semaine plus tard, Pierre est hospitalisé. Son état général se dégrade ; il est très fatigué et nécessite une surveillance rapprochée. Pierre est sous monitoring permanent. Sa maman reste dormir la nuit, et il est prévu que parfois ses grands-parents passent du temps avec lui la journée.

Il est 8h, et je fais le tour du matin pour tous les patients que j'ai en charge. Lors de celui-ci, je prends les paramètres vitaux, je vois si la nuit s'est bien passée, je préviens les patients des éventuels soins ou examens prévus ce jour et je distribue les thérapeutiques. J'entre dans la chambre de Pierre qui est entré la veille au soir. J'étais en poste le matin. C'est donc la première fois que je le vois depuis son hospitalisation. Les volets sont déjà ouverts. Sa maman est dans la salle de bain. Pierre est dans son lit et regarde la télé. Je m'approche de lui et me mets à sa hauteur.

« Bonjour Pierre, tu te souviens de moi ? On s'est vus la semaine dernière. Pierre me regarde mais ne me répond pas. Tu as bien dormi ?

- Bof, maman a fait du bruit.

- Ah, ce sera peut-être mieux cette nuit. Et puis tu vas pouvoir te reposer ce matin. Là je viens t'embêter un petit peu, pour prendre ta tension et puis te donner tes médicaments et puis je repasserai une fois dans la matinée et après, normalement, je te laisse tranquille. Pierre cache son bras sous la couette.
- Il n'y a pas de prise de sang ?
- Pas pour le moment. Le médecin en a prescrit une pour demain mais il va peut-être en demander une s'il trouve cela nécessaire après son passage dans ta chambre ce matin.
- J'aime pas ça moi. » Puis Pierre reporte son attention sur la télévision.

Je relève les données du scope afin de compléter la feuille des constantes, puis je demande à Pierre de sortir son bras des draps afin de prendre sa tension. Il me regarde et fait non de la tête.

« Qu'est-ce que tu regardes à la télé, Pierre ?

- Les tortues ninjas.
- Tu sais que quand elles étaient toutes petites elles étaient un peu comme à l'hôpital ? Et dans un certain sens on devait aussi prendre leur tension et autre pour surveiller leur santé ?
- A oui ? Tu as vu ça dans quel épisode ?
- Dans le film qui est sorti il n'y a pas longtemps. Quand elles étaient toutes petites avant qu'elles deviennent grandes.
- Je ne l'ai pas encore vu. Bon d'accord, si c'est important pour que je grandisse comme elles, alors je veux bien ».

Pierre me tend son bras. Je le remercie et pose le brassard. Sa maman sort de la salle de bain quand nous avons terminé. Elle se dit surprise car elle n'avait pas entendu que j'étais entrée dans la chambre.

Le lendemain matin, je me rends dans la chambre de Pierre, pour faire sa prise de sang, accompagnée de l'infirmière. Pierre grimace, et cache ses bras sous la couette. Nous discutons avec lui, puis au bout de quelques minutes, il accepte que l'infirmière fasse les soins. Il dit qu'il a peur, mais il ne se débat plus comme lors des premiers soins en hospitalisation journalière.

Au fur et à mesure de l'hospitalisation de Pierre, je constate qu'il est moins « résistant » aux soins. Lorsque j'entre dans la chambre pour prendre la tension, la fréquence cardiaque et la saturation en oxygène, il me tend son bras sans résistance. Parler des tortues ninjas n'est plus seulement de mon initiative. Il me raconte l'épisode qu'il a vu la veille ou le matin. Cette

« ambiance » permet aux soins de se dérouler plus calmement, sans appréhensions pour Pierre, pour ses parents mais aussi pour les soignants.

L'analyse de ce constat permet de faire ressortir plusieurs questions spontanées :

- Pourquoi Pierre est moins réticent aux soins au fur et à mesure de ses hospitalisations ?
- Le fait d'inclure les héros du petit garçon dans les soins, est-il responsable de sa meilleure prise en charge ?
- Quel est le rôle des parents dans la création d'un univers autre ?
- Quelle est la place donnée/laissée à « l'enfant » en tant qu'individu dans le milieu hospitalier ?
- En quoi la cohésion d'équipe peut-elle influencer sur la prise en charge d'un enfant ?

De ses interrogations, émerge la problématique de départ suivante :

En quoi, la puéricultrice a-t-elle un rôle à jouer dans le fait de replacer l'enfant, en tant qu'individu, au cœur de sa prise en charge ?

I. Cadre contextuel

A. Histoire de la pédiatrie et évolution des soins pédiatriques

L'histoire des services de pédiatrie, de leur institution à nos jours, est marquée par le passage de soins centrés sur la technique et la mécanique, vers des soins s'appuyant sur le relationnel et l'individu en tant que personne.

La création d'hôpitaux pédiatriques remonte au début du XIX^e siècle. Existait auparavant des hôpitaux dédiés aux enfants abandonnés et aux orphelins. Toutefois, le but premier de ces établissements était de recueillir les enfants et non de leur prodiguer des soins. Le premier hôpital pédiatrique, appelé aussi « *Hôpital des enfants malades* »¹ ouvrit en 1802 à Paris. Ensuite l'ouverture d'hôpitaux dédiés aux enfants est un mouvement qui devient européen, puisque des établissements ouvrent à « *Saint-Pétersbourg (1834), Vienne (1837) et Londres (1852)* »¹.

Au XIX^e siècle, la médecine connaît une révolution scientifique. Une nouvelle façon de penser émerge et la relation entre la médecine et le patient évolue. La profession infirmière se voit suivre ce mouvement et adapte donc sa façon de fonctionner et sa perception du patient. Comme nous le rapporte Bénédicte LOMBARD, infirmière et cadre de santé, « *les modèles conceptuels infirmiers tendent à recentrer l'attention sur la personne soignée tout en assurant des soins techniques* »¹. Ses propos se rapportent à ceux de Florence NIGHTINGALE, infirmière britannique et pionnière dans la conception des soins infirmiers qui, en 1859, rappelle « *que les soins infirmiers doivent faire en sorte de « mettre le malade dans les meilleures conditions possibles, pour favoriser l'action de la nature* » »¹. Les mœurs évoluent et la vision de la pédiatrie aussi. Celle-ci porte son attention sur l'étude physiologique de l'enfant ; toutefois, elle a aussi pour but de mettre en avant l'éducation des enfants. « *L'hôpital installe un dispositif très complet d'éducation et d'apprentissage civique, moral et pratique, destinés à offrir une chance supplémentaire à ces enfants pauvres, à leurs sortie de l'hôpital* »². L'éducation reçue par les enfants, est toutefois très stricte. Bénédicte LOMBARD évoque les

¹ LOMBART Bénédicte, Les soins pédiatriques : Faire face au refus de l'enfant. Paris : Séli Arslan, 2016, p.194-196.

² AUTEUR INCONNU. L'hôpital et l'enfant : l'hôpital autrement ? Journal de pédiatrie et de puériculture, 2005, n° 18, p.89-98, 11/01/2020.

notions de « *soumission absolue à l'autorité de l'adulte* »¹, et de « *traités pédagogiques préconisant l'humiliation de l'enfant* »³. Au sein des hôpitaux, on retrouve également des animations en rapport avec la fête. Ce peut être des « *musiques, prestidigitateurs, clowns, marionnettes, distributions de jouets, ...* »³. Toutefois, ces faits sont qualifiés, dans l'article *L'hôpital et les enfants : l'hôpital autrement ?*, d'« *œuvre de moralisation et lutte contre l'oisiveté* »³.

Entre la fin du XIXe siècle et le début du XXe siècle, la pédiatrie est en pleine restructuration. Les récentes découvertes faites par Monsieur Pasteur en 1865, sensibilisent à l'infectiologie et à son rapport avec l'hygiène. Les hôpitaux sectorisent et regroupent les mêmes pathologies entre elles. La peur de transmettre les pathologies infectieuses, susceptibles d'être mortelles est présente. « *Les épidémies continuent de ravager les services et les taux de mortalité restent très élevés : plus d'un enfant sur quatre aux Enfants-malades : autour de 1890* »³. Le « *pastorisme* »³ qui regroupe le principe d'asepsie, d'antisepsie et de logique de séparation, introduit alors la notion de prévention. L'auteur écrit : « *Le pastorisme inaugure également l'ère de la prévention, avec la diffusion de la puériculture* »³. Les enfants sont alors isolés, autant des autres enfants, que de leurs proches. Ils « *peuvent être séparés de leur famille durant de longs mois* »⁴. A cette époque, les notions de besoins psycho-affectifs et de développement cognitif-émotionnel sont peu connues par le corps médical et par les parents. L'attention se centre donc uniquement sur le respect de l'hygiène, ce qui a donc des répercussions sur les soins et l'individu en tant que personne. Bénédicte LOMBARD rappelle le fait que « *les soins sont alors relativement déshumanisés* »⁴, et évoque l'ouvrage *C'est pour ton bien*⁴, écrit en 1998 par d'Alice MILLER, docteur en philosophie, psychologie, psychanalyste et chercheuse sur l'enfance. Elle insiste également sur le fait que cette expression était souvent faite « *à l'enfant pour justifier des actes médicaux douloureux ou contraignants* »⁴. L'attention des professionnels de santé se centre alors principalement sur l'hygiène, dans un contexte de « *pastorisme* » des soins, où les parents se retrouvent séparés de leur enfant. Tout ce contexte a alors des répercussions sur l'enfant et ses soins, perçus comme déshumanisés et déshumanisants.

³ AUTEUR INCONNU. L'hôpital et l'enfant : l'hôpital autrement ? Journal de pédiatrie et de puériculture, 2005, n° 18, p.89, p.91 et p.95, 11/01/2020.

⁴ LOMBART Bénédicte, Les soins pédiatriques : Faire face au refus de l'enfant. Paris : Séli Arslan, 2016, p.195-196

C'est au milieu du XX^e siècle, lors de la seconde guerre mondiale, que certains scientifiques vont reconnaître le lien entre les besoins psycho-affectifs et le développement de l'enfant. En effet, des milliers d'enfants se retrouvent séparés de leurs parents. On les envoie à la campagne pour les protéger. Les effets néfastes de ces éloignements sont rapidement identifiables. De nombreux travaux scientifiques et psychologiques furent menés à cette époque, avec des répercussions sur la conception des soins pédiatriques. C'est à partir de ces travaux que John BOWLBY « a développé une théorie de l'attachement »⁵. Mélanie KLIEN, Donald WINNICOTT et Françoise DOLTO, tous trois psychanalystes, ont également participé à ces recherches. René Arpad SPITZ, fait à cette époque le lien entre « *la détresse et les troubles comportementaux et du développement de jeunes enfants en carence de soins maternels* »⁶. Toutefois malgré ces découvertes, la présence de parents aux seins des hôpitaux restent un sujet tabou, puisque ce sujet est identifié comme étant un obstacle aux soins, et « *leur présence est considérée comme source de difficultés* »⁷. Bénédicte LOMBART écrit : « *l'absence des parents n'a, pendant longtemps, pas fait l'objet de remise en question par les professionnels* »⁵. Il faudra attendre la circulaire du 1^{er} août 1983 pour officialiser l'ouverture aux parents des services de pédiatrie. Le diplôme de puéricultrice est créé en 1947. A cette époque, le gouvernement porte une attention particulière, à la mère et son enfant. Nous développerons les objectifs de sa création dans une autre partie.

A la fin du XX^e siècle, les conditions d'hospitalisation de l'enfant évoluent. Ces changements sont le point de départ de nombreux mouvements. Parmi eux, on retrouve l'évolution de la place de l'enfant dans la société, la prise en considération des besoins affectifs de l'enfant, mais aussi « *le militantisme ou l'engagement de certains parents pour avoir le droit de rendre visite à leurs enfants* »⁵. L'enfant a accès à l'éducation avec « *l'école à l'hôpital* »⁶. De plus, des activités ludiques au sein des services sont proposées. Elles rejoignent en partie les programmes d'éveil et de stimulation, mais sont aussi décrites comme étant « *un des moyens de lutter contre la dépression et la perte d'identité* »⁶. En 1988, un nouvel événement vient modifier l'hospitalisation des enfants puisque la charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé est rédigée.

⁵ LOMBART Bénédicte, Les soins pédiatriques : Faire face au refus de l'enfant. Paris : Séli Arslan, 2016, p.196-197

⁶ AUTEUR INCONNU. L'hôpital et l'enfant : l'hôpital autrement ? Journal de pédiatrie et de puériculture, 2005, n° 18, p.94 à p.96, 11/01/2020.

⁷ LOMBART Bénédicte. Le care en pédiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2015, n°122, p.68.

Toutefois, à cette époque, dans un mouvement de recentralisation des soins autour de l'enfant en tant que personne, et de mises en avant des soins relationnels, des études montrent que l'on passe de moins en moins de temps auprès des patients enfants. Dans le livre *Les puéricultrices au cœur de l'enfance*, Catherine SELLENET, professeur des Universités en Sciences de l'éducation, rappelle les chiffres d'une étude menée par Monique FORMARIER en 1983. Afin d'étudier l'activité de la puéricultrice, elle utilise la méthode des observations spontanées. Dès lors, les résultats observés sont les suivants : « *les soins directs couvraient 46,9% du temps d'une puéricultrice ; ces soins étaient essentiellement techniques ; 12,8% étaient des soins de nursing. Les soins indirects occupaient 40% du temps [...] (22%, transmissions, écritures, mises à jour) [...]. Très peu de temps était consacré aux parents, seulement 4,3% de l'activité totale* »⁸. La temporalité interroge alors le lien entre relation et développement de l'enfant. « *Un enfant peut-il développer ses capacités relationnelles et psychoaffectives.... alors que la puéricultrice passe [...] quarante minutes en pédiatrie* »⁸ auprès de l'enfant ? La conclusion de cette étude est alors en corrélation avec les études précédentes : elle souligne l'importance de l'ouverture des services de pédiatrie aux parents. En 1989, six ans après, Jacques SALOME, psychosociologue, vient réitérer les propos de Monique FORMARIER. Il écrit : « *L'enfant est d'abord un être de langage, ... marqué, impressionné de façon durable et profonde par la qualité de la relation qui s'établira avec lui [...]* »⁸. Il appelle alors les services « *à augmenter la qualité des soins relationnels* »⁸. L'enfant est un être qui absorbe tout ce qu'on lui donne. Dès lors, le relationnel est un point essentiel à son bon développement. C'est donc sur ce point qu'il faut porter toute son attention, afin qu'il puisse s'épanouir et cela même à l'hôpital. On peut alors énoncer le concept de relation soignant-soigné.

Au début de XXI^e siècle, les mentalités et les pratiques ont évolué. En effet, les remarques précédentes ont été prises en considération et nous constatons une approche plus relationnelle des patients en pédiatrie. Catherine SELLET reprend, dans son ouvrage, les réponses à une enquête menée sur le terrain. Parmi elles, on relève le fait que les infirmières spécialisées en pédiatrie considèrent « *majoritairement l'écoute* »⁸ comme une qualité essentielle de la puéricultrice. De plus, l'étude menée montre que l'on passe plus de temps au contact des enfants, et que l'écoute, le partage deviennent plus importants que les soins. On

⁸ SELLENET Catherine. *Les puéricultrices au cœur de l'enfance*. Revigny-sur-Ornain : Homme et perspectives/Martin Media, 2002. Partie 4, Le champs des pratiques, p206-208.

rapporte qu'en pédiatrie, le temps se découpe de la manière suivante : « écoute (69%°, savoir communiquer (55%), technicité (38%), tolérance et diagnostic (28%) »⁸. Dès lors, tous ces changements sont en rapport avec l'évolution de l'approche de l'enfant. « Celui-ci n'est plus seulement un corps morcelé, mais une entité à la fois physique, et psychique »⁸.

Ainsi, on peut constater qu'entre le XIX^e siècle et aujourd'hui, les mœurs ont évolué. La façon de considérer et de prodiguer les soins en pédiatrie, a évolué selon l'historique de la médecine, des découvertes scientifiques, des événements marquants de ces derniers siècles, mais aussi selon la place et l'approche de l'enfant. Les soins, principalement techniques au XIX^e siècle, sont peu à peu rattachés aux soins relationnels, qui vont devenir omniprésents dans la pratique des professionnels de santé.

Dès lors, intéressons-nous à l'évolution de la place de l'enfant depuis l'instauration des hôpitaux pédiatriques.

B. La place de l'enfant en pédiatrie

1. L'enfant, la société et le milieu hospitalier

Depuis le XIX^e siècle, on a pu constater la transformation de la place de l'enfant dans les soins. Cette évolution s'effectue en parallèle avec la modification de la place de l'enfant dans la société, mais également avec le changement de perspective de la médecine.

Ainsi, avant le XIX^e siècle, l'enfant est confondu aux adultes, que ce soit dans la société ou dans les hôpitaux. Peu à peu, il prend une place nouvelle dans la famille et on lui donne de l'importance. Dans un premier temps, on constate cela dans l'aristocratie et la bourgeoisie, puis cette façon de penser s'étend à toute la population. André ARMENGAUD, historien français écrit à ce sujet : « Peu à peu, on éprouva une répugnance croissante à mêler les enfants aux adultes, l'enfance apparut comme un âge ayant ses caractères propres, et c'est alors que prit naissance un nouveau sentiment familial, organisé autour des enfants et de leur éducation »⁹. A partir du XIX^e siècle, l'enfant est considéré comme un « enfant ». Il occupe plus de place au

⁹ ARMENGAUD André. L'attitude de la société à l'égard de l'enfant au XIX^e siècle, Annales de démographie historique 1973 : enfant et société, 1973, p.303. 22/01/2020

sein de la famille et l'attention qu'on lui porte est plus grande. Ernest LEGOUVE rapporte : « *On vit plus avec eux, on vit plus pour eux, soit redoublement de prévoyance et de tendresse, soit faiblesse et relâchement d'autorité, on s'occupe plus de leur santé, on surveille plus leur éducation* »⁹. C'est dans cette idée, que les hôpitaux pédiatriques sont construits. En effet, leur élaboration permet de mettre en avant le fait que la santé de l'enfant devient une priorité, et la séparation entre l'adulte et l'enfant est, une fois de plus, marquée.

A la même période, on constate que le rapport entre l'enfant et l'éducation au sein de la société est une priorité. Ce lien est également fait au sein des hôpitaux pédiatriques. Dans l'article *l'hôpital et l'enfant, l'hôpital autrement ?*, il est rapporté que « *l'assistance publique inscrit l'instruction élémentaire et l'éducation morale des enfants hospitalisés au rang de ses devoirs* »¹⁰. Les établissements de santé réservés à l'enfant, deviennent alors des rampes d'accès à l'éducation, permettant ainsi à tous les enfants, quel que soit leur milieu social, de pouvoir accéder aux bases éducatives. Ils apprennent à lire, écrire et compter. La prise en compte des besoins de connaissances de l'enfant et l'attention portée à son éducation, s'inscrivent alors dans la prise en charge de sa santé. En 1901, le directeur de l'assistance publique s'oppose au projet de suppression de postes d'instituteurs, et dit : « *Refuser aux enfants [...] une école et les leçons, c'est leur retirer d'un côté la santé de l'esprit, alors qu'on leur procure, de l'autre, celle du corps* »¹⁰. Ses propos illustrent une fois de plus l'importance de l'éducation dans les mœurs. Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, les enfants hospitalisés ont accès à l'éducation, mais celle-ci reste stricte. L'enfant, au XIX^e siècle, a donc une position à part entière dans la société. Ses besoins sont identifiés et la société essaie d'y répondre correctement. Cependant, cela est en corrélations avec la façon de penser du XIX^e siècle.

De la fin du XIX^e siècle au milieu du XX^e siècle, la place de l'enfant et sa considération au sein des établissements de santé et de soins se modifient, parallèlement aux découvertes de la médecine. Pour protéger l'enfant de toutes infections, on l'isole de ses parents. Cette séparation a des répercussions sur son développement psychomoteur, émotionnel et affectif. Il se retrouve seul, avec pour seule figure familière le personnel hospitalier. De plus, la méconnaissance du rapport affection, attention et développement de l'enfant, associée à l'émergence de l'hygiénisme de cette époque ont des conséquences sur les soins de l'enfant. L'attention des

¹⁰ AUTEUR INCONNU. L'hôpital et l'enfant : l'hôpital autrement ? Journal de pédiatrie et de puériculture, 2005, n° 18, p.95, 11/01/2020.

soignants ne tourne qu'autour de l'asepsie et de la technique. Les soins sont alors qualifiés comme étant « *relativement déshumanisés* »¹¹.

A partir de la deuxième moitié du XX^e siècle, l'enfant devient détenteur de droits, avec la déclaration des droits de l'enfant, le 20 novembre 1959, l'élaboration de la charte de l'enfant hospitalisé, en 1988, et la convention internationale des droits de l'enfant, en 1989. Il prend donc une place à part entière au sein de la société, puisque celle-ci est officiellement actée. Toutefois, peu de temps avant l'élaboration de cette charte, l'enfant est vu encore comme un « grand ». On se focalise sur les conséquences des pathologies, sur les soins techniques, tout en effaçant « l'enfant » en tant que personne. Le professeur Robert DEBRE, « *grand pédiatre* »¹², « *vouvoyait les enfants quel que soit leur âge* »¹² et faisait « *très peu d'allusions à l'enfant en tant que personne* »¹². On peut alors constater que la « *dimension de l'accueil n'est tout simplement pas présente* »¹², et que « *la priorité est ailleurs* »¹². A partir de 1988, suite aux études menées et aux observations faites, l'enfant va se retrouver au centre des soins. Cependant, cette place centrale lui sera attribuée petit à petit. Elle est en lien avec la modification de la temporalité des soins attribués à l'enfant, et les nouveaux concepts qui émergent dans les pratiques des puéricultrices, comme nous l'avons abordé dans la partie précédente.

Au sein des hôpitaux, un accueil particulier est réservé à l'enfant, et la charte de l'enfant hospitalisé est reprise par de nombreux établissements. Elle est élaborée en 1988, par douze associations européennes et fut renforcée dans le cadre de la loi du 4 mars 2002. Parmi les grands items qui la composent, on retrouve : l'information, le consentement, le respect de l'intimité, la lutte contre la douleur, la présence de proches auprès de l'enfant hospitalisé, l'environnement. L'enfant retrouve sa place « d'enfant », puisque tout ce qui l'entoure est pensé selon ses besoins. Parmi les critères identifiés, on retrouve le fait que « *l'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité* »¹³. Cette charte est en corrélation avec l'accueil réservé aux enfants au sein des établissements de santé, de la date de l'élaboration de celle-ci, jusqu'à nos jours.

¹¹ LOMBART Bénédicte, Les soins pédiatriques : Faire face au refus de l'enfant. Paris : Séli Arslan, 2016, p.195

¹² COHEN-SALMON Didier, Et l'accueil de l'enfant à l'hôpital, Spiral, 2008, n°48, p.101 et p.105.

¹³ Document officiel de UNAF. Chapitre 2 : Prendre en compte la spécificité de l'enfant malade : la Charte de l'enfant hospitalisé. *Les chartes dans le domaine de la santé*. 2007, p.19, 22/01/2020.

2. L'accueil de l'enfant à l'hôpital

L'accueil de l'enfant à l'hôpital est devenu une priorité pour les établissements de santé. C'est « *le premier soin. Il doit être de qualité* »¹⁴. Celui-ci se met en place au moment où l'enfant entre dans l'établissement, mais il ne s'arrête pas là. Il se réfère aux critères le composant, tout au long de l'hospitalisation du patient, de son entrée à sa sortie. Cet accueil a donc pour but d'accompagner l'enfant et sa famille, grâce à la présence du personnel soignant et ses mots. Il est applicable tout au long de l'hospitalisation. Accueillir un patient et sa famille à l'hôpital ne consiste pas seulement à les « escorter » jusqu'au « seuil de la porte » de la chambre, mais à les accompagner de manière plus longue et plus poussée. Il inclut alors, comme le rappelle Didier COHEN-SALMON, anesthésiste pédiatrique et président de l'association sparadrap, la « *dimension relationnelle du soin tout au long de l'hospitalisation, en y incluant la sortie de l'hôpital et de ses suites* »¹⁴. Cette dimension relationnelle va permettre de replacer le patient au cœur des soins, et donc de l'identifier en tant que personne et non comme une pathologie.

Toutefois, accueillir un enfant à l'hôpital de manière optimale est un travail long et en constante évolution. Il s'effectue sur le long terme et comprend : l'hospitalisation d'enfant dans des services prévus à cet effet, la présence des parents dans les services de pédiatrie, l'enfant acteur de sa santé, un environnement répondant à ses besoins, et enfin un personnel formé pour l'enfant. Ces dernières années, les établissements de santé et associations officiels, ont fait le choix de réviser et d'améliorer certains items de cet accueil, dans le but de pouvoir « *humaniser l'accueil à l'hôpital* »¹⁵. Afin d'expliquer cet accueil, des livrets sont rédigés et mis à disposition au sein des établissements de santé.

Dès lors, intéressons-nous aux critères de cet accueil, à leur mise en place et aux répercussions qu'ils ont dans la prise en charge de l'enfant hospitalisé.

a) L'environnement

¹⁴ COHEN-SALMON Didier, Et l'accueil de l'enfant à l'hôpital, Spiral, 2008, n°48, p.109.

¹⁵ WANQUET-THIBAUT Pascale. L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage. Elsevier Masson SAS, 2015, p.17.

Lors d'une hospitalisation, un enfant perd ses repères. Il perd ses jouets, sa fratrie, ses amis, la sensation de sécurité et il n'est plus scolarisé. Son hospitalisation le destitue, dans un certain sens, de sa fonction d'enfant. Marc AVELOT, codirecteur de l'association Le rire médecin, l'identifie comme telle : « *Quand un enfant entre à l'hôpital, la première chose qu'il perd, c'est le droit d'être un enfant. Ses parents lui disent qu'il va falloir qu'il soit grand, qu'il ne pleure pas, il perd sa fratrie, ses repères, ses jouets, sa chambre, tout ce qui fait qu'il était un enfant* »¹⁶. Afin d'éviter cela, l'accueil des enfants à l'hôpital a pour but de replacer l'enfant dans un environnement approprié, qui se rapproche le plus possible du sien, tout en prenant en considération la spécificité des soins. Ceci est en corrélation avec la charte de l'enfant hospitalisé, puisque celle-ci rappelle que : « *l'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité* »¹⁷. L'enfant doit alors être hospitalisé dans un service réservé aux enfants, et qui répond de manière la plus adaptée à ses besoins.

Depuis 2019, la Fédération Hospitalière de France (FHF), travaille en partenariat avec d'autres services et associations, sur l'amélioration de la qualité d'accueil des enfants à l'hôpital. Leurs travaux se sont articulés autour de 5 axes, dont le premier traitant de la valorisation de l'accueil des enfants à l'hôpital. Dès lors, l'environnement dans lequel va évoluer l'enfant devient essentiel dans sa prise en charge. Son aménagement va permettre au patient de retrouver sa place d'enfant, ce qui permettra d'optimiser sa prise en charge, puisque malgré son hospitalisation, il reste un enfant à part entière. La FHF rapporte le fait suivant : « *pour qu'un enfant soit en capacité de surmonter les difficultés liées à la maladie ou à l'hospitalisation, il est indispensable de lui proposer un environnement adapté : pendant la maladie, l'enfance continue* »¹⁷. La question matérielle est alors soulevée, tout comme le fait de proposer à l'enfant des activités ludiques et de faire en sorte qu'il reste scolarisé.

Le milieu hospitalier est un milieu qui crée très souvent un sentiment d'isolement au monde extérieur, favorisant l'anxiété, la peur et de multiples autres émotions pouvant venir interférer avec les soins. Depuis la fin du XX^e siècle, on instaure petit à petit l'aménagement des services et des chambres. Claude GRISCELLI, professeur de pédiatrie, de génétique et

¹⁶ GERY Yves. Entretien avec Marc AVELOT issu du dossier : promouvoir la santé. *La santé en action*, juin 2013, n°424, p.41.

¹⁷ Document officiel de UNAF. Chapitre 2 : Prendre en compte la spécificité de l'enfant malade : la Charte de l'enfant hospitalisé. *Les chartes dans le domaine de la santé*. 2007, p.19, 22/01/2020.

président de la Fondation des Hôpitaux de France, choisit tout d'abord de « *supprimer les pyjamas, de munir les bras de perfusion de roulettes et d'équiper systématiquement les chambres de télévisions* »¹⁸. Ceci permettait le « *respect de la dignité* »¹⁸ et visait déjà à « *tout faire pour que l'on soit un peu comme chez soi* »¹⁸. Peu à peu, on aménage les chambres ; puis ceci s'étend aux salles d'attentes, aux couloirs, jusqu'à la création de salles de jeux au sein même des services. Depuis 2019, des aquariums sont installés dans les salles d'attentes d'établissements de santé. Les constatations sont les suivantes : « *une vingtaine de minutes d'observation de l'aquarium diminuait la tension artérielle et calmait les angoisses pendant environ une demi-heure* »¹⁹, « *la contemplation de l'aquarium permet à l'enfant de mieux supporter les soins qu'il va recevoir. Il suivra alors le médecin plus sereinement* »¹⁹. La restructuration de l'environnement permet alors de « *s'évader* »¹⁹, « *d'apporter un peu de couleur et de vie dans les services* ». Ainsi, on met de la vie dans les structures et les enfants se sentent plus en confiance. « *L'hôpital doit rester humain* »¹⁹.

A l'environnement matériel, viennent se greffer de nombreuses activités, jeux, visites, événements proposés par l'équipe des professionnels de santé, mais également par de nombreuses associations se déplaçant dans les services. Ces activités sont identifiées comme des « *projets d'humanisation* »²⁰ et permettent de proposer un moment « d'évasion ». Marc AVELOT, évoque le rôle des clowns à l'hôpital et rappelle : « *L'imaginaire, l'évasion, le jeu, c'est comment un enfant d'un seul coup va sortir de sa chambre d'hôpital à travers un monde imaginaire* »²¹.

L'agencement de l'environnement gravitant autour de l'enfant, est plus que nécessaire. On constate qu'en soignant l'environnement, on participe à la mise en confiance l'enfant et ainsi, on facilite, en partie, les soins prodigués. De plus, les personnes que côtoie l'enfant ont également une place à part entière dans l'hospitalisation, puisqu'elles sont actrices de soins et

¹⁸ POMBET Thibaud. Un espace de loisir à l'hôpital, entre la promotion de la bienveillance et régulation de la générosité. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 2014, vol. 47, n°3, p.45.

¹⁹ Site officiel de LUDOPITAL, catégorie Aménagement, articles de 2018 à 2020. 05/02/20. Disponible sur : <https://www.ludopital.fr/category/amenagement/>

²⁰ WANQUET-THIBAUT Pascale. *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*. Elsevier Masson SAS, 2015, p.17

²¹ GERY Yves. Entretien avec Marc AVELOT issu du dossier : promouvoir la santé. *La santé en action*, juin 2013, n°424, p.41-43.

collaborent entre elles. Elles peuvent être des soignants, des membres d'associations, mais également les parents et la fratrie de l'enfant.

b) La place de la famille auprès de l'enfant hospitalisé

La présence des parents lors de l'hospitalisation de leur enfant a une place à part entière dans la prise en charge de l'enfant. En effet, elle va permettre de répondre aux besoins psychocognitifs de l'enfant, mais la famille va également devenir partenaire dans les soins. En effet, bien que le personnel de santé soit formé pour accompagner, rassurer et prodiguer des soins, les parents présents auprès de leur enfant vont le rassurer et seront également un support pour le personnel de santé.

Comme nous l'avons identifié dans les parties précédentes, avant la fin du XX^e siècle, bien que l'importance de la présence des parents soit prouvée, ceux-ci ne sont pourtant pas admis auprès de leurs enfants. On les considère plutôt comme des obstacles aux soins. En 1983, le 1^{er} août, l'ouverture des services de pédiatrie est officialisée. C'est la « reconnaissance d'un droit de visite »²². Quelques années plus tard, une seconde circulaire voit le jour. Elle exprime le fait de transformer « l'accueil conjoint de l'enfant et de ses parents (jusqu'alors une simple facilité) en une obligation de moyens pour les hôpitaux »²³. Les besoins psycho-affectifs sont, à partir de ce moment, intégrés dans les pratiques, et le personnel soignant doit apprendre à travailler en collaboration avec les parents. On les considère comme étant « des partenaires de soins »²⁴. Les parents ont une « meilleure connaissance du développement de leur enfant »²⁵. En effet, leur présence et leurs paroles vont permettre de diminuer l'anxiété des soins et de l'hospitalisation. Ils sont un repère pour l'enfant et c'est eux qui vont répondre à ses besoins, ou alors, guider le professionnel de santé puisqu'ils vont aider à comprendre l'enfant, ses habitudes de vie, ses envies et autres. Dans l'article *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*, la répercussion de la présence des parents est identifiée comme étant « un avantage »²⁶. Dès lors, les professionnels « expérimentent également les transformations

²² AUTEUR INCONNU. L'hôpital et l'enfant : l'hôpital autrement ? Journal de pédiatrie et de puériculture, 2005, n° 18, p.95, 11/01/2020.

²³ Site officiel de LUDOPITAL, catégorie Aménagement, articles de 2018 à 2020. 05/02/20. Disponible sur : <https://www.ludopital.fr/category/amenagement/>

²⁴ WANQUET-THIBAUT Pascale. L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage. Elsevier Masson SAS, 2015, p.14

²⁵ Document officiel de UNAF. Chapitre 2 : Prendre en compte la spécificité de l'enfant malade : la Charte de l'enfant hospitalisé. *Les chartes dans le domaine de la santé*. 2007, p.19, 22/01/2020.

que cette situation entraîne dans leur relation à l'enfant. Loin d'alléger leur travail, la présence des parents le modifie profondément »²⁶. Leur présence est alors bénéfique pour leur enfant, mais également pour le personnel de santé, puisque qu'elle va permettre de modifier une ambiance de travail, de mieux comprendre l'enfant.

Dans un second temps, l'identification du parent en tant que partenaire de soins, prend sens dans la technique. Pascale WANQUET-THIBAUT identifie cela de la manière suivante : « *Les soignants apprennent à travailler avec les parents. Ils doivent les informer sur la maladie de leur enfant et assurer leur « éducation » lorsqu'ils seront amenés à effectuer certains soins à la sortie de l'hôpital* »²⁷. En effet, dans certains cas, c'est le parent qui va continuer à promulguer les soins de l'enfant à sa sortie d'hospitalisation. Il est donc nécessaire qu'il reçoive toutes les informations nécessaires et soit accompagné, guidé par les professionnels de santé pendant les soins réalisés à l'hôpital.

Aujourd'hui, la présence des parents dans les services de pédiatrie est plus que d'actualité. Elle s'est développée dans « *le contexte d'humanisation des établissements hospitaliers* »²⁷, et est de l'ordre du devoir pour les hôpitaux. Pascale WANQUET-THIBAUT, rappelle que « *l'accueil des parents à l'hôpital est un besoin pour l'enfant* »²⁷. Afin de promouvoir cela, de nouvelles lois sont travaillées au fur et à mesure, pour que la famille soit le plus possible au chevet de l'enfant. De plus, depuis 2010, lors d'une certification d'établissements, le critère « *présence des parents auprès de leur enfant* »²⁷ est reconnue « *comme critère de qualité* »²⁷ à part entière.

Bien plus qu'un accompagnateur de l'enfant, le parent devient partenaire de soins, de par sa collaboration, la dynamique sécuritaire qu'il apporte, mais aussi de par le fait que c'est lui qui va contribuer à la poursuite des soins. Nous pouvons alors nous interroger sur le rôle de la puéricultrice envers l'enfant hospitalisé et sa famille.

C. La place de la puéricultrice

²⁶ GERY Yves. Entretien avec Marc AVELOT issu du dossier : promouvoir la santé. *La santé en action*, juin 2013, n°424, p.41-43.

²⁷ WANQUET-THIBAUT Pascale. *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*. Elsevier Masson SAS, 2015, p.14, p.18 et p.90.

Le terme de « puériculture », fut élaboré en 1865, et représente à cette époque « *la science d'élever hygiéniquement et physiologiquement les enfants* »²⁸. Nous avons vu, précédemment, que la place de l'enfant dans la société a constamment évolué depuis le XIXe siècle et le diplôme d'Etat de puéricultrice fut instauré dans cette dynamique de changement. Ainsi, après la seconde guerre mondiale, le gouvernement a « *à cœur de protéger la mère et l'enfant* »²⁹, et certains médecins appuient le fait qu'une « spécialiste » de l'enfant, aurait toute sa place afin de pouvoir « *lutter contre la morbidité et la mortalité infantiles* »³⁰. Le professeur Robert DEBRE disait : « *l'intervention d'une spécialiste de la puériculture serait hautement souhaitable et même indispensable* »³⁰. On ressent alors la nécessité d'identifier des professionnels de santé spécialisés pour les enfants, en vue de les protéger, de répondre à leurs besoins et de réaliser des actions de prévention. Le diplôme d'Etat de l'infirmière puéricultrice est élaboré par le décret du 13 août 1945.

Dans les années qui suivent, le professeur LELONG, père fondateur du diplôme de puériculture, évoque les missions et le rôle de la puéricultrice. Pour lui, la puéricultrice est avant tout : « *une infirmière, son rôle est l'exécution des soins spécialisés de l'enfant* »²⁸, « *elle est l'œil du médecin* »²⁸, « *elle n'a pas à faire de diagnostic, mais elle doit avoir une formation telle qu'elle ait la connaissance des symptômes et des débuts de maladie, qu'elle soit capable mieux que la mère et à la place de la mère [...] d'alerter le médecin* »²⁸. De plus, il rappelle que sa deuxième tâche « *très spéciale est l'exécution des prescriptions médicales* »²⁸ et que la troisième est l'éducation, puisque « *la puéricultrice est l'éducatrice sanitaire la plus qualifiée* »²⁸. Dès lors, à cette époque, la puéricultrice joue un rôle dans la technicité et l'exécution des soins, l'observation, identifiée comme primordiale, le recueil d'informations et enfin l'éducation. Elle est aussi, comme le rappelle monsieur LELONG, « *l'aide technique du pédiatre* »²⁸. Toutefois « *elle ne doit pas être en désaccord avec le médecin* »²⁸. La puéricultrice reste une collaboratrice du médecin, mais elle n'a pas à intervenir dans les décisions prises pour l'enfant.

A partir de 1983, la formation de puéricultrice évolue, avec pour préambule : « *chaque enfant est un être unique en pleine évolution, avec ses propres besoins. Son développement harmonieux est subordonné à la qualité des réponses apportées par autrui* »²⁸. La façon

²⁸SELLENET Catherine. *Les puéricultrices au cœur de l'enfance*. Revigny-sur-Ornain : Homme et perspectives/Martin Media, 2002. Partie 4, Le champs des pratiques, p11, p.28, p29.

²⁹ LOMBART Bénédicte. Le care en pédiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2015, n°122, p.68.

³⁰DE SAINT SAUVEUR Colette. DUVERDIER Chantal. Infirmière puéricultrice, une profession en pleine évolution. *Soins pédiatrie-puériculture*, octobre 2008, n°244, p.31. p.32, p.33.

d'exercer et d'enseigner se modifie. Autrui, représente le personnel hospitalier mais aussi la famille. Cette évolution est en corrélation avec la circulaire du 1^{er} août 1983, concernant l'ouverture officielle des services de pédiatrie aux parents. Les parents intègrent les soins, et les professionnels vont apprendre à travailler en collaboration et à les accompagner. De plus, l'individualisation de l'enfant au sein des soins vient bousculer les pratiques. On s'éloigne de la formation initiale centrée sur la connaissance de symptômes, afin d'élargir celle-ci aux connaissances générales concernant l'enfant et à « *ses propres besoins* »²⁸. Ainsi, comme l'identifient Colette DE SAINT SAUVEUR et Chantal DUVERDIER, « *en 1988, les professionnels étaient prêts à accueillir les enfants et à concevoir le « prendre soin » de l'enfant selon une organisation prévue pour que les parents puissent y prendre place* »³¹. Le concept de « prendre soin » dans les soins pédiatriques est alors identifié, et cette prise en charge ne peut être dissociée du travail en collaboration avec la famille. On passe d'une pratique considérée comme technique, à l'instauration de soins relationnels.

C'est dans cette dynamique que la formation évolue puisque, comme l'évoque Catherine SENELLET, « *toutes les puéricultrices du secteur hospitalier revendiquent des connaissances en « savoirs relationnels », « savoir psychologiques » et techniques de gestion* »³². Nous pouvons constater que la demande concernant la formation des puéricultrices a pour priorité la dimension relationnelle. Ainsi, la pratique des puéricultrices prend un nouveau tournant. Elles ne sont plus seulement exécutrices de soins techniques et observatrices, mais ont une place à part entière dans les soins, par leur réflexion et l'importance de la qualité des soins relationnels élaborée. La relation créée autour de l'enfant et de sa famille devient un élément de soin. La dimension humaine des soins est alors bien présente dans le contexte hospitalier et fait appel à de nombreux concepts en soins infirmiers. Bénédicte LOMBART affirme que « *pour pouvoir le faire, les soignants doivent avoir développé certaines qualités professionnelles spécifiques : disponibilité, écoute, patience, qualité de présence* »³³. La capacité relationnelle de la puéricultrice passe alors par de nombreux concepts reliés les uns aux autres. Nous en étudierons certains dans la seconde partie du cadre théorique.

³¹ DE SAINT SAUVEUR Colette. DUVERDIER Chantal. Infirmière puéricultrice, une profession en pleins évolution. *Soins pédiatrie-puériculture*, octobre 2008, n°244, p.33.

³² SELLENET Catherine. *Les puéricultrices au cœur de l'enfance*. Revigny-sur-Ornain : Homme et perspectives/Martin Media, 2002. Partie 4, Le champs des pratiques, p.208.

³³ LOMBART Bénédicte. *Les soins pédiatriques : Faire face au refus de l'enfant*. Paris : Seli Arslan, 2016, p.90.

La puéricultrice est au plus proche de l'enfant. Elle est donc actrice à part entière dans l'accueil et la prise en charge de l'enfant. Elle passe beaucoup de temps auprès de lui et construit peu à peu une relation avec l'enfant. Comme nous l'avons évoqué précédemment, elle n'est plus seulement présente pour promulguer des soins techniques, mais aborde un versant humain, ou elle va venir replacer l'enfant au cœur de sa prise en charge. Selon l'article R.4311-3 concernant les actes professionnels du code de la santé publique, la puéricultrice « *identifie les besoins de la personne [...] met en œuvre les actions appropriées et les évalue* »³⁴. Dans cette optique, la puéricultrice vient prodiguer les soins à l'enfant, tout en identifiant, en amont ou parallèlement aux soins, les besoins de celui-ci. Il en découlera des actions appropriées susceptibles d'y répondre. Ces actions ne sont pas forcément thérapeutiques et peuvent être de l'ordre du jeu, par exemple. Bénédicte LOMBART et Pascale THIBAUT rappellent que « *l'utilisation de méthodes de distraction par l'infirmière ou l'infirmière puéricultrice fait partie du rôle propre infirmier* »³⁵. Si la puéricultrice identifie le besoin qu'à l'enfant de s'évader ou de penser à autre chose, la distraction a alors toute sa place dans le « prendre soin ». Dès lors, la dimension de soins relationnels intervient de nouveau.

Nous pouvons alors aborder la notion de distraction. Celle-ci est abordée sous le terme de « *techniques psychocorporelles* » et se présente sous de nombreuses formes. Elle peut être mise en place sous forme de jeu, d'histoire racontée, de chanson, de techniques de relaxation, et de nombreuses autres pratiques. Pour Françoise BILLOT, puéricultrice, l'intégration des méthodes distractives « *dans la pratique soignante témoigne de cette recherche de qualité dont font preuve les équipes de pédiatrie* »³⁶. L'intérêt des soignants à l'égard de la distraction révèle alors que son utilisation est importante en plusieurs points. Pour Bénédicte LOMBART, la distraction s'utilise en tant que « *méthode non médicamenteuse dans la prise en charge de la douleur* »³⁷, elle « *suscite de plus en plus l'intérêt des équipes soignantes* »³⁷. L'utilisation de la distraction est aussi un moyen pour l'enfant, comme l'évoquent Louise HAMELIN BRANBANT, Hélène PATENAUDE et Hélène MARCHAND, de « *se forger une image*

³⁴ Référentiel d'Activité profession infirmier, Ed. Berger Levrault, 2015, p.197

³⁵ THIBAUT Pascale. LOMBART Bénédicte. Utilisation des méthodes de distraction pour la prévention des douleurs provoquées chez l'enfant. 09/02/20. Disponible sur : <https://pediadol.org/utilisation-des-methodes-de-distraction-pour-la-prevention-des-douleurs-provoquees-chez-lenfant/>

³⁶ BILLOT Françoise. Les méthodes distractives, *Cahiers de la puéricultrice*, mars 2012, n°255, p.9-25.

³⁷ LOMBART Bénédicte. La distraction lors des soins en pédiatrie, *Cahiers de la puéricultrice*, avril 2010, n°236, p.26-28.

positive de son expérience »³⁸, mais la distraction va également permettre de constituer « *une voie privilégiée pour entrer en communication* »³⁸ avec l'enfant. La distraction va être utilisée dans les moments de stress de l'enfant, et sera « *susceptible de l'aider à y faire face* »³⁸. Dès lors, il va y avoir des répercussions « *sur les dimensions physiologiques et psychologiques tout en consolidant les liens sociaux entre les professionnels et les malades* »³⁸. Les méthodes de distraction viennent alors faire appel à l'imagination et à la créativité des puéricultrices. Elles sont un moyen d'entrer dans l'univers de l'enfant, de permettre qu'il se sente moins anxieux, moins douloureux, mais aussi qu'il vive mieux son hospitalisation. De plus, elles sont un moyen de communication entre le soignant et le soigné, et leur utilisation va permettre l'élaboration d'une relation de confiance. Tous ces éléments vont permettre le « prendre soin » de l'enfant.

La spécialisation d'infirmière puéricultrice a vu le jour dans un contexte particulier. A partir de 1947, la profession a constamment évolué, parallèlement à la société. Partant de soins très techniques, peu à peu, nous avons constaté l'instauration de soins relationnels. Aujourd'hui, c'est le relationnel qui participe activement aux soins. Nous avons pu le constater dans le contexte de l'accueil de l'enfant et de sa famille à l'hôpital. La puéricultrice a donc un rôle primordial dans la prise en charge de l'enfant hospitalisé au sein d'une équipe pluridisciplinaire, que ce soit par ses capacités relationnelles, techniques, d'observation, Afin de mettre en place toute cette prise en charge, la puéricultrice vient faire appel à de nombreux concepts en soins infirmiers.

D. Conclusion cadre contextuel

Ainsi, nous pouvons constater, que tous les éléments de contexte étudiés, se modifient et évoluent dans le même sens et la même temporalité.

Aujourd'hui, l'enfant à l'hôpital est reconnu comme un être à part entière, ayant des droits et rendant nécessaire la présence de ses parents à son chevet, quand cela est possible. Il a accès à de nombreuses activités et celle-ci permettent de rendre son environnement, plus proche de celui qu'il a à la maison. L'accueil de l'enfant à l'hôpital permet alors de le prendre en charge dans sa globalité et cette prise en charge aura de nombreuses répercussions sur la suite de son

³⁸ HAMELIN BRANBANT L., PATENAUDE H., MARCHAND H., L'expérience de l'humour en soins infirmiers pédiatriques, *Soins pédiatrie-puériculture*, n°263, novembre/décembre 2011, p.41

hospitalisation. La société cherche à tout prix à apporter de la vie dans les hôpitaux. Elle a un « projet d'humanisation ». Dans ce cadre, la puéricultrice est l'un des acteurs le permettant et elle s'inscrit dans la démarche du « prendre soin ». Afin d'y parvenir, elle va se référer aux concepts en soins infirmiers utilisés lors de l'hospitalisation de l'enfant.

II. Cadre conceptuel

A. Le « prendre soin »

Lorsqu'un enfant est hospitalisé, il est sujet à des examens, à des soins. On le « prend en charge », on le « prend en soin » et on va même jusqu'au « prendre soin ». Dès lors, nous pouvons nous interroger sur ce qu'est le « prendre soin » et à partir de quand l'infirmière puéricultrice passe du « prendre en soin », au « prendre soin » de l'enfant.

1. Caractéristiques du « prendre soin »

L'expression de prendre soin, est apparue, pour REY A., en 1664. Elle était utilisée sous la forme de « *prendre soin de quelqu'un* », puis se serait fixée en « *prendre soin de* » en 1677, avec le sens « *s'occuper du bien être de quelqu'un, du bon état de quelque chose* »³⁹. Ce concept se rapproche des mots anglais « care » et « cure ». Pour les anglais, ces mots, quoique très proches, n'ont pas la même définition. Marie Françoise COLLIÈRE, historienne et infirmière, définit le « care » comme étant rattaché aux « *soins coutumiers et habituels ou soins d'entretien et de maintien de la vie* »⁴⁰. Il comprend le fait de répondre aux besoins des patients « *boire, manger, évacuer, se laver, [...]* »³⁶, mais aussi tout ce qui « *relève du réseau relationnel* »⁴¹, en s'attachant au fait que tous les aspects du « care » interfèrent entre eux. Le care se rapporte alors aux soins. Le « cure » correspond lui, aux « *soins de réparation* »³⁸. Il est rattaché à « *l'objet de réparation* »³⁸, qui est identifié comme étant la « *fonction organique ou mentale* »³⁸ abimée. Le « cure » se rapporte alors aux traitements, à l'action de traiter un corps, une maladie. Dès lors, on pourrait apparenter l'association du « care » et du « cure » au « soigner » et au « traiter ». Le « prendre soin », français découle de ces deux

³⁹ MICHAUX Lise. *Prendre soin, Care et Caring : des voies différentes*. Paris : Seli Arslan, 2018. p.29, p.92, p.91.

⁴⁰ VIGIL-RIPOCHE Marie-André FORMARIER Monique. JOVIC Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : 2009. p.96.

⁴¹ MICHAUX Lise. *Prendre soin, Care et Caring : des voies différentes*. Paris : Seli Arslan, 2018. p.29, p.92, p.91.

termes, mais certains paramètres le composant lui sont propres. Le « prendre soin », est aussi associé à un troisième terme. Il s'agit du « caring », que Walter HASBEEN identifie comme étant, en pratique, l'association des « *connaissances biophysiques et connaissances du comportement humain dans le but de susciter ou de promouvoir la santé et de procurer des soins à ceux qui sont malades* »⁴². Le concept de « caring » serait exclusivement propre à « *l'approche infirmière* »³⁹.

Dès lors, le « prendre soin » se rapproche des termes, « cure », « care » et « caring », mais ils ne sont pas synonymes. Le terme le plus proche serait celui du « caring », cependant, celui-ci est identifié comme étant « *une théorie, une science et une philosophie* »³⁹ alors que le « prendre soin » est présenté comme « *philosophie, une valeur, une façon d'aller dans l'existence* »³⁹.

Le concept de « prendre soin » fut étudié par de nombreux auteurs. Marie-André VIGIL-RIPOCHE, historienne et infirmière, qualifiée par ses pairs de « pionnière » du « prendre soin » le décrit comme pouvant être « *une attitude particulière et responsable dans la relation de soin* » ou alors « *une action de soin* »⁴³. Walter HASBEEN, infirmier et docteur en santé publique, le qualifie « *comme l'intention de porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être et à sa santé* »⁴⁴. Les deux auteurs identifient la particularité du « prendre soin », qui comprend l'attitude et l'action de prendre soin. Celles-ci sont toutes deux indissociables. Pour, Marie-André VIGIL-RIPOCHE l'action de « prendre soin », se base sur les « *nécessités vitales* »⁴⁰, et inclut « *le discernement de la nature des besoins dans leur analyse, leur compréhension et leur réponse* »⁴⁵. Celle-ci est complémentaire à l'attitude du « prendre soin », venant faire « *appel à la responsabilité pleine et entière, empreinte de sollicitude et du souci de soin* »⁴². Le « prendre soin » s'appuie alors sur des acquis théoriques et relationnels, tout en s'inscrivant, comme l'ont évoqué les auteurs, dans une démarche soignante réfléchie, propre à chaque individu.

⁴² HESBEEN Walter. Le caring est-il prendre soin ? *Perspective soignante*, 1999, n°4, p.4 et p.14

⁴³ VIGIL-RIPOCHE Marie-André. Prendre soin entre sollicitude et nécessité. *Recherche en soin infirmiers*, décembre 2011, n°107, p.6.

⁴⁴ VIGIL-RIPOCHE Marie-André. FORMARIER Monique. JOVIC Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : 2009. p.97

⁴⁵ VIGIL-RIPOCHE Marie-André. Prendre soin entre sollicitude et nécessité. *Recherche en soin infirmiers*, décembre 2011, n°107, p.6.

2. La complexité du « prendre soin » : entre art et valeur soignante

Pour pouvoir mettre en place le « prendre soin », il va falloir analyser la situation, le patient, l'environnement et s'adapter à ce qui est perçu. En cela, Walter HASBEEN qualifie le « prendre soin » de « complexe »⁴⁶. Le « complexe » est dû au fait que « tous les éléments d'un ensemble sont reliés et interagissent les uns avec les autres »⁴³. Il désigne : « ce qui est tissé ensemble »⁴³. Dès lors, chaque élément de la situation est relié aux autres, et il suffit d'une modification sur un élément pour qu'il y ait des répercussions sur l'ensemble. L'une des finalités du « prendre soin » est donc de savoir observer et analyser un ensemble de paramètres spécifiques au patient, tout en ayant une vue d'ensemble sur les autres éléments le constituant. En cela la puéricultrice va devoir mobiliser ses capacités d'observation, d'analyse et d'adaptabilité. De plus, comme l'évoque Serge PHILIPPON, pour « prendre soin », il va être nécessaire de mobiliser différents savoirs, dont le « savoir »⁴⁷, qui se rapporte aux connaissances théoriques, le « savoir être »⁴⁴, qui pourrait également être appelé « savoir-faire relationnel »⁴⁴, et le « savoir-faire »⁴⁴. Le « prendre soin » mobilise alors de nombreuses capacités et compétences afin d'être mis en place.

Pour certains auteurs, le « prendre soin » est plus qu'un simple concept. En effet, pour Marie Françoise COLLIÈRE, il s'agit d'un art. Elle écrit : « prendre soin de la vie... Tel est ce tout premier art »⁴⁸. Pour elle, le « prendre soin » a débuté « au sein des foyers »⁴⁵, puis s'est exporté « dans le cadre des hospices et des établissements hospitaliers, dans une voie de professionnalisation »⁴⁵. Dans ce cadre de soin, elle insiste sur le fait que l'on peut qualifier ce concept d'art, puisqu'il est « une conjonction de l'art, au sens d'une manière d'employer des moyens pour parvenir à réaliser quelque chose -ce qui nécessite un savoir-faire, une habilité, mais aussi des connaissances établies-, et de visée, de la veille quant au déploiement des moyens engagés, de leur finalité »⁴⁷. Ses propos sont en corrélation avec ceux de Walter HASBEEN, pour qui, le « prendre soin » devient un art à part entière. Il illustre cela de la manière suivante : « L'art du thérapeute, celui qui réussit à combiner des éléments de connaissance, d'habilité de savoir »⁴⁶. Ainsi, le fait d'être en capacité de mobiliser des

⁴⁶ HESBEEN Walter. *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1997, p.29, p.35.

⁴⁷ PHILIPPON Serge. *Le juste soin : Bien prendre soin ensemble dans le respect des singularités*. Paris : Seli Arslan, 2017, p.24, p.26, p.28.

⁴⁸ MICHAUX Lise. *Prendre soin, Care et Caring : des voies différentes*. Paris : Seli Arslan, 2018. p.80.

connaissances globales, de les appliquer à une personne, tout en prenant en considération que celle-ci est unique, implique le fait que le « prendre soin » devient un art.

Dans un second temps, il est nécessaire d'évoquer le « prendre soin » en tant que valeur soignante. Selon Walter HASBEEN une valeur est : « *ce à quoi on accorde de l'importance* »⁴⁹, ce que « *l'on a envie de faire vivre* »⁴⁶, ce « *dont on voudrait se rapprocher* »⁴⁶. Le fait d'avoir une valeur particulière dépend de la personne. Pour Lise MICHAUX le « prendre soin » « *s'intègre dans la conception humaniste des soins, dans une logique ou dans une perspective soignante, c'est-à-dire dans une volonté de mettre en œuvre des actions pour venir en aide à autrui, subvenir à ses besoins dans le cadre de pratiques porteuses de sens et de respect pour la personne* »⁵⁰. La valeur du « prendre soin » est accessible à tous, puisque son acquisition ou non dépend de la volonté de la personne. De ce fait, on laisse la liberté au soignant d'entrer ou non dans le cheminement de « prendre soin ». La notion importante dans ce choix est, pour Walter HASBEEN, le fait « *qu'il s'agisse toujours d'une orientation qui s'inscrive dans une perspective soignante* »⁴⁶. Elle est associée « *à un état d'esprit, une façon de se comporter dans la vie* »⁴⁷. De plus, Lise MICHAUX rappelle que « *la valeur du « prendre soin », [...] vise notamment à rappeler que le faire peut l'emporter sur l'attention, et qu'il existe un risque de banalisation de l'acte, du travail, de l'humain patient* »⁵⁰. La valeur du « prendre soin », serait alors un moyen de « prévention » de la banalisation des soins. Porter son attention sur la singularité de la personne hospitalisée permettrait de limiter cette banalisation.

C'est dans ce contexte, que la notion d'humanisme soignant apparaît. L'humanisme est défini par Christine PAILLARD, docteur en science du langage, comme reposant sur « *des valeurs profondes portées par chaque homme* »⁵¹, et désigne « *l'ensemble de croyances que l'individu entretient avec sa nature primaire, ses qualités personnelles et ses comportements, qui sera en adéquation avec ses expériences (pensées, perceptions, sensations)* »⁴⁸. Pour Walter HASBEEN, l'humanisme soignant est « *animé par le souci d'une qualité humaine de la relation de soin* »⁵². De plus il serait lié à la perspective soignante. Walter HASBEEN écrit à ce sujet : c'est aussi une « *perspective d'attention particulière portée à la personne* »⁴⁹, « *une*

⁴⁹ HESBEEN Walter. *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1997, p.29, p.35, p.38.

⁵⁰ MICHAUX Lise. *Prendre soin, Care et Caring : des voies différentes*. Paris : Seli Arslan, 2018. p.85, p.87.

⁵¹ PAILLARD Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*. Paris : Setes. 3^e édition, 2016, p. 224.

⁵² HESBEEN Walter. *Humanisme soignant et soins infirmiers : «Un art singulier* ». Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2017. p.52, p.53, p.62.

perspective animée du souci permanent de sa dignité »⁴⁹. De ce fait, le professionnel va veiller sur l'autre et va s'interroger sur ce « *qui serait bien* »⁴⁹. Celui-ci ne consiste pas « *à donner du sens, mais à s'interroger sur le sens que prend pour cet autre ce qu'il est en train de vivre* »⁴⁹. Lise MICHAUX, reprend les propos de Walter HASBEEN et parle d'un « *un attachement à l'humain qu'est cet autre, l'humain qu'est cet être, un être singulier à nul autre pareil* »⁵³. Dès lors, le « prendre soin » et l'humanisme soignant se complètent. Ils ont pour dénominateur commun le souci de l'autre, où toute l'attention est portée sur le patient en tant qu'individu, et sont tous deux des valeurs soignantes.

Enfin, la valeur du « prendre soin », requiert une attention permanente. En effet, Lise Michaux évoque le fait que « *[...] la valeur du « prendre soin » ne laisse pas tranquille, nécessite une attention constante et reste éminemment fragile* »⁵⁰. Le soignant doit alors être vigilant en permanence, car le « prendre soin » peut s'arrêter à n'importe quel moment. L'auteur appuie le fait que « *le moindre acte opéré négligemment peut le mettre en péril, le plus apparemment insignifiant manque d'attention peut faire basculer dans le simple accomplissement de tout ce qu'il reste toujours à faire auprès d'une personne soignée ou accompagnée* »⁵⁰. Le « prendre soin » est alors une valeur complexe qui, bien qu'elle soit une valeur soignante, va dans certains moments être dépassée par l'environnement, les émotions, l'état d'âme du professionnel, ou l'histoire personnelle. On pourrait les identifier comme étant des limites au « prendre soin ». Afin de contrer l'histoire personnelle du professionnel, la notion de juste distance apparaît alors.

Ainsi, le « prendre soin » s'inscrit dans une démarche personnelle du professionnel de santé, dotée d'une perspective soignante. C'est à lui de faire le choix d'entrer ou non dans le « prendre soin ». C'est après avoir acquis toutes ces compétences, avoir analysé la situation, sa propre pratique soignante, relevé les besoins du patient, que le professionnel de santé va pouvoir mettre en place le « prendre soin ». Toutefois, la continuité du « prendre soin » est fragile, et la vigilance du soignant à son égard doit être permanente. Le « prendre soin » va être propre à chaque soignant, mais également à chaque patient, puisque sa construction va s'appuyer sur la singularité de la personne soignée.

Nous pouvons alors nous interroger sur la particularité du « prendre soin » dans les soins pédiatriques.

⁵³ MICHAUX Lise. *Prendre soin, Care et Caring : des voies différentes*. Paris : Seli Arslan, 2018. p.82, p.88.

B. Le « prendre soin » en pédiatrie.

Depuis une quarantaine d'années, nous avons observé l'apparition de théories de soins propres à la spécificité de la pédiatrie. Des prises en charge spécifiques ont vu le jour, et la particularité des soins à l'enfant a modifié les pratiques. Bénédicte LOMBART évoque plus particulièrement, les modèles conceptuels portant sur « *le développement du bébé prématuré en réanimation néonatal et, plus globalement, sur l'intégration des familles dans les soins de l'enfant* »⁵⁴. Ce sont deux points clés, abordés lors de la formation professionnelle de puéricultrice. Cependant, on constate, lors de cet exercice de recherche, que peu d'articles ont pour thème la spécificité du « prendre soin » en pédiatrie. Bénédicte LOMBART, écrit : « *Aucune conception des soins pédiatriques en dehors de la néonatalogie n'établit spécifiquement de cadre théorique du care pédiatrique* »⁵⁴. Elle indique le fait que cela constitue une difficulté pour la puéricultrice car même si le « prendre soin » en pédiatrie s'appuie sur les bases du « prendre soin », il nécessite un développement particulier. Cela se justifie par le fait que « *la population pédiatrique présente des spécificités reconnues* »⁵⁴, et est aussi « *l'objet d'une spécialisation professionnelle* »⁵⁴. Les « *besoins de cette population sont spécifiques* »⁵⁴. De plus, « *les infirmières de pédiatrie ajustent déjà leur exercice aux spécificités de l'enfant qui requiert des soins* »⁵⁴. Dès lors, il est nécessaire que la puéricultrice, qui souhaite s'inscrire dans une démarche de « prendre soin », s'appuie sur ses connaissances et ses observations de l'enfant.

Face à cette constatation, Bénédicte LOMBART identifie certains facteurs qui « *favorisent le « prendre soin » de l'enfant* »⁵⁴. Parmi eux, on retrouve : « *hospitaliser l'enfant dans un environnement adapté à son âge* »⁵⁴, « *permettre l'accès à la scolarité et aux activités récréatives* », « *favoriser la présence des parents* »⁵⁴. Ce sont des critères, que l'on retrouve dans la charte de l'enfant hospitalisé, étudiée précédemment. Bénédicte LOMBART, insiste également sur plusieurs points « *assurer un climat de confiance* », « *adopter son langage/développer une communication « positive »* »⁵⁴, « *interroger l'enfant sur ses choix et ses préférences* »⁵⁴, « *respecter les choix de l'enfant* »⁵⁴, « *favoriser l'expression des émotions* »⁵⁴, « *utiliser les moyens de distraction et de détournement de l'attention* »⁵⁴, « *rejoindre l'univers de l'enfant* »⁵⁴, « *ajuster sa réponse à la réaction de l'enfant* »⁵⁴. Ses critères sont en relation directe avec la puéricultrice. En effet, c'est son attitude, sa façon de

⁵⁴ LOMBART Bénédicte. Le care en pédiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2015, n°122, p.68, p.73, p.74.

faire et l'attention qu'elle porte à l'enfant qui vont permettre de mettre tout cela en place. On remarque que ces éléments pratiques du care pédiatrique sont centrés sur l'enfant. Il est le centre d'attention et c'est à la puéricultrice de replacer l'enfant en tant qu'individu au centre des soins, en lui laissant sa place d'enfant et en prenant en considération ses attentes, ses peurs, etc. C'est l'enfant qui s'exprime, fait des choix et l'univers qui l'entoure est adapté à ses besoins d'enfant.

On constate alors, qu'à part certains modèles conceptuels développés, il n'existe aucun modèle précis écrit du « prendre soin » pédiatrique. Toutefois, ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de « mode d'emploi » spécifique à son application en pédiatrie, que le « prendre soin » en pédiatrie est impossible. C'est au professionnel de santé de s'adapter à la spécificité de la pédiatrie, en s'appuyant sur ses observations, son analyse et ses expériences. Il utilise le même cheminement que chez l'adulte, mais ne doit jamais oublier la singularité de l'enfant qu'il a en face de lui.

Le « prendre soin » de l'enfant va être différent de celui l'adulte, et la puéricultrice va devoir s'adapter à la situation avec ses acquis de formation, ses expériences, et autres. Pour cela, elle va mobiliser les outils du « prendre soin ». Certains d'entre eux seront développés dans la prochaine partie.

C. Les outils du « prendre soin » en pédiatrie.

Le « prendre soin » s'appuie sur de nombreux autres concepts et éléments de soin. Nous en développerons quatre dans notre étude. Ils sont : l'écoute, la communication, l'accompagnement, le travail pluridisciplinaire.

1. Communication et écoute

La communication est, pour le « prendre soin » un élément clé de sa construction. Dans le contexte de prendre soin, la communication ne signifie plus seulement « *échanger avec l'autre* »⁵⁵, mais « *échanger pour l'autre* »⁵⁵. La Haute Autorité de Santé, identifie le fait qu'un

⁵⁵ BIOY A., BOURGEOIS F., NEGRE I., Communication soignant-soigné, repère et pratiques, Ed. Bréal, 2eme édition, Peronnas, 2009, p. 15.

« défaut de communication a un impact direct sur la qualité et la sécurité des patients »⁵⁶. Il est donc nécessaire de se poser régulièrement la question : est-ce le bon moment ? Est-ce la bonne manière ?

Lors d'une l'hospitalisation, l'enfant arrive dans un monde inconnu, angoissant, où tout lui est étranger. Le matériel, les professionnels, le vocabulaire employé. Eloïse HELLIER, psychologue, rappelle que « *communiquer avec l'enfant malade hospitalisé suppose tout d'abord de repérer ses besoins spécifiques, affectifs et d'éveil, puis de s'adapter à ceux-ci* »⁵⁷. La puéricultrice va s'adapter, en analysant la situation, grâce à ce qu'elle voit et ce qu'elle entend. Elle va adapter sa communication sans oublier, comme l'évoque Eloïse HELLIER, qu'avant « *d'être un sujet malade, il est un enfant ayant des besoins différents de ceux d'un adulte* »⁵⁷. Elle va devoir prendre en compte l'âge de l'enfant et son état d'esprit face à ce qui l'entoure, afin de pouvoir communiquer avec lui et d'observer les résultats de cette communication. Il peut être rassuré, encouragé. Eloïse HELLIER rapporte que lors des soins, « *accompagner ses gestes de mots adaptés donne l'occasion à l'enfant de leur conférer un sens juste, ce qui atténue son angoisse* »⁵⁷. La puéricultrice va adapter sa façon d'être et de faire selon l'enfant et peut faire appel à sa créativité. En effet, la communication peut être verbale, mais également non verbale et face à un enfant les informations transmises n'ont pas obligation de prendre un caractère « officiel ». La communication peut se faire par exemple avec le jeu. La distraction peut être un moyen de communication « avec » l'enfant, mais également « pour » l'enfant. Margot PHANEUF, rappelle qu'à travers le jeu, on peut : « *répondre aux inquiétudes et interrogations de l'enfant ou de l'adolescent dans un contexte compréhensible pour lui* »⁵⁸, ou encore « *lui montrer d'une manière rassurante pour lui que ses craintes sont prises en compte et que nous sommes là pour l'aider* »⁵⁸. De plus elle rappelle que communiquer avec le jeu, c'est « *adapter le milieu de soins à l'enfant et non pas l'enfant au milieu* »⁵⁸. La communication va alors permettre de lier une relation entre l'enfant, le professionnel de santé et les parents. Elle va permettre de poser des mots sur les maux, d'assurer un climat de confiance et de sécurité. Elle va montrer à l'enfant que c'est sur lui que se centre l'attention et que les professionnels de santé vont venir s'adapter à lui. Ce n'est pas à lui de s'adapter à la situation.

⁵⁶ HAUTE AUTORITE DE SANTE. Article HAS : Communiquer – Impliquer le patient, 27 novembre 2017. 04/04/2020. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1660975/fr/communiquer-impliquer-le-patient

⁵⁷ HELLIER Eloïse. Adapter sa communication à l'enfant ou à l'adolescent hospitalisé. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, aout 2009, n°249, p.23-24.

⁵⁸ PHANEUF Margot, *Le soin de l'enfant et le jeu*, 2013, p.2. 13/04/2020. Disponible sur : <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/10/Le-soin-de-lenfant-et-le-jeu.pdf>

Il existe de nombreux outils participant, permettant ou aidant à la communication. Nous avons évoqué précédemment la distraction, mais l'on peut également citer l'écoute.

Si l'on reprend les propos de Bénédicte LOMBART, énuméré ci-dessus, on se rend compte que pour comprendre l'enfant et le replacer au cœur de sa prise en charge, il faut l'écouter. Comme le rappelle, la Fédération Hospitalière de France, l'enfant a des droits fondamentaux. Ils sont « *le droit d'être respecté qui passe par le droit d'être écouté et entendu* »⁵⁹. Ecouter l'enfant est donc un devoir, mais il va au-delà d'un « simple respect » des lois. En effet, écouter l'enfant devient « *un véritable acte de soin qui nécessite du temps, de la disponibilité et donc une reconnaissance et une valorisation* »⁵⁷ de l'enfant, dans un premier temps, mais aussi de sa famille. Selon KAEPPELIN, « *l'écoute devient active avec la parole et la parole, en devenant écoutante (c'est-à-dire questionnante, reformulante, encourageante, facilitante pour le locuteur) se fait entendre* »⁶⁰. Cette écoute va également permettre, dans ce temps d'échange, de lier la relation d'aide et « *d'enraciner la confiance entre parents, enfants et soignants* »⁶⁰. Carole THIZY, infirmière, témoigne dans l'article : L'écoute, un outil précieux au soignants. Pour elle, l'écoute « *rend au patient sa singularité* »⁶¹ ; elle permet de « *mettre le patient au cœur du soin* »⁶¹ et est « *vectrice d'humanité* »⁶¹. De plus, elle caractérise l'écoute comme étant précieuse et difficile. En effet, l'écoute est « *précieuse* »⁶¹, « *dans le sens où elle [lui] a semblé souvent être ce que [elle] avait de mieux à donner au patient et où, sans elle, la relation n'aurait sans doute pas été de la même qualité* »⁶¹. De plus, elle est aussi « *difficile* »⁶¹ car elle peut « *faire éprouver des sentiments peu agréables auxquels nous sommes peu préparés, notamment le sentiment d'impuissance* »⁶¹, et elle demande « *également une ouverture vers l'autre et ce, malgré la fatigue, le stress et les contraintes du lieu d'exercice* »⁶¹. Le professionnel de santé va prendre du temps pour l'enfant. Il va l'écouter, reformuler ce qu'il lui dit, l'entendre et respecter ses dires. De ce fait, il va placer l'enfant au centre des soins mais également au centre de sa vie à l'hôpital. L'écoute va redonner sa place d'enfant à l'enfant. Elle est un outil du « prendre soin » car elle y contribue, mais n'est pas toujours facile à mettre en place et « entendre » n'est pas toujours évident.

⁵⁹ FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE. Document officiel : L'accueil des enfants à l'hôpital public, Proposition de la FHF, 2019, p.7. 27/01/2020

⁶⁰ FORMARIER Monique. JOVIC Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : 2012. p.311.

⁶¹ THIZY Carole. L'écoute, un outil précieux au soignants, *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, juin 2013, n°113, p.47, p.53. 13/04/2020. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2013-2-page-47.htm>

Ainsi, l'écoute contribue à la communication, mais elle a également d'autres objectifs. En mobilisant les outils précédents, la puéricultrice va venir accompagner l'enfant et sa famille.

2. L'accompagnement

Nous avons vu précédemment que la puéricultrice est formée à accompagner l'enfant, la famille, dès l'arrivée de l'enfant à l'hôpital, mais aussi tout au long de son hospitalisation. L'accompagnement fait partie des missions de la puéricultrice. Cet accompagnement n'est pas seulement un accompagnement physique : il va plus loin. Pour Colette DE SAINT SAUVEUR et Chantal DUVERDIER, « *le prendre en soin de l'enfant s'inscrit dans une démarche d'accompagnement* »⁶². L'accompagnement et le « prendre soin » sont liés.

Pour Patrick VERSPIEREN, accompagner quelqu'un « *ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas* »⁶³. Pour André CIFALI, « *accompagner serait aller avec, ... Partir de l'autre et pas de soi... « Aller avec » évoque un professionnel qui se déporte vers le chemin de l'autre. Il est là, présent, permettant qu'un autre traverse l'épreuve, le moment, l'événement* »⁶³. Dès lors, la puéricultrice vient se tenir aux côtés de l'enfant et de ses parents, elle les accompagne physiquement, en paroles et les aide à traverser les difficultés et les moments heureux à l'hôpital. Elle ne leur indique pas le chemin qu'ils doivent prendre, ni les décisions, mais elle vient les soutenir. Anne-Marie MOTTAZ, infirmière puéricultrice rappelle que « *l'accompagnement implique une relation à l'autre* »⁶³, que cette relation « *est essentielle* »⁶³ et se base sur l'empathie. L'empathie est « *généralement conçue comme une « prise de rôle » : aptitude à se mettre à la place d'autrui, à inférer ainsi en imagination ses pensées, ses sentiments et ses actions* »⁶³. Toutefois, « *bien que pénétrant dans l'univers d'autrui en pensée, il n'y a pas de confusion entre soi-même et l'autre* »⁶³. Faire preuve d'empathie correspond donc à imaginer être à la place de l'autre sans pour autant devenir cet autre. C'est se dire « c'est comme si », garder une juste distance.

⁶² DE SAINT SAUVEUR Colette. DUVERDIER Chantal. Infirmière puéricultrice, une profession en pleine évolution. *Soins pédiatrie-puériculture*, octobre 2008, n°244, p.31-34.

⁶³ FORMARIER Monique. JOVIC Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : 2012. p.42, p.168, p.169.

Pour Anne-Marie MOTTAZ, « *les pratiques d'accompagnement s'inscrivent dans un contexte de soins où les soignants sont en recherche de mise en lien, de continuité et d'humanisation des actes professionnels* »⁶³. Le professionnel de soin, s'inscrit donc dans une démarche d'accompagnement de l'enfant et de sa famille de manière volontaire. Il les soutient, mais ne leur impose pas un chemin à prendre. Cette démarche sera pour lui un moyen « d'humaniser » les actes professionnels, mais aussi de se mettre en relation durable avec l'enfant et sa famille. Cet accompagnement est une démarche de la puéricultrice, mais celle-ci est en lien, également, avec toute l'équipe de professionnels de santé qui l'entoure.

Nous pouvons alors étudier la place du travail d'équipe dans le « prendre soin » de l'enfant.

3. Le travail en équipe

Lorsque l'enfant arrive à l'hôpital, il rencontre de nombreux professionnels qui vont le prendre en charge. On parle de travail d'équipe, d'interdisciplinarité.

Selon Walter HASBEEN, le « prendre soin » ne s'appuie pas seulement sur un seul individu. Il affirme qu'il est : « *résolument pluriprofessionnel* »⁶⁴, et précise que « *l'« approche soignante », l'intention qui préside au soin [...] ne peut se réaliser pleinement et efficacement que dans un contexte pluriprofessionnel et par l'intermédiaire d'une démarche soignante interdisciplinaire* »⁶⁵. C'est le point d'achoppement majeur qui différencie « caring » et « prendre soin ». Le travail en équipe représente pour Margot PHANEUF une « *répartition des tâches et des responsabilités partagées entre plusieurs personnes* »⁶⁶. Ces participants « *partagent un but commun et la convergence de leurs efforts donne à leur travail sa cohérence* »⁶⁶. Elle ajoute qu'en s'appuyant sur les acquis les uns des autres, cela permet « *d'enrichir l'équipe* »⁶⁶. Le travail d'équipe nécessite « *l'organisation d'une équipe avec sa dynamique et les fonctions qui en font la valeur* »⁶⁶, et non pas une « *simple juxtaposition de travailleuses* »⁶⁶. Le travail d'équipe est donc guidé par un même objectif, où chacun a ses capacités, et où l'échange des savoirs et la collaboration permettent d'enrichir le groupe et donc de créer « *un équilibre* »⁶⁶ dans le « prendre soin » de l'enfant. Il s'agit bien d'enrichir l'équipe,

⁶⁴ HESBEEN Walter. Le caring est-il prendre soin ? *Perspective soignante*, 1999, n°4, p.14

⁶⁵ MICHAUX Lise. *Prendre soin, Care et Caring : des voies différentes*. Paris : Seli Arslan, 2018. p.73.

⁶⁶ PHANEUF Margot. *Le travail d'équipe auprès des malades : ressource ou souffrance*, 2012, p.1-3. 15/04/2020. Disponible sur : <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/11/Le-travail-d-equipe-.pdf>

car chaque soignant est différent, avec des valeurs différentes et la force de cette équipe s'appuie sur ces différences.

La congruence dans l'équipe soignante correspond en partie à l'objectif collectif. Pour Pierre CANOUI, pédopsychiatre et Denis ORIOT, médecin, cet objectif en pédiatrie peut être d'« *améliorer la qualité de vie de l'enfant et de ses proches* »⁶⁷. Avec cet objectif commun, l'équipe se soutient. Chaque individu va prendre soin de l'enfant et de sa famille, de manière différente, mais dans un but commun.

Margot PHANEUF, identifie également d'autres avantages au travail d'équipe. Elle écrit que l'on « *peut faire plus facilement à plusieurs ce que l'on aurait de la difficulté à effectuer seule* »⁶⁶. Le travail d'équipe va permettre de s'appuyer les uns sur les autres, et de « passer la main » lorsque le professionnel de santé ne se sent pas apte à effectuer le soin, ou que ses « limites » ne lui permettent pas. Nous avons vu précédemment que le « prendre soin » pouvait s'arrêter à tout instant en lien avec des facteurs personnels du professionnel de santé, ou des causes environnementales. Grâce au travail en équipe, il est donc possible de passer la main et donc d'assurer la continuité du « prendre soin ».

Face à l'enfant, la puéricultrice n'est pas seule. Elle compose avec les autres professionnels de santé qui s'occupent également de l'enfant. Avec un objectif identique et les mêmes valeurs, le travail d'équipe de ces professionnels de santé ; pourtant différents et « singuliers » ; contribue au « prendre soin » de l'enfant.

Ainsi, les outils présentés ci-dessus, permettent de composer le « prendre soin ». Chaque professionnel de santé les utilisent de manière différentes, mais ont tous un seul et même l'objectif, d'où la nécessité du travail en équipe. Ses outils vont permettre une proximité entre patient et soignant, et de lier la relation de soin qui participe également au « prendre soin ». En prêtant attention aux besoins, aux désirs, mais aussi aux sentiments qu'expriment l'enfant et sa famille, le professionnel de santé va optimiser le « prendre soin » de l'enfant. En analysant

⁶⁷ ORIOT D. CANOUI P. le travail en équipe : l'interdisciplinarité, réseau Francophone de soins palliatifs pédiatriques, 2019. p.1. 15/04/2020. Disponible sur : <https://www.pediatriepalliative.org/le-travail-en-equipe-linterdisciplinarite/>

les concepts précédents, on constate qu'une notion revient fréquemment. Il s'agit de la notion de relation, indispensable au « prendre soin ».

4. La relation soignant soigné

Comme nous l'avons vu précédemment, la puéricultrice passe du temps, plusieurs fois par jour auprès de l'enfant et de sa famille. Au fur et à mesure des rencontres, il va se créer une relation entre eux. La relation a toute sa place au sein des soins. Alexandre MANOUKIAN, psychologue, commence son ouvrage *La relation soignant-soigné*, par les propos de MARTIN. Il rappelle « *qu'un soin est, malgré l'importance de certains gestes, de certaines attitudes [...] en premier lieu, avant d'être exploit technique, relation humaine* »⁶⁸.

On pourrait illustrer la relation soignant-soigné, par la première de couverture du livre de Margot PHANEUF, *La relation soignant-soigné, rencontre et accompagnement* (voir annexe n°1). Sur celle-ci se trouve une image d'arbuste à deux branches, l'une étant plus grande et robuste que l'autre. Margot PHANEUF, explique ainsi le choix de cette illustration : « *Comme la branche la plus robuste qui offre sa protection à l'autre, l'infirmière par sa relation particulière avec le soigné, lui propose son soutien et son aide avec le support de l'équipe de soins qui est à sa base* »⁶⁹. A travers la relation soignant-soigné, l'infirmière puéricultrice va alors venir accompagner l'enfant, le soutenir, le « protéger ». Pour Laure MARMILLOUD, infirmière en soins palliatifs, « *soigner, c'est soigner quelque chose, [...]; mais soigner, c'est aussi soigner quelqu'un, et tout soin comporte dans son concept même une dimension intentionnelle et même relationnelle, si minimale soit-elle* »⁷⁰. Ses propos sont en liens avec ceux de Walter HASBEEN qui écrit : « *« Prendre soin » peut être démontré et pratiqué de façon efficace uniquement au travers de relations interpersonnelles* »⁶⁹. On relève alors la dimension que prend la relation au sein des soins et au sein du « prendre soin »

La relation soignant-soigné se construit autour de nombreux types de relation. En effet, elle comporte de nombreux « visages ». Ceux-ci peuvent être la relation « *de civilité* »⁶⁹ ou la « *relation fonctionnelle* »⁶⁹, évoquée par Margot PHANEUF, mais aussi une relation d'aide,

⁶⁸ MANOUKIAN Alexandre. *La relation soignant-soigné*, Ed.Lamarre, Wilco (Pays-Bas) 4e édition, 2014, p.3.

⁶⁹ PHANEUF Margot, présentation « La communication et la relation soignant-soigné. Vers l'utilisation thérapeutique de soi partie 1 », 2012, diaporama n°4, n°84.

⁷⁰ MARMILLOUD Laure. *Donner vie à la relation de soin : Expérience pratique et enjeux éthiques la réciprocité*, Ed. Eres, 2019, p.91.

une relation de confiance. Dans le contexte de pédiatrie, nous allons aborder la relation de confiance et la relation d'aide. Ce sont deux incontournables, qui, selon Bénédicte LOMBART, participent activement au « prendre soin » de l'enfant.

a) La relation d'aide

Au fur et à mesure des échanges entre l'enfant et la puéricultrice, il va se créer une relation particulière : la relation d'aide. Elle est à la fois, un outil, une méthode et un concept des sciences infirmières. Pour Françoise MOLIERE, infirmière et cadre de santé, « *la relation est le support de l'aide* »⁷¹; elle est aussi « *l'engagement dans la voie de l'accompagnement* »⁷¹. Pour Carl ROGERS, la relation d'aide « *consiste en un accompagnement psychologique pour les personnes en situation de détresse morale. Elle permet de construire un lien support avec le thérapeute (l'infirmière) et s'y référer en cas de difficultés* »⁷¹. Dès lors, à travers la relation qui se crée entre l'enfant et la puéricultrice, va naître un lien où le professionnel de santé va accompagner l'enfant et le porter tout au long de son parcours. Dans la relation d'aide, « *Il importe de comprendre comment le malade vit ce qui lui arrive, comment il se représente sa maladie, quelle est sa dynamique, si le traitement lui convient, comment il l'intègre dans sa vie, quel est son système de support relationnel et social et comment ses proches vivent aussi cette situation* »⁷⁴. Dans le contexte de la pédiatrie, Bénédicte LOMBART, inclut les parents dans la relation d'aide. Elle dit « *faire du lien avec les actions d'aide à la parentalité positive pour tisser autour de l'enfant un faisceau de relations aidantes* »⁷². Cela contribue au « prendre soin » pédiatrique. Le soutien apporté peut passer par la communication verbale, ou non verbale. Alexandre MANOUKIAN, rappelle que pour que cette relation d'aide soit établie, il faut que le professionnel de santé respecte de nombreux attributs. Ce sont l'empathie, la considération positive, qui consiste à ce que le « *soignant accepte le patient tel qu'il est, sans jugement sur ce qu'il fait ou ce qu'il dit* »⁷³, le non jugement, et l'authenticité qui établit « *la base d'une relation honnête, c'est-à-dire, franche, sans mensonges ni artifices* »⁷³. Dès lors la puéricultrice aura une relation toute en transparence avec l'enfant et sa famille. Celle-ci va se centrer sur l'enfant, et son ressenti de la maladie, du moment vécu, et de ce qui est ressenti par sa famille. Elle va les accompagner en respectant le rythme auquel ils avancent. Françoise

⁷¹ FORMARIER Monique. JOVIC Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : 2012. p.42, p.61-64.

⁷² LOMBART Bénédicte. *Le care en pédiatrie. Recherche en soins infirmiers*, septembre 2015, n°122, p.74.

⁷³ MANOUKIAN Alexandre. *La relation soignant-soigné*, Ed.Lamarre, Wilco (Pays-Bas) 4e édition, 2014, p.53, p.55.

MOLIERE, nous dit que l'approche de la relation d'aide « *tient compte de la prise en charge de la personne ; c'est le prendre soin du sujet* »⁷¹.

Ainsi, la relation d'aide contribue au « prendre soin » de l'enfant. cette notion est étroitement en lien avec la relation de confiance. De plus, la relation d'aide ne peut se construire sans une relation de confiance établie.

b) La relation de confiance

La relation de confiance est une relation particulière qui nécessite une implication et une prise de risque par le soignant et le soigné. En effet, la relation de confiance ne se construit pas de manière systématique, et elle peut mettre du temps à se mettre en place. Le terme confiance vient du latin « *confidere (cum, avec et fidere, fier)* »⁷⁴. L'idée de la confiance et donc de se fier à quelqu'un, de remettre « *à un tiers quelque chose qui nous est précieux* »⁷⁴. La confiance suppose alors, comme l'évoque Patrick SUREAU, ergothérapeute, une idée de « *réciprocité, le soignant n'a pas le pouvoir de l'instaurer seul* »⁷⁴. La relation de confiance se base alors sur une rencontre entre le soignant et le patient, qui nécessite une entente commune.

La relation de confiance provient d'un « *sentiment de sécurité* »⁷⁵, et le mensonge n'a pas sa place dans sa dimension. Dans le contexte de la pédiatrie, cette relation de confiance peut être établie à travers la communication entre l'enfant et le professionnel soignant, à travers la distraction que met en place le soignant, mais aussi grâce au temps que le soignant passe au chevet de l'enfant, des explications qu'il lui donne. Bénédicte LOMBART rappelle qu'il est important de « *renoncer à inviter l'enfant à entrer dans l'univers rationnel médical qui justifie les soins mais, à l'inverse, chercher à rejoindre l'univers de l'enfant afin d'établir une relation de confiance aidante et de confiance pour le soigner* »⁷⁶. La relation de confiance va alors permettre le « prendre soin » ; elle va permettre que l'enfant adhère aux soins. Toutefois, la relation de confiance peut être confrontée à des obstacles.

Patrick SUREAU illustre les limites de cette relation de la façon suivante, en comparant la distance qui sépare les deux acteurs de la relation à la tension d'un élastique : « *selon qu'ils*

⁷⁴ SUREAU Patrick. De la confiance dans la relation de soin, Soins, avril 2018, n°824, p.44, p.46.

⁷⁵ MANOUKIAN Alexandre. *La relation soignant-soigné*, Ed.Lamarre, Wilco (Pays-Bas) 4e édition, 2014, p.53, p.55.

⁷⁶ LOMBART Bénédicte. Le care en pédiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2015, n°122, p.74.

seront proches ou distants, selon que l'élastique sera tendu ou non, l'enjeu de la relation changera »⁷⁴. La relation de confiance une fois établie ne sera pas forcément acquise à long terme. Le soignant devra alors être vigilant à son égard, puisque, s'il y a une cassure dans cette relation, celle-ci pourrait fortement altérer le « prendre soin ». En effet, Margot PHANEUF, écrit que la relation de confiance est « *porteuse de la signification pleine et entière du terme « prendre soin* » »⁷⁷. Elle ajoute que c'est « *une relation essentielle à la qualité des soins* »⁷⁷.

La relation que la puéricultrice va instaurer avec l'enfant, va également être élaborée avec les parents de l'enfant. On constate que tout au long de notre cadre théorique, les parents sont omniprésents, et que le « prendre soin » de l'enfant passe aussi par le « prendre soin » de ses parents.

D. Conclusion cadre conceptuel

Ainsi, « *« Le prendre soin » requiert une adaptation à fois, face à chaque personne, en tenant compte de sa singularité, des particularités de ses besoins et demandes. Prendre soin, c'est considérer que toute situation va différer, qu'il sera toujours nécessaire de renouveler ses efforts pour chercher à comprendre ce que vit la personne* »⁷⁸. Il est donc propre au patient et au soignant et comprend deux fonctions indissociables, l'attitude et l'action de « prendre soin ». Pour parvenir à sa mise en place, il va falloir s'appuyer sur certains savoirs, tels le savoir théorique, le savoir-faire mais surtout le savoir être. L'introduction des notions d'humanité et d'humanisme soignant, reposent sur ce savoir être. Le professionnel de santé va être capable de mobiliser des connaissances globales et de les rattacher à une personne unique. Au sein des services de pédiatrie, le « prendre soin » s'appuie sur un ensemble de critères, prenant en compte la singularité de la situation et de l'individu en tant que personne. Toutefois il n'existe pas de « prendre soin » pédiatrique théorique pur. Il est donc nécessaire pour la puéricultrice d'utiliser des outils ou des postures comme l'écoute, la communication, la relation soignant soigné ou encore le fait d'entrer dans l'univers de l'enfant par des méthodes de distraction. Tous ces éléments vont permettre de replacer l'enfant au cœur de ses soins et de son hospitalisation. Il est également important de rappeler que pour « prendre soin » de l'enfant il

⁷⁷ PHANEUF Margot, présentation « La communication et la relation soignant-soigné. Vers l'utilisation thérapeutique de soi partie 1 », 2012, diaporama n°4, n°85.

⁷⁸ MICHAUX Lise. *Les mots du prendre soin : Définitions, points de veille et question de réflexion*. Paris : Seli Arslan, 2017, p.6.

est nécessaire de « prendre soin de ses parents », et que le « prendre soin » est d'autant plus important s'il est partagé avec l'équipe soignante.

III. Synthèse du cadre théorique

Ainsi, nous avons vu dans ce cadre théorique que l'évolution des pratiques de la puéricultrice et des services de pédiatrie était étroitement liée avec l'évolution de la place de l'enfant dans notre société. Aujourd'hui, on constate que le prendre soin de l'enfant en pédiatrie passe par son accueil à l'hôpital, par la présence de ses parents et au fait que tout est fait pour que l'hôpital s'adapte à l'univers de l'enfant, et non l'inverse. Tous ces éléments vont permettre de mettre un peu d'humanité dans les soins. Dès lors, le « prendre soin » de l'enfant va permettre de redonner à l'enfant sa place d'enfant. Lise MICHAUX dit que le « prendre soin » permet de « *mettre du soin dans les soins* »⁷⁹.

IV. Problématique et hypothèses

Après l'élaboration de notre cadre théorique et la découverte des différentes pensées des auteurs, nous pouvons alors approfondir notre question de départ et élaborer la problématique suivante :

« En quoi l'adaptation de la posture de la puéricultrice va permettre le « prendre soin » de l'enfant ? »

Afin de répondre à celle-ci, les réflexions au cours de mes recherches et mes lectures m'invitent à formuler deux hypothèses :

Hypothèse 1 : La posture d'écoute de la puéricultrice est un atout majeur qui va permettre le « prendre soin » de l'enfant, puisqu'elle va permettre de lui porter attention et aussi d'entendre ce qu'il a à dire.

Hypothèse 2 : En entrant dans l'univers de l'enfant par le biais de la distraction, la puéricultrice va entrer dans la démarche du « prendre soin ».

Afin de poursuivre notre travail de recherche, et de confirmer les éléments que nous avons apportés, nous allons interroger des professionnels de santé sur cette question.

⁷⁹ MICHAUX Lise. Prendre soin, Care et Caring : des voies différentes. Paris : Seli Arslan, 2018, p.85.

V. Cadre méthodologique : enquête

Afin de finaliser ce travail de recherche, j'ai choisi de mener une « enquête », basée sur des entretiens semi-directifs, auprès de puéricultrices sur le terrain. Ces enquêtes et l'analyse de leur contenu auront pour finalité la validité ou non des hypothèses émises précédemment.

A. Choix de l'outil

Afin de réaliser mon enquête, j'ai décidé de mener des entretiens semi-directifs. Cet outil m'a paru le plus adapté à mon travail puisque je souhaite traiter des éléments d'ordre qualitatif. L'entretien semi-directif permet de guider la puéricultrice lors de l'entretien tout en laissant au professionnel de santé la libre expression de sa pensée et de son vécu. Ces entretiens sont menés avec l'aide d'une grille d'entretien (annexe II). Celle-ci se compose de questions ouvertes, permettant à la personne interrogée de répondre comme elle le souhaite. On retrouve pour chaque question un objectif particulier. Je n'ai pas souhaité introduire dans les questions, les mots clés des hypothèses posées, afin de ne pas induire la réponse du professionnel dans ce sens. Toutefois, ma grille d'entretien contient des questions de relance, permettant de réorienter le professionnel de santé s'il « s'égaré », ou ne comprend pas la question. Ces questions de relance sont par moment une reformulation des propos des soignants.

B. Réalisation des entretiens

La phase d'enquête aurait voulu que je rencontre plusieurs puéricultrices, lors de rendez-vous en « tête à tête » afin de réaliser mes entretiens semi-directifs. Le fait de rencontrer la personne de manière directe aurait permis d'observer les réactions non verbales et l'attitude de la personne, au fur et à mesure. Toutefois, au vu du contexte sanitaire et social du moment, et du confinement je n'ai pas pu réaliser cela. Je me suis cependant adaptée. Deux des trois entretiens réalisés se sont fait par visio-conférences. Le troisième entretien a, lui, été réalisé par téléphone. Les trois entretiens ont été enregistrés avec l'accord des professionnels de santé, et lors des entretiens, aucune note écrite n'a été prise afin de pouvoir pleinement profiter de ce moment d'échange. Au début de chaque échange, je me suis présentée et ai présenté le thème de mon projet professionnel.

C. Les professionnels interrogés

Le contexte actuel a modifié ma stratégie d'interrogatoire des professionnels de santé. Cependant, cela a permis d'apporter d'autres éléments sur le « prendre soin » de l'enfant. Je souhaitais interroger des puéricultrices travaillant actuellement en service de pédiatrie générale. Cela aurait permis de comparer les pratiques dans des services différents mais ayant la même spécialité. Chaque professionnelle de santé interrogée a travaillé en service de pédiatre, mais n'y exerce plus forcément. Dès lors, notre analyse va s'étendre à des services autres que la pédiatrie générale et apporter de nouvelles notions. J'aurais souhaité également pouvoir interroger des professionnelles de santé avec des temps de carrières différents auprès des enfants, pour pouvoir comparer leur façon de pratiquer auprès de l'enfant et voir si, selon elles le « prendre soin » de l'enfant se modifie avec l'expérience.

L'objectif de cette enquête est de voir comment les professionnelles de santé utilisent les outils du « prendre soin » et viennent mettre le « prendre soin » en place. Elle viendra aussi vérifier si le « prendre soin » a des limites propre à chaque soignant ou communes à tous. Toutefois, avant d'analyser le résultat de ces entretiens, présentons nos trois professionnelles.

Dans notre analyse nous utiliserons les annotations : PDE, signifiant Puéricultrice Diplômé d'Etat, afin de faciliter l'anonymat des professionnelles interrogées. Pour que l'analyse soit homogène nous les nommerons PDE 1, PDE 2 et PDE 3 même si la PDE 1 n'est pas encore diplômé puéricultrice.

Le premier entretien a eu lieu avec la PDE 1. Celle-ci est infirmière depuis 2013 et est en cours de formation puéricultrice depuis septembre 2019. L'entretien ayant lieu mi-avril, celle-ci est à la moitié de sa formation. Avant d'intégrer la formation puéricultrice, elle a travaillé en service de pédiatrie générale, en service de soins continus pédiatriques et fait quelques remplacements en néonatalogie et chirurgie pédiatrique.

Le second entretien a eu lieu avec la PDE 2. Celle-ci est diplômée depuis 2013 en tant qu'infirmière et a travaillé en salle de naissance et en maternité. Elle est diplômée depuis 2015 en tant que puéricultrice et a travaillé en service de pédiatrie générale jusque 2017. Depuis, elle travaille aux urgences pédiatriques et sera prochainement directrice de crèche.

Le troisième entretien a eu lieu avec la PDE 3. Celle-ci est diplômée infirmière depuis 2005. Elle a, par la suite, travaillé avec les personnes handicapées, puis a fait partie du « *pool* » général de l'hôpital et a ensuite intégré le « *pool* » de pédiatrie, dans le service d'urgences pédiatriques. Puis en 2007, elle a intégré le service de chirurgie pédiatrique. C'est un service identifié chirurgie mais qui est divisé en deux spécialités. On y retrouve de la chirurgie pédiatrique et de la médecine pédiatrique. Depuis 2012 elle est diplômée puéricultrice et a réintégré le même service.

Chaque entretien été particulièrement chargé en émotion.

Nous pouvons alors aborder l'analyse de nos entretiens semi-directifs.

D. Analyse de contenu

Les trois professionnelles interrogées relèvent, le plus souvent, au cours des entretiens les mêmes éléments et en apporte d'autres, chacun en lien avec sa propre pratique et sa personnalité. Plusieurs thématiques émergent alors. J'ai donc choisis de mener mon analyse de contenu par thématiques.

1. L'accueil de l'enfant à l'hôpital.

Le premier thème abordé par les professionnels et le thème de l'accueil de l'enfant à l'hôpital. Les trois professionnels interrogés, ont répondu des réponses similaires à son sujet. Pour la PDE 2, c'est le « *premier contact avec le monde hospitalier* » ; elle le qualifie de « *super important* ». La PDE 1 vient compléter cela en expliquant que c'est « *la première impression que tu vas laisser* » et qu'elle est donc « *primordiale dans l'approche que l'on peut avoir avec l'enfant et sa famille* ». On remarque que, lorsque qu'on évoque l'accueil de l'enfant à l'hôpital, les professionnelles considèrent celui-ci principalement au moment de l'arrivée de l'enfant dans le service. Elles définissent cela comme étant une première rencontre. Pour elles, la suite de cet accueil n'est plus un accueil tel quel mais représente l'accompagnement de l'enfant et de ses parents tout au long du séjour.

De plus, on remarque que pour elles, comme l'exprime la PDE 3, « *l'accueil ce n'est pas seulement dire bonjour, ça va plus loin que ça* ». Elle justifie ses propos par le fait que pour elle, l'accueil de l'enfant à l'hôpital, « *c'est déjà un soin en soi* ». Ces propos sont en

corrélation avec ceux de Didier COHEN-SALOMON pour qui l'accueil de l'enfant à l'hôpital est « *le premier soin. Il doit être de qualité* »⁸⁰. En analysant les propos de chaque professionnel, on remarque que pour elles, cette qualité est primordiale. Pour la PDE 2, travaillant aux urgences, l'accueil de l'enfant va « *amorcer le « prendre soin »* » des autres services. Il représente alors les bases de celui-ci. La PDE 3, a les mêmes propos que la PD2 ; pour elles, il est « *vraiment super important* ». On remarque que pour la PDE 1 et la PDE 3, l'accueil « *est la base de la relation* ». La PDE 1 dit : « *Moi à partir du moment où tu loupes ton accueil, bah... Tu vas moins bien partir au niveau de ta relation avec le parent ou avec l'enfant* ». On remarque que, lors de l'étude de notre cadre théorique l'attention portée à l'accueil de l'enfant est primordiale tant pour l'environnement que pour la qualité relationnelle de celui-ci. Pour Didier COHEN, l'accueil existe non seulement « *à l'entrée de l'enfant, mais encore en tant que dimension relationnelle du soin tout au long de l'hospitalisation* »⁸¹.

De plus, il ressort des trois entretiens, le fait que l'accueil à l'hôpital ne s'arrête pas à l'enfant. Il inclut aussi les parents de celui-ci. Lorsqu'on demande si, lors de l'arrivée dans le service, les parents sont toujours présents, la réponse est unanime. La plupart du temps cela est le cas. Nous aborderons leur rôle dans le prochain thème.

Ainsi, les notions d'accueil de l'enfant et de « prendre soin » sont liées. L'accueil de l'enfant à l'hôpital va se faire différemment selon les services et les soignants, mais tous ont un même objectif, le « prendre soin » de l'enfant.

2. « Prendre soin » de l'enfant

Au cours de notre analyse, on identifie un second thème qui est le « prendre soin » de l'enfant : comment les professionnels de santé le mettent en place. Toutefois, avant de commencer à aborder ce thème, il me semble important de souligner les propos de deux des soignantes interrogées. La PDE 2, évoque le fait que lorsque l'on prend soin d'un enfant, « *on prend soin de lui, pas seulement dans la technique ; ça va au-delà de ça. Voilà, c'est ça, je pense que c'est la différence entre ce concept de « prendre soin » dont tu parles et « prendre en soin »* ». Dès lors, on remarque que le « prendre en soin » se rapporte à la technique, et que le « prendre soin » même s'il a une part de technique, vient apporter autre chose de bien plus

⁸⁰ COHEN-SALMON Didier, Et l'accueil de l'enfant à l'hôpital, Spiral, 2008, n°48, p.109.

⁸¹ COHEN-SALMON Didier, Et l'accueil de l'enfant à l'hôpital, Spiral, 2008, n°48, p.101.

important. Pour la PDE 1, le « prendre soin » se rapproche d'une valeur. Elle dit : « *faire un soin pour faire un soin ce n'est pas ma manière de travailler [...] ça fait partie d'une valeur primordiale pour moi* ». L'idée du « prendre soin » en tant que valeur, dépendant de la façon d'être de la personne, rejoint les propos de Lise MICHAUX qui identifie « *la valeur du prendre soin* »⁸², mais aussi ceux de Walter HASBEEN qui dit que le « prendre soin » associe « *un état d'esprit, une façon de se comporter dans la vie* »⁸³. Au fur et à mesure de l'avancé des entretiens, j'ai remarqué que le « prendre soin » de l'enfant était une volonté de chaque professionnel, du fait de leur implication dans l'entretien, et de l'émotion perçus à travers leur voix ou expression de leur visage.

Le « prendre soin » de l'enfant va comporter de nombreuses notions, de nombreux concepts, de nombreux outils, que chaque professionnelle va mobiliser de façon différente. En analysant les propos des soignantes, on remarque toutefois que de nombreux éléments sont récurrents. Par conséquent, on identifie que dans les trois entretiens la relation, la communication, et la distraction sont identifiés comme étant un moyen, un outil, une base du « prendre soin ».

Tout d'abord, le concept de relation est évoqué, dans les trois entretiens au début de la discussion. Cet ordre de « priorité », nous montre que quelque soit le service où la professionnelle de santé travaille, la relation est importante dans le prendre soin. La PDE 2 évoque « *la relation de confiance* ». La PDE 1 transmet que pour elle, la première rencontre est la « *base de la relation* ». Pour la PDE 3, l'accueil, « *c'est l'entrée en contact, le début de la relation* », et « *une fois qu'on a mis en place une relation, ça, ça reste* ». La construction de la relation est alors étroitement liée avec l'accueil de l'enfant à l'hôpital et, une fois que celle-ci est mise en place, elle risque peu de se dégrader. De plus, la PDE 3 souligne que dans la relation, « *il n'y a rien à cacher à un enfant* », « *si on ne brise pas sa confiance, on a tout gagné en fait* ». Ces propos rappellent ceux d'Alexandre MANOUKIAN, qui évoque « *la base d'une relation honnête, c'est-à-dire, franche, sans mensonges ni artifices* »⁸⁴. Les professionnelles de santé s'accordent alors sur le fait que le mensonge n'a pas d'intérêt dans cette relation à l'enfant et qu'au contraire il peut venir altérer le « prendre soin » de l'enfant.

⁸² MICHAUX Lise. *Prendre soin, Care et Caring : des voies différentes*. Paris : Seli Arslan, 2018. p.85, p.87.

⁸³ HESBEEN Walter. *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1997, p.29, p.35, p.38.

⁸³ MICHAUX Lise. *Prendre soin, Care et Caring : des voies différentes*. Paris : Seli Arslan, 2018. p.85, p.87.

⁸⁴ MANOUKIAN Alexandre. *La relation soignant-soigné*, Ed.Lamarre, Wilco (Pays-Bas) 4e édition, 2014, p.53.

La relation va se construire au cours du temps. La PDE 3 affirme que celle-ci « *facilite l'adhésion au soin* ». Dans cette même idée, la PDE 2, va plus loin et dit que la relation « *facilite le « prendre soin »* ». Ces propos rejoignent ceux de Margot PHANEUF dans notre cadre théorique, identifiant la relation comme étant « *porteuse de la signification pleine et entière du terme « prendre soin »* ». Elle ajoute que c'est « *une relation essentielle à la qualité des soins* ». Les professionnelles de santé sont alors en accord sur l'importance de la dimension relationnelle des soins.

On peut alors dire que la relation soignant-soigné contribue au « prendre soin » pédiatrique, et qu'elle devient même un outil indispensable.

Afin de construire cette relation, on remarque que la communication et l'attitude de la personne sont deux points qui reviennent régulièrement dans les entretiens. Lorsque l'on s'intéresse à la chronologie des concepts dans la retranscription des entretiens, on remarque que pour deux des puéricultrices, le concept de communication et le premier à apparaître. Cela traduit donc l'intérêt que les professionnelles lui portent. Pour la PDE 2, c'est la notion prioritaire du « prendre soin ». Toutefois, on peut remarquer qu'avant d'aborder celle-ci, les trois professionnelles de santé abordent une « préparation » de la communication. En effet, en amont, elles disent dans un premier temps observer l'enfant, même sur un temps très court. Cela va permettre d'adapter leur communication selon son âge, ses besoins, et la situation présente. La PDE 2 rappelle « *qu'aucun enfant n'est pareil* ». Ces éléments se rapprochent de notre cadre théorique dans lequel nous avons vu que pour Eloïse HELLIER, « *communiquer avec l'enfant malade hospitalisé suppose tout d'abord de repérer ses besoins spécifiques, affectifs et d'éveil, puis de s'adapter à ceux-ci* »⁸⁵. La puéricultrice va alors adapter sa communication, mais aussi sa manière de faire. Cela passe par l'attitude et par les mots.

En effet, les puéricultrices insistent toutes les trois sur l'importance des choses que l'on va dire à l'enfant, mais surtout sur la façon de transmettre ces informations. Pour la PDE 2, cela passe par la posture « *on se met à sa hauteur* ». Pour la PDE 3, rassurer l'enfant et faire en sorte que les soins se passent le mieux possible, passe par la communication. Elle insiste également sur le fait qu'entrer dans l'univers de l'enfant en utilisant les éléments qui l'entourent vont aider. Elle dit : « *en parlant au doudou, on parle indirectement à l'enfant* », et ajoute par la suite « *on*

⁸⁵ HELLIER Eloïse. Adapter sa communication à l'enfant ou à l'adolescent hospitalisé. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, aout 2009, n°249, p.23-24.

n'est pas obligée de parler directement à un enfant pour qu'il comprenne les choses ». Nous pouvons rapprocher ces propos de ceux d'Eloïse HELLIER disant : « *accompagner ces gestes de mots adaptés donne l'occasion à l'enfant de leur conférer un sens juste, ce qui atténue son angoisse* »⁸⁵. La PDE 3 utilise donc la communication afin d'apaiser l'enfant car, comprenant ce qui va se passer il sera rassuré. De plus, elle adapte sa posture à l'enfant. En utilisant un objet transitionnel qui est connu de l'enfant, elle vient d'une part le rassurer car l'enfant se sent moins en insécurité et, d'autre part, elle entre dans l'univers de l'enfant. Elle lui rend « sa place d'enfant ». Cette adaptation de posture vient faire écho aux dires de Margot PHANEUF qui affirmait que le soignant vient « *répondre aux inquiétudes et interrogations de l'enfant ou de l'adolescent dans un contexte compréhensible pour lui* »⁸⁶. Chaque professionnel vient donc adapter sa communication et le fait selon sa manière de fonctionner.

Un autre élément va venir aider à la communication, il s'agit de bien choisir ses mots avec l'enfant. La PDE 1 explique : « *Si tu arrives avec une attitude un peu négative, un peu agressive, l'enfant ne va pas se sentir en sécurité, il ne va pas se sentir protégé et donc la relation à établir avec lui sera plus compliquée* ». Afin de pallier ce risque, elle donne l'exemple de son vécu : quand « *j'entre dans la chambre, je souris, je me présente, je dis pourquoi je viens. J'essaie d'être positive dans tout ce que je dis* » ». La soignante évoque dans ce passage, le fait que la communication positive va permettre la relation, et donc le « prendre soin ». La communication positive est un « *élément pratique du care pédiatrique* »⁸⁷ qu'évoque Bénédicte LOMBART. Dans son article, elle dit qu'il est important « *d'adapter son langage* » et de « *développer une communication « positive* » »⁸⁷.

Dès lors, il ressort de ces entretiens que pour les puéricultrices, la communication est primordiale dans le « prendre soin » de l'enfant, mais que pour qu'elle soit efficace, il va falloir être attentif aux questions : « pour qui » et « comment » l'utilise-t-on ?

Au fur et à mesure des entretiens, on constate qu'à travers la communication, les soignantes vont essayer de rassurer l'enfant, mais également de le comprendre. Pour cela en outre de la communication, deux des puéricultrices évoquent le fait que l'écoute a sa place à part entière dans le « prendre soin » de l'enfant. La PDE 2 considère qu'écouter l'enfant, va

⁸⁶ PHANEUF Margot. Le soin de l'enfant et le jeu, 2013, p.2. 13/04/2020. Disponible sur : <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/10/Le-soin-de-lenfant-et-le-jeu.pdf>

⁸⁷ LOMBART Bénédicte. Le care en pédiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2015, n°122, p.74.

être un moyen pour comprendre l'enfant. Elle dit : « *On essaie de comprendre l'enfant et cela passe par l'observation et l'écoute* ». Elle ajoute toutefois qu'« *On l'écoute et on l'entend, ce qui n'est pas toujours facile car il faut être disponible pour ça* ». L'écoute va donc permettre de comprendre l'enfant, de s'adapter à lui. Toutefois il est nécessaire, pour cela, d'entendre ce que l'enfant dit. On notera l'importance de la disponibilité du soignant dans cette démarche. Cela rejoint l'idée d'Eloïse HELLIER, qui considère l'écoute comme « *un véritable acte de soin qui nécessite du temps, de la disponibilité et donc une reconnaissance et une valorisation* »⁸⁸. De plus, nous pourrions mettre en corrélation l'idée de reconnaissance et de valorisation de cette écoute avec les propos de la PDE 1. Elle dit : « *Si tu les écoutes, bah ça montre que tu t'intéresses à eux, que tu as du temps pour eux, ça permet de leur montrer que ce n'est pas que des « pathologies » mais des personnes humaines* ». L'écoute, comme le décrivent les puéricultrices est donc un soin en soi. Elle va permettre de comprendre l'enfant, donc d'adapter sa communication. De plus, au-delà du fait de permettre à la soignante d'adapter son « prendre soin », elle va redonner à l'enfant sa singularité d'enfant et venir dépasser sa pathologie. On s'intéresse à lui pour lui en tant que personne. La PDE 1 dit : « *C'est l'enfant que l'on met en valeur, en fait* ».

A la relecture des entretiens, on identifie un autre élément qui, lui aussi, va participer à la valorisation de l'enfant. Il s'agit de la distraction. C'est le second thème principal des entretiens. Les trois soignantes l'ont abordé de manière naturelle, sans être guidées par ma personne. Chacune a sa propre façon de fonctionner avec la distraction, mais elles identifient toutes les mêmes conséquences de son utilisation sur l'enfant. La PDE 1 dit généralement préférer « *chanter des comptines* » ou « *écouter la musique* » avec l'enfant lors des soins. La PDE 2 parle, elle, de faire « *des bulles* » ou d'utiliser les « *tablettes* » mises à disposition aux urgences. La PDE 3, comme nous l'avons vu avant, va se servir de l'objet transitionnel, ou des jouets apportés par l'enfant. En utilisant ces pratiques, les puéricultrices vont identifier le rôle sur les douleurs de l'enfant. La PDE 2 dit vouloir « *lui faire penser à autre chose* », et en détournant son attention, la PDE 1, dit que l'enfant ne s'est « *pas rendu compte* » du soin. Cette relation distraction-douleur est également relevée par Bénédicte LOMBART. Elle dit que c'est une « *méthode non médicamenteuse dans la prise en charge de la douleur* »⁸⁹, mais aussi un

⁸⁸ HELLIER Eloïse. Adapter sa communication à l'enfant ou à l'adolescent hospitalisé. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, aout 2009, n°249, p.23-24.

⁸⁹ LOMBART Bénédicte. La distraction lors des soins en pédiatrie, *Cahiers de la puéricultrice*, avril 2010, n°236, p.26.

des « éléments pratiques du care pédiatrique »⁹⁰ : « utiliser les moyens de distraction et de détournement de l'attention »⁸⁸. La distraction pour les soignantes est aussi identifiée comme le moyen d'utiliser le « jeu comme première approche », comme l'a évoqué la PDE 3, mais c'est aussi un moyen « pour qu'il me fasse découvrir une partie de son univers », comme l'exprime la PDE 1. La distraction permet alors d'approcher l'enfant, de le découvrir, de créer un lien. Louise HAMELIN BARBANT et ses collaboratrices écrivent à ce propos qu'elle constitue « une voie privilégiée pour entrer en communication »⁹¹.

Enfin, les professionnelles de santé soulignent le fait que pour elles, utiliser la distraction est un moyen d'entrer dans l'univers de l'enfant, et c'est même un devoir. A la reformulation des idées précédentes, qui était : « Donc si j'ai bien compris, pour toi, c'est à la puéricultrice d'entrer dans l'univers de l'enfant et non pas à l'enfant à s'adapter à l'univers de l'hôpital ? », la PDE 3 répond : « C'est ça, totalement. Je pense que c'est à nous de nous adapter, c'est certain. Et du coup on lui redonne sa place d'enfant ». Cette idée de rejoindre l'univers de l'enfant pour le « prendre soin » est évoquée par plusieurs auteurs, dont Margot PHANEUF. Celle-ci dit qu'il faut « adapter le milieu de soins à l'enfant et non pas l'enfant au milieu »⁹². C'est cette entrée dans l'univers de l'enfant qui va permettre en partie le « prendre soin » de l'enfant. Dès lors, par la multitude de caractéristiques que produit la distraction, elle devient un outil à part entière du « prendre soin » de l'enfant.

Nous pourrions également mettre en exergue, un autre élément, que nous n'avons pas abordé dans notre cadre théorique : il s'agit du toucher. Celui-ci a été abordé lors de notre échange avec la PDE 3. Elle a évoqué le toucher comme étant un outil permettant le « prendre soin ». Pour elle, on peut utiliser le toucher : « il y a beaucoup de gestes parce que les enfants finalement ont besoin d'être rassurés. ». Ces gestes vont être mis en place selon l'enfant, ses besoins, le moment vécu. Ils vont dépendre du professionnel de santé, mais également de la présence, ou non, des parents.

Un autre sujet vient apporter des notions sur la façon du « prendre soin » de l'enfant. Il s'agit des parents. Ils sont omniprésents tout au long du cadre théorique, mais également dans

⁹⁰ LOMBART Bénédicte. Le care en pédiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2015, n°122, p.74.

⁹¹ HAMELIN BRANBANT L., PATENAUDE H., MARCHAND H.. L'expérience de l'humour en soins infirmiers pédiatriques, *Soins pédiatrie-puériculture*, n°263, novembre/décembre 2011, p.41-44.

⁹² PHANEUF Margot. Le soin de l'enfant et le jeu, 2013, p.2. 13/04/2020. Disponible sur : <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/10/Le-soin-de-lenfant-et-le-jeu.pdf>

chaque entretien mené. Sans forcément y prêter attention, les professionnelles de santé nous ont orientés sur l'importance de la présence des parents et de leur rôle de « collaborateur ». La PDE 1 dit « *travailler en collaboration avec eux* ». Pour elle, comme pour les deux autres puéricultrices, ils viennent apporter des informations sur l'enfant, permettent de mieux l'appréhender. Comme nous l'avons vu avec Pascale WANQUET-THIBAUT dans notre cadre théorique, ce sont « *des partenaires de soins* »⁹³ et ils ont une « *meilleure connaissance du développement de leur enfant* »⁹¹. Ils vont aussi avoir un rôle d'apaisement de la situation. Ils sont, comme le rappelle la PDE 3 « *la figure d'attachement* », et « *quand les parents sont plus sereins, ça aide l'enfant* », puisque l'enfant est « une éponge » et va intégrer tout ce qu'il va percevoir, il va l'intégrer. La PDE 3 dit alors que « *si on arrive déjà à rassurer les parents au départ, on a tout gagné avec l'enfant* ». La notion de l'importance de la présence des parents au sein des services fait alors écho aux propos de Bénédicte LOMBART, qui considère comme éléments pratiques du « prendre soin » le fait de « *favoriser la présence des parents* »⁹⁴ à l'hôpital. La présence des parents est donc un avantage pour l'enfant et le professionnel de santé, et il est nécessaire pour le professionnel de santé de « prendre soin » des parents, afin de « prendre soin » de l'enfant. De plus, les parents ont un rôle de collaborateurs dans la prise en charge de leur enfant.

Dans ce contexte, nous pourrions faire écho à un autre type de travail en collaboration, le travail en binôme évoqué par la PDE 1. Pour elle, lorsqu'on l'interroge sur sa pratique et sur les choses utilisées ou à mettre en place dans le « prendre soin », son premier élément de réponse est la « *collaboration avec mon auxiliaire de puériculture, parce que dans mon service on travaille beaucoup en binôme* ». Le travail en collaboration est également évoqué par la PDE 2. Selon elle il permet à sa collègue « de prendre le relais » dans certains cas. Dans cette idée, Margot Phaneuf écrit qu'on « *peut faire plus facilement à plusieurs ce que l'on aurait de la difficulté à effectuer seule* »⁹⁵. La PDE 2 transmet également l'idée, que travailler en binôme permet de « mieux « prendre soin » » de l'enfant, dans l'idée ou un professionnel lors de soins se concentre uniquement sur l'enfant, la distraction, et l'autre soignant s'occupe du soin. Elle dit être en « difficulté » lorsqu'elle « *se retrouve seule* », dans le sens où cela vient compromettre le « prendre soin » de l'enfant.

⁹³ WANQUET-THIBAUT Pascale. L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage. Elsevier Masson SAS, 2015, p.14

⁹⁴ LOMBART Bénédicte. Le care en pédiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2015, n°122, p.74.

⁹⁵ PHANEUF Margot. *Le travail d'équipe auprès des malades : ressource ou souffrance*, 2012, p.1-3.

15/04/2020. Disponible sur : <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2012/11/Le-travail-d-equipe-.pdf>

Dans ce passage, la PDE 2, introduit le dernier thème de notre analyse. Il s'agit des limites au « prendre soin ». Chaque puéricultrice interrogée relève la même limite au « prendre soin ». Celle-ci est le plus souvent en lien avec le temps.

3. Les limites

En effet, nous avons vu auparavant que pour mettre en place la communication, l'écoute ou encore la distraction il fallait du temps auprès de l'enfant. Mais dans la pratique cela n'est pas toujours évident, avec la charge de travail, les urgences, La PDE 1 cite pour exemple : « *Dans certains cas, ils veulent par exemple 5 prises de sang, donc pour 5 enfants en même temps et le plus rapidement possible. Bah en fait non c'est pas possible* ». Elle évoque le fait que cela vient altérer le « prendre soin » de chaque enfant. Dans le cadre théorique, nous avons évoqué que la puéricultrice passait beaucoup de temps auprès de l'enfant mais n'avons pas évoqué la difficulté du temps dans la pratique. Il aurait été pertinent de le souligner.

De plus, un second élément vient perturber le « prendre en soin ». Pour la PDE 3 et la PDE 2, c'est le professionnel lui-même qui, dans certains cas, vient altérer ce « prendre soin ». Cela est en lien avec les émotions du professionnel. La PDE 2 donne l'exemple du : « *On n'est pas dans notre assiette* ». Cette relation entre baisse d'attention au regard de l'enfant et altération du « prendre soin », rappelle les propos de Lise MICHAUX qui affirmait que « *le moindre acte opéré négligemment peut le mettre en péril, le plus apparemment insignifiant manque d'attention peut faire basculer dans le simple accomplissement de tout ce qu'il reste toujours à faire auprès d'une personne soignée ou accompagnée* »⁹⁶. Toutefois, afin de limiter cela, les professionnelles évoquent le fait que lorsque cela leur arrive elles « s'adaptent », et dépassent cela. La PDE 3 dit « *les laisser à la porte de l'hôpital* », « les », sous-entendu, ses problèmes et les émotions qui en résultent, et la PDE 2 dit qu'elle « *passe le relais* ».

On pourrait également identifier comme limite au « prendre soin », même si cela arrive rarement selon la PDE 2, la présence des parents. Elle explique que parfois « *il y a les parents qui sont plus angoissés que les enfants et qui viennent rajouter de l'angoisse au soin, alors que l'enfant et totalement ok avec le soin* », ou que dans certains cas, ils sont tellement angoissés

⁹⁶ MICHAUX Lise. *Prendre soin, Care et Caring : des voies différentes*. Paris : Seli Arslan, 2018. p.85, p.87.

qu'ils sont « *dangereux* » pour leur enfant. Elle dit alors qu'il faut s'adapter à la situation, s'appuyer sur ses collègues, pour limiter les répercussions.

Enfin, la PDE 3 affirme dans son entretien que, certes, il existe des limites ou obstacles au « prendre soin », mais montre aussi qu'il existe une limite du « prendre soin ». Elle s'exprime de la façon suivante : « *il y a aussi des limites à ne pas dépasser dans le « prendre soin* » ». Elle parle alors de l'importance d'une juste distance dans les soins, de la position empathique, sans pour autant la citer. Elle dit : « *il ne faut pas oublier que l'on est des professionnels de santé, on n'est pas des proches, on n'est pas les parents, donc il y a toujours une limite à avoir. Une juste distance* ». Nous avons abordé cette notion avec Anne-Marie MOTTAZ disant : « *Bien que pénétrant dans l'univers d'autrui en pensée, il n'y a pas de confusion entre soi-même et l'autre* »⁹⁷

Ainsi, le « prendre soin » de l'enfant se construit grâce aux éléments que la puéricultrice va mettre en place, en se confrontant à des obstacles, à des limites. On remarque toutefois que depuis le début de l'analyse, que ce soit avec la communication, l'écoute, la distraction, un mot revient régulièrement. C'est le mot adapter. En effet, on constate que pour chaque puéricultrice, l'adaptation est un élément essentiel au « prendre soin » de l'enfant. La PDE 3 l'utilise même à trois reprises dans une phrase : « *Il faut s'adapter au public, s'adapter à la situation, c'est s'adapter.... C'est notre travail, en fait.* ». Elle introduit également dans ses propos la question de l'expérience. Dans le cadre théorique, nous avons évoqué cela avec les dires de Bénédicte LOMBART : il faut « *ajuster sa réponse à la réaction de l'enfant* »⁹². Cette adaptation va permettre le « prendre soin » de l'enfant.

L'enfant est le cœur du métier de la puéricultrice. Tout au long des entretiens on peut souligner, même si cela n'est pas dit mot pour mot, que les puéricultrices mettent en avant l'enfant en tant que personne. Écoutons la PDE 1 : « *je considère en premier l'enfant* ». La PDE 3, elle, dit se dépasser en tant que personne pour cet enfant : « *Je ne suis pas forcément quelqu'un ayant des facilités à prendre dans les bras ou à faire des câlins au gens [...]. Après je m'adapte à l'enfant. [...] Si l'enfant à besoin de ça, bah on va faire en sorte de répondre à son besoin, même si parfois ce n'est pas forcément « nous »* ». Dès lors, l'écoute, la communication, l'entrée dans l'univers de l'enfant, permettent de valoriser l'enfant, de montrer qu'on le considère, que c'est

⁹⁷ FORMARIER Monique. JOVIC Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : 2012. p.42, p.168, p.169.

une personne à part entière et non une « pathologie » que l'on doit soigner. On pourrait rapprocher cela de la citation suivante qui désigne l'importance : « *d'accueillir et de soigner les personnes les plus vulnérables, les considérer comme des sujets, dont la dignité est un fondement* »⁹⁸. La notion de personne humaine est alors introduite. La puéricultrice va s'adapter à l'enfant, à son univers. En faisant cela elle replace l'enfant en tant qu'individu au cœur des soins.

Le « prendre soin » est le cœur du métier de puéricultrice, où l'importance est de soigner l'enfant, mais où l'objectif est de faire pour l'enfant, et non pas pour la pathologie. Le soignant fait passer l'enfant et son bien être avant tout le reste.

4. Conclusion de l'analyse

Ainsi, l'analyse de nos entretiens a montré que le « prendre soin » de l'enfant était une valeur que chaque puéricultrice interrogée partage. Ce « prendre soin » est une attitude qui dépend de la volonté et il existe de nombreuses manières d'y arriver. On peut évoquer également l'importance de la singularité de chaque soignante et de chaque patient, venant moduler les stratégies du « prendre soin ».

Cette analyse avait pour but de valider ou non les hypothèses que nous avons émises à la fin de notre cadre théorique. Nous pouvons alors valider le fait qu'en entrant dans l'univers de l'enfant par le biais de la distraction, la puéricultrice va entrer dans la démarche du « prendre soin ». De plus, nous avons émis l'hypothèse que la posture d'écoute de la puéricultrice est un atout majeur qui va concrétiser le « prendre soin » de l'enfant, puisqu'elle va permettre de lui porter attention et aussi d'entendre ce qu'il a à dire. Nous pouvons valider cette hypothèse. Toutefois, nous pouvons soulever le fait que seules deux puéricultrices ont évoqué cette écoute, en relation avec leur façon de faire, mais aussi avec le contexte dans lequel elles travaillent.

Ainsi, la puéricultrice en tant que professionnelle de l'enfant va s'adapter à la situation et, selon sa personnalité, sa façon de travailler, elle va mettre en place des situations permettant de « prendre soin » de l'enfant.

⁹⁸ FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE. Document officiel : L'accueil des enfants à l'hôpital public, Proposition de la FHF, 2019, p.7. 27/01/2020

Perspectives professionnelles

Ce travail de fin d'étude m'a permis de répondre à la problématique suivante : « En quoi l'adaptation de la posture de la puéricultrice va permettre le « prendre soin » de l'enfant ? »

Dorénavant, avec les recherches et les entretiens que j'ai menés, j'ai appris que le « prendre soin » de l'enfant n'a pas de « mode d'emploi » précis. Il est en constante évolution et dépend de la volonté du soignant, mais aussi de sa personnalité. Chaque puéricultrice entre dans le « prendre soin » de l'enfant à sa manière en utilisant différents « outils » comme la communication, la distraction ou la création d'une relation de confiance. Ceci dépend du rythme de chaque professionnel. De plus, le « prendre soin » ne dépend pas seulement de l'enfant et du soignant. Il inclut de nombreux facteurs environnementaux, la famille et les autres professionnels de santé qui interagissent avec eux. Après la construction de ce projet professionnel, je peux maintenant relire mon constat de départ avec un regard différent et en faire une nouvelle analyse. Cette nouvelle lecture permettrait d'identifier : la création d'une relation de confiance, le fait d'inclure l'univers de Pierre dans les soins, la posture d'écoute, et également l'importance de la notion de temps passé avec lui.

Ces mois de lectures et de questionnement m'ont permis d'élargir ma vision des soins et de mieux assimiler la différence entre « le soin » et « des soins ». L'idée de départ de ce mémoire était de mettre en avant les bienfaits de la distraction. Tout le travail d'analyse et de questionnement autour de l'écriture de mon constat de départ m'a permis de comprendre l'importance de la place du « prendre soin ». Ce travail a permis de souligner l'importance de « *mettre plus de soins dans les soins* »⁹⁹. L'écriture de ce travail m'a également permis de renforcer mon souhait de devenir puéricultrice car la notion d'humain, le souhait de rentrer dans l'univers de l'enfant et de faire en sorte que ce soit l'univers de l'hôpital qui s'adapte à lui et non l'inverse, afin de pouvoir « prendre soin » de lui, est l'une de mes convictions principales.

De plus, j'ai apprécié écrire, étudier et de me questionner sans cesse sur les autres directions que pouvait prendre mon sujet. Le fait d'écrire la continuité de mon travail de fin d'étude d'infirmière est pour moi une fierté. La rédaction de ce sujet m'a fait grandir, et m'as aussi permis de m'enrichir des multiples conversations autour du « prendre soin » de l'enfant,

⁹⁹ ARSLAN, S., HESBEEN, W. Soins(s), perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 19.

mais également des diverses observations que j'ai pu faire sur le « prendre soin » de l'enfant lors de mon stage en hématologie pédiatrique. La construction de ce mémoire durant cette année m'a aussi permis d'apprécier différemment les stages que j'ai effectués, je remarque qu'aujourd'hui mon regard et ma façon de travailler ont changé.

Conclusion

Afin de conclure ce travail de fin d'étude, je citerai le docteur Patch, dans le film le docteur Patch. Il dit : « *On traite une maladie, on perd, on gagne. On traite une personne, on gagne quelle que soit la façon dont ça se termine* ». ¹⁰⁰

Ce travail a démontré que le « prendre soin » de l'enfant et le cœur de métier de l'infirmière puéricultrice. En entrant dans cette démarche de « prendre soin », celle-ci s'engage de manière pleine et entière, à tout mettre en place pour que l'enfant soit le mieux possible. Elle considère avant tout l'Enfant, et non la pathologie. Pour cela, la puéricultrice peut compter sur les « partenaires » de soins avec qui l'enfant et en lien, et qui contribuent également au « prendre soin » de l'enfant. Ils sont les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les médecins, les internes, et bien d'autres. En effet, nous avons vu l'intérêt que portent les soignants à s'adapter à l'enfant. Pour cela, ils vont entrer dans l'univers de l'enfant, en proposant des jeux, des décorations de chambres et de services, et beaucoup d'autres éléments. Tout cela en ayant pour l'objectif suivant : c'est à l'hôpital de s'adapter à l'enfant et non pas le contraire. Afin d'y parvenir, les professionnels de santé ont l'opportunité de faire appel à des associations dédiés aux envies, aux besoins ludiques, aux besoins de « rêver » des enfants.

De plus, afin de « prendre soin » de l'enfant, la puéricultrice va également s'appuyer sur les nombreuses capacités, qu'elle acquière au fur et à mesure de sa formation, de ses expériences sur le terrain, mais elle utilise aussi certains aspects de sa personnalité. Elle doit également faire face à certaines limites aux « prendre soin » qui viennent de facteurs environnementaux, mais également du soignant lui-même, comme l'on abordé les professionnelles de santé que nous avons interrogées.

Toute puéricultrice se retrouve confrontée à ses émotions au cours de sa carrière professionnelle. Il serait donc intéressant de poursuivre ce projet professionnel en abordant les émotions des soignants et le « prendre soin » de l'enfant.

¹⁰⁰ SHADYAC Tom, WILLIAMS Robin. Docteur Patch, 1998, Etats-Unis, Universal Pictures.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGE

ARSLAN Seli., HESBEEN Walter. *Soin(s), Perspectives éthiques : des pratiques de soins au prendre soin*. Paris : Séli Arslan, 2015, p. 19.

BIOY A., BOURGEOIS F., NEGRE I. *Communication soignant-soigné, repère et pratiques*, 2^e édition. Peronnas : Ed. Bréal, 2009, p. 15-25.

FORMARIER Monique. JOVIC Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : 2009. 290p.

HESBEEN Walter. *Humanisme soignant et soins infirmiers : «Un art singulier »*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2017. 166p.

HESBEEN Walter. *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1997, p. 1-40.

LOMBART Bénédicte. *Les soins pédiatriques : Faire face au refus de l'enfant*. Paris : Seli Arslan, 2016, 222p.

MANOUKIAN Alexandre. *La relation soignant-soigné*, 4^e édition. Wilco (Pays-Bas) : Ed. Lamarre, 2014, p.3-70.

MARMILLOUD Laure. *Donner vie à la relation de soin : Expérience pratique et enjeux éthiques la réciprocité*, Paris : Ed. Eres, 2019, 264p.

MICHAUX Lise. *Les mots du prendre soin : Définitions, points de veille et question de réflexion*. Paris : Seli Arslan, 2017, 183p.

MICHAUX Lise. *Prendre soin, Care et Caring : des voies différentes*. Paris : Seli Arslan, 2018. 187p.

SELLENET Catherine. *Les puéricultrices au cœur de l'enfance*. Revigny-sur-Ornain : Homme et perspectives/Martin Media, 2002. Partie 4, Le champs des pratiques, p210-212.

PAILLARD Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*. 3^e édition. Paris : Setes, 2016, p. 224-225.

PHILIPPON Serge. *Le juste soin : Bien prendre soin ensemble dans le respect des singularités*. Paris : Seli Arslan, 2017, 157p.

WANQUET-THIBAUT Pascale. *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS, 2015, p.9-19

REVUES :

BILLOT Françoise. Les méthodes distractives, *Cahiers de la puéricultrice*, mars 2012, n°255, p.9-25.

DE SAINT SAUVEUR Colette. DUVERDIER Chantal. Infirmière puéricultrice, une profession en pleine évolution. *Soins pédiatrie-puériculture*, octobre 2008, n°244, p.31-34.

GERY Yves. Entretien avec Marc AVELOT issu du dossier : promouvoir la santé. *La santé en action*, juin 2013, n°424, p.41-43.

HAMELIN BRANBANT L., PATENAUDE H., MARCHAND H., L'expérience de l'humour en soins infirmiers pédiatriques, *Soins pédiatrie-puériculture*, novembre/décembre 2011, n°263, p.41-44.

HELLIER Eloïse. Adapter sa communication à l'enfant ou à l'adolescent hospitalisé. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, août 2009, n°249, p.23-24.

HESBEEN Walter. Le caring est-il prendre soin ? *Perspective soignante*, 1999, n°4, p.1-20.

LOMBART Bénédicte. La distraction lors des soins en pédiatrie, *Cahiers de la puéricultrice*, avril 2010, n°236, p.26-28.

LOMBART Bénédicte. Le care en pédiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2015, n°122, p.67-76.

POMBET Thibaud. Un espace de loisir à l'hôpital, entre la promotion de la bienveillance et régulation de la générosité. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 2014, vol. 47, n°3, p.41-61.

SUREAU Patrick. De la confiance dans la relation de soin, *Soins*, avril 2018, n°824, p.44-46.

VIGIL-RIPOCHE Marie-André. Prendre soin entre sollicitude et nécessité. *Recherche en soins infirmiers*, décembre 2011, n°107, p.6.

TEXTE LEGISLATIF :

Référentiel d'Activité profession infirmier, France : Ed. Berger Levrault, 2015, p.197

DOCUMENTS ELECTRONIQUES :

AUTEUR INCONNU. L'hôpital et l'enfant : l'hôpital autrement ? *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2005, n° 18, p.89-98, consulté le : 11/01/2020. Disponible sur : <https://www-em-premium-com.ezproxy.univ catholille.fr/article/30125/resultatrecherche/2>

ARMENGAUD André. L'attitude de la société à l'égard de l'enfant au XIXe siècle, *Annales de démographie historique* 1973 : enfant et société, 1973, p.303-312. Consulté le : 22/01/2020
Disponible sur :
https://www.persee.fr/doc/adh_00662062_1973_num_1973_1_1197?q=attitude+de+la+soci%C3%A9t%C3%A9

CASSAGNE Christophe. Spécialité de la puériculture : Historique de la profession, 2010. Consulté le 23/03/2020. Disponible sur : <https://www.anpde.asso.fr/la-profession>

COHEN-SALMON Didier, Et l'accueil de l'enfant à l'hôpital, Spiral, 2008, n°48, p.101-109. Consulté le 16/01/2020. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-4-page-101.htm>

DOCUMENT OFFICIEL UNAF. Chapitre 2 : Prendre en compte la spécificité de l'enfant malade : la Charte de l'enfant hospitalisé. *Les chartres dans le domaine de la santé*. 2007, p.18-20, consulté le : 22/01/2020. Disponible sur : https://www.unaf.fr/IMG/pdf/Chartes_sante.pdf

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE. Document officiel : L'accueil des enfants à l'hôpital public, Proposition de la FHF, 2019, p.12-20. Consulté le : 27/01/2020
Disponible sur : <https://www.fhf.fr/Offre-de-soins-Qualite/Organisation-de-l-offre-de-soins/L-accueil-des-enfants-a-l-hopital-public>

HAUTE AUTORITE DE SANTE. Article HAS : Communiquer – Impliquer le patient, 27 novembre 2017. Consulté le : 04/04/2020.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1660975/fr/communiquer-impliquer-le-patient

ORIoT D. CANOUI P. le travail en équipe : l'interdisciplinarité, réseau Francophone de soins palliatifs pédiatriques, 2019. Consulté le : 15/04/2020.
Disponible sur : <https://www.pediatriepalliative.org/le-travail-en-equipe-linterdisciplinarite/>

PHANEUF Margot. Le soin de l'enfant et le jeu, 2013, 19p. Consulté le : 13/04/2020.
Disponible sur : <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/10/Le-soin-de-lenfant-et-le-jeu.pdf>

PHANEUF Margot. *Le travail d'équipe auprès des malades : ressource ou souffrance*, Novembre 2012, 16p. Consulté le : 15/04/2020.
Disponible sur : <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/11/Le-travail-d-equipe-.pdf>

THIBAUT Pascale. LOMBART Bénédicte. *Utilisation des méthodes de distraction pour la prévention des douleurs provoquées chez l'enfant*, octobre 2019, consulté le 12/01/2020

Disponible sur :

<https://pediadol.org/utilisation-des-methodes-de-distraction-pour-la-prevention-des-douleurs-provoquees-chez-lenfant/>

THIZY Carole, « Jusqu'à la mort accompagner la vie », juin 2013, n°113, p.47-53. Consulté le : 13/04/2020. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2013-2-page-47.htm>

PRESENTATION :

PHANEUF Margot, présentation « *La communication et la relation soignant-soigné. Vers l'utilisation thérapeutique de soi partie 1* », 2012, 97 diaporamas. Consulté le 10/04/2020.

Disponible sur : http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/01/1ePartie_.pdf

PHOTOGRAPHIE :

Image sur la première de couverture : issu de l'article : « *Mes kilomètres, les sourires des enfants malades !* », par Le rire médecin.

Disponible sur : <https://www.leriremedecin.org/nos-actualites/actualites-rire-medecin/comites-de-soutien/2-le-rire-medecin/355-mes-kilometres-les-sourires-des-enfants-malades.html>

FILM :

SHADYAC Tom, WILLIAMS Robin. Docteur Patch, 1998, Etats-Unis, Universal Pictures.

ANNEXE 1

Illustration de la relation soignant-soigné

Première de couverture du livre de Margot Phaneuf : *La relation soignant soigné, rencontre et accompagnement*, mai 2011, Ed : CHENELIERE.

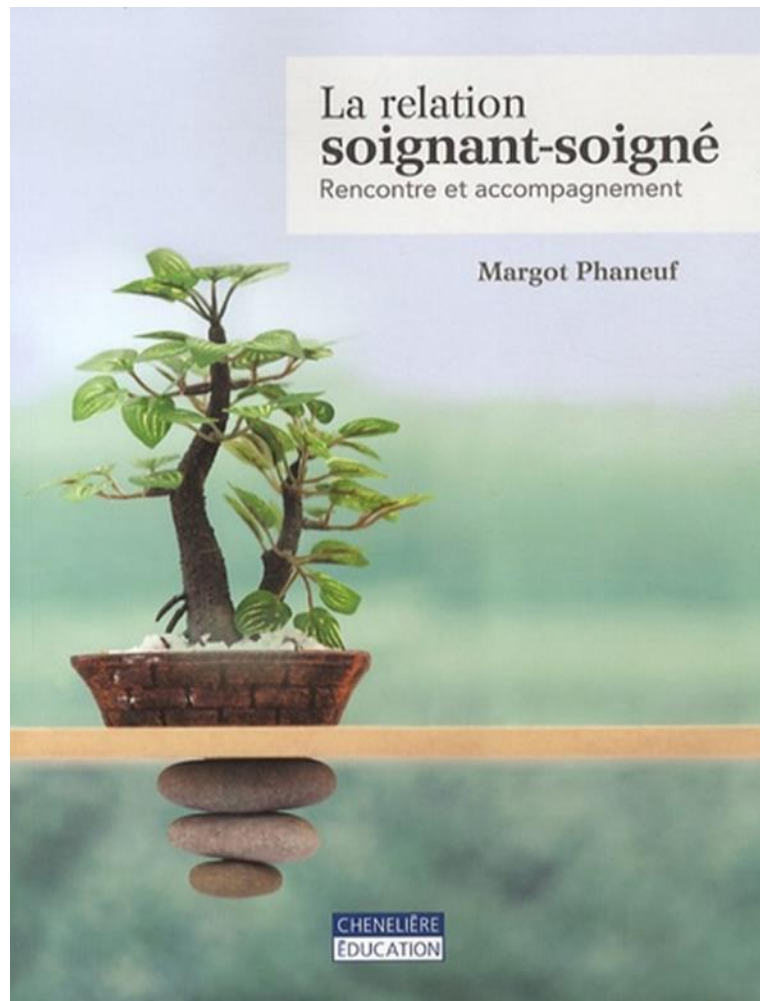


Image disponible sur :

https://www.renaud-bray.com/Livres_Produit.aspx?id=1172992&def=Relation+soignant-soign%C3%A9+Rencontre+et...,PHANEUF,+MARGOT,9782765025023

ANNEXE 2

Grille d'entretien semi-directif

Question 1

Pouvez-vous présenter votre parcours professionnel ?

Question de relance : Depuis combien de temps travaillez-vous ? En quelle année avez-vous été diplômé ? Avez-vous travaillé dans différents services ? Si oui, lesquels ?

Objectifs : Instaurer la discussion, connaître le parcours professionnel de santé, créer un climat de confiance.

Question 2

Quel âge ont les patients que l'on retrouve dans votre service, et dans quelles circonstances y sont-ils entrés ?

Questions de relance : Quel type de pathologies ? Sont-ils entrés en urgence ou de manière programmés? Leurs parents sont-ils présents?

Objectifs : Cibler le type de patient avec qui le soignant est en relation, afin de mettre en lien le « prendre soin ».

Question 3

Pour vous que représente « l'accueil de l'enfant à l'hôpital ? Pourriez-vous raconter comment cet accueil se passe dans votre service ?

Objectifs : Connaître l'idée que se fait le professionnel de santé de la place réservée à l'enfant hospitalisé, identifier si l'accueil de l'enfant est perçu juste comme pratique (présence physique), ou s'il englobe plusieurs notions, dont tout ce qui est en rapport avec le relationnel.

Question 4

Pour vous, quels sont les éléments essentiels que va utiliser/mettre en place la puéricultrice, afin de « prendre soin » de l'enfant ?

Question de relance : Pouvez-vous définir leur objectifs ?

Pouvez-vous me raconter une situation dans votre pratique professionnelle qui illustre cela ?

Objectifs : Identifier les principaux éléments permettant le « prendre soin » de l'enfant. Est-ce que celui-ci s'appuie uniquement sur de la théorie, ou inclut une partie relationnelle ?

Objectifs : Laisser la parole au soignant afin qu'il puisse illustrer ses propos précédents, ou apporte de nouvelles notions au contenu.

Question 5 :

Quelles sont vos limites au « prendre soin » de l'enfant ? Y avez-vous déjà été confronté ?

Question de relance : Selon vous, comment peut-on faire face à cela ?

Objectifs : Identifier les limites ou les freins qui existent pour le « prendre soin » pédiatrique, et répertorier les points clés pour le professionnel de santé.

Question 6 :

Avez-vous quelque chose à ajouter ? Quelque chose que nous n'avons pas évoqué et qui vous semble important ?

Objectifs : Question ouverte qui va permettre au soignant d'exprimer des éléments importants que nous n'aurions pas évoqués auparavant.

ANNEXE 3

Retranscription d'un entretien

Entretien téléphonique réalisé avec la PDE 3,
Le 18/04/2020 à 21h30, durée de 17 minutes.

Eléments en gras : Question initiale de la grille d'entretien.

Eléments en gras et en italique : Question de relance.

Début de l'entretien

Pouvez-vous présenter votre parcours professionnel ?

« Donc bah moi, j'ai 36 ans, j'ai commencé en tant qu'infirmière en 2005, j'ai travaillé auprès des personnes handicapées, après j'ai travaillé dans un hôpital de la métropole lilloise en 2006, j'ai commencé à travailler dans le pool général de l'hôpital puis j'ai intégré le pool de la pédiatrie. J'ai fait les urgences pédiatriques au départ, après en 2007, j'ai postulé en chirurgie pédiatrique, ça fait 13 ans que j'y suis. Donc au départ en tant qu'infirmière et en 2012, je suis partie à l'école de puéricultrice. Donc, depuis 2012, je suis puéricultrice. J'ai fait beaucoup de choses, mais c'était mon objectif finalement quand je suis sortie de l'école d'infirmière, soit je voulais travailler en pédiatrie, soit je voulais plus travailler en tant qu'IADE. Je voulais faire les urgences, le SMUR, donc mes premières années, je trouvais que c'était intéressant d'aller voir d'autres façons de travailler, un peu tous les services, les spécialités et finalement quand j'ai rencontré euh les urgences pédiatriques et la chirurgie pédiatrique, l'équipe m'a plus, le travail m'a plus et puis j'avais trouvé ma voie quoi ».

Quel âge ont les patients que l'on retrouve dans votre service, et quels circonstances y sont-ils entrés ?

« Alors nous, à la base on été un service de chirurgie, fin ça fait bien 5-6 ans de mémoire et on avait du mal pour la chirurgie à remplir nos lits, donc on accueille aussi de la médecine maintenant. Donc on a une partie chirurgie et une partie médecine. Par contre nombre de lits n'est pas définis. Par contre on fait de la médecine plutôt simple. Les enfants chroniques ou plus compliqués vont dans un autre étage. Nous, c'est plutôt des gastros, des pyélos, etc ».

Donc on peut dire que c'est plutôt des enfants qui n'ont pas l'habitude de l'hôpital ?

« Pour la médecine oui du coup. Donc c'est des enfants qui rentrent par les urgences. Après ça peut arriver que l'on face des entrée direct de consultation, après ça vient chez nous. Mais ce n'est pas le principal. Après, on a le côté chirurgie où on fonctionne d'une part par les urgences et d'autre part par les urgences qui sont programmés. Et on sait que l'on va se spécialiser un peu dans l'ambulatorio par la suite ».

D'accord, et est-ce que les parents sont toujours présents auprès de l'enfant ?

« Alors, toujours non. Euh... Disons que c'est un sujet qui nous intéresse pas mal. Alors est-ce que c'est la population qui veut ça ? Parce que nous on a quand même des parents qui ont déjà plusieurs enfants, c'est une population pas isolée, mais avec des familles qui sont restées au pays. Et eu voilà... Donc, parfois des familles un peu isolées, ou avec des enfants. Donc on a un peu des deux. Des enfants qui sont accompagnés et des enfants qui sont accompagnés. Mais en majorité, mais je trouve qu'ils y a pas mal de parents qui reste. Y a toujours un des parents qui est là quoi ».

Pour vous que représente « l'accueil de l'enfant à l'hôpital » ? Pourriez-vous raconter comment cet accueil se passe-t-il dans votre service ?

L'accueil à l'hôpital ou dans le service ? Parce que ce n'est pas pareil selon les services. (Rire)

À l'hôpital et dans le service.

Alors, ça dépend vraiment du service dans lequel on se trouve. La chance que j'ai, c'est que j'ai fait un peu de tout. (Rire). Donc, en consultation, l'accueil est différent parce que l'enfant s'est

déjà pourquoi il est là, et qu'il va rentrer chez lui derrière. Il sait que ça ne va pas prendre « beaucoup de temps ». Fin, il sait déjà à quoi s'attendre en gros parce que les parents lui ont un peu expliqué. L'accueil se fait donc plutôt facilement et dans un court temps quand même en consultation.

Aux urgences, bah, disons que l'accueil, c'est dans l'urgence. L'enfant, il ne sait pas très bien pourquoi il est là, il doit faire avec le stress de ses parents, son propre stress. Donc, là, on a plutôt un rôle un peu plus difficile, j'ai envie de dire eu parce que c'est pareil, c'est toujours dans un laps de temps et du coup bah, il faut essayer de cibler au plus vite comment fonctionne l'enfant, on ne peut pas tous les approcher de la même façon. Après ce qui est intéressant, c'est de savoir si l'enfant a déjà un passif avec l'hôpital, ça a une sacrée importance. Après ça dépend de l'âge de l'enfant. L'accueil ne va pas se faire de la même façon si c'est un bébé, un adolescent ou même un enfant qui s'est parler en fait. Les accueils sont totalement différents et ça dans tous les services.

Et après, il y a les accueils dans les services comme nous. Alors après, c'est pareil entre le programmer, et les enfants qui passent par les urgences. Donc pour les enfants qui viennent des urgences, l'accueil dépend déjà de l'accueil qu'il a reçu aux urgences, ça joue déjà une première part. Donc on est plusieurs à jouer un rôle dans l'accueil de cet enfant à l'hôpital. Et nous bah, c'est la rassurer énormément, c'est... Euh, moi, je n'hésite pas déjà, à bien leur expliquer et généralement y a rien à cacher à un enfant, parce que je pense que on a rien à y gagner déjà et puis il faut toujours, toujours investir les parents. Quand les parents sont plus sereins ça aide déjà les enfants, donc si on arrive déjà à rassurer les parents au départ on a tout gagné avec l'enfant. Parce qu'il ne faut pas oublier que pour l'enfant, c'est leur figure d'attachement et finalement ça joue un rôle primordial. S'ils voient leurs parents rassurés, on peut déjà plus facilement les approcher.

Et puis après, il y a les enfants qui sont programmés. Donc j'ai envie de dire là l'accueil s'est déjà joué en amont par mes collègues et nous, on a aussi le rôle de poursuivre, et de lui expliquer, même si ça a déjà été expliqué en bas de le mettre plus à l'aise et puis voilà. Donc j'ai envie de dire là l'accueil s'est déjà joué en amont par mes collègues et nous, on a aussi le rôle de poursuivre, et de lui expliquer, même si ça a déjà été expliqué en bas de le mettre plus à l'aise et puis voilà. Après, je pense que l'on est tous d'accord pour dire qu'accueillir un enfant, c'est déjà l'accueillir lui, mais également et surtout accueillir ses parents. C'est euh... Bah déjà,

s'occuper des parents et après, il y a la part de l'enfant ou l'accueillir, c'est déjà rentrer en contact avec lui. Fin... Je dirais que l'accueil ce n'est pas seulement dire bonjour et mettre l'enfant et ses parents en chambre. Ça va plus loin que ça. Ça fait partie de l'accompagnement. Oui, c'est ça, de l'accompagnement de l'enfant, de sa famille. C'est déjà un « soin » en soit. Et pour ce premier contact, pour rentrer en contact avec l'enfant, on fonctionne tous de façon différentes. Certains utilisent le jeu, certain juste en s'intéressant à leur vie. Par exemple moi, parfois, je leur parle de leurs vacances, et parfois, ils sont surpris, je me souviens d'un petit garçon, j'étais à sa hauteur, et je lui ai demandé où s'était passé ses dernières vacances, et là, j'ai vu dans son regard que quelque chose changeait. Moi, j'entre en contact avec eux comme ça. Fin voilà, c'est l'entrée en contact, le début de la relation. C'est essayé de voir comment l'enfant fonctionne. Généralement, on arrive avec, j'ai envie de dire, et avec l'expérience on y arrive un peu mieux ». (Silence).

Du coup, pour vous, quels sont les éléments essentiels que va utiliser/mettre en place la puéricultrice, afin de « prendre soin » de l'enfant ? Lorsque que l'on est avec lui ?

Alors quand on est auprès de l'enfant, je pense qu'il y a déjà les bases. Fin, je pense qu'on n'est pas obligé d'être puéricultrice pour savoir ça. Il faut d'abord se présenter, lui dire qui on est, pourquoi on est là, pourquoi lui, il est là. En fait communiquer. Et puis après en tant que puéricultrice ce qui aide, c'est de savoir en fonction de l'âge savoir ses besoins, ses réactions, et après, moi je trouve qu'il y a aussi l'expérience. Fin, moi les infirmières dans mon services qui sont là depuis longtemps elles savent toutes aussi bien avec leur expérience entrer en contact avec ses enfants là.

Et généralement ce qui est bien utile, c'est le doudou. On s'en sert quand même pas mal aussi. Parce qu'en parlant ou doudou, on parle indirectement à l'enfant. Après y a beaucoup de geste parce que les enfants, finalement, ont besoin d'être rassuré. Euh.. Par le toucher, fin, je pense que les adultes sont aussi sensibles à cela, mis les enfants encore plus. Ce qui est génial avec les enfants que l'on ne peut pas faire avec les adultes, c'est qu'on peut instaurer une relation de proximité, ce qu'on ne pourra pas faire de la même façon chez l'adulte. Attention tout en sachant mettre nos distances aussi.

Et puis aussi, il faut toujours inclure les parents. Des fois, on n'est pas obligé de parler directement à un enfant pour qu'il comprenne les choses. Ce qui est différent de chez

l'adulte. On peut se servir des personnes autour de lui, de l'environnement, par le jeu aussi, on peut expliquer les choses.

Donc si j'ai bien compris pour vousi, c'est à la puéricultrice d'entrée dans l'univers de l'enfant et non pas à l'enfant à s'adapter à l'univers de l'hôpital ?

C'est ça, totalement. Je pense que c'est à nous de nous adapter, c'est certain. Et du coup, on lui redonne sa place d'enfant. Après en tant que soignant, c'est un peu ce qu'on doit faire au quotidien, je pense. Il faut s'adapter au publique, s'adapter à la situation, c'est s'adapter.... C'est notre travail en fait, enfin ça fait partie de notre euh ... De s'adapter à chaque fois et si on a prévu de faire comme ça et... Parce qu'avec les enfants, il faut le savoir ça se passe rarement comme on en a envie (Rire). Donc il faut toujours, toujours, toujours adapter. Donc généralement ce qu'on a acquis la vielle... (Rire). Non ça ce n'est pas vrai parce qu'une fois qu'on a mis en place une relation, ça, ça reste. Si on ne brise pas sa confiance, on a tout gagné en fait. C'est pour cela que l'accueil chez l'enfant il est plus qu'important.

Et pourriez-vous raconter une expérience que vous avez eue avec un enfant, où vous avez due vous adapter ?

Euh, c'est un peu compliqué comme ça à raconter, fin après ça dépend vraiment de la situation, et des limites de chacun.

Puisque vous abordez la question, pour vous quels sont vos limites au « prendre soin » de l'enfant ?

Euh.. On a forcément des limites. Ça peut être des moments ou on a des problèmes personnels tout cela, mais moi, j'essaie de les laisser à la porte de l'hôpital quoi. Après, pour l'enfant il y a des limites au « prendre soin » qui viennent altérer ce prendre soin, mais il y a aussi des limites à ne pas dépasser dans le « prendre soin ». Il ne faut pas oublier que l'on est des professionnels de santé, on n'est pas des proches, on n'est pas les parents, donc il y a toujours une limite à avoir. Une juste distance. Après, je m'adapte quoi. Ça dépend aussi de la personne soignante, on est tous différents les uns des autres.

Je ne suis pas forcément quelqu'un des faciliter à prendre dans les bras ou à faire des câlins au gens, en règle générale, fin je ne dis pas que je ne sais pas faire un câlin à un enfant, c'est pas du tout ça. Mais ce n'est pas le premier truc qui va se passer. Après, je m'adapte à l'enfant, par exemple, la fois dernière, il y avait une petite fille de 3 ans qui était toute seule, et sur ma nuit, j'ai eu du temps alors on s'est mises dans un fauteuil, et on a fait un câlin, c'était ce qu'elle avait besoin. Moi, je pense que les limites sont propres à chaque professionnel de santé et à chaque enfant. Je pense qu'il faut savoir appréhender l'autre. Euh... Moi après ma limite, c'est ça, elle s'arrête à la porte de l'hôpital. Après à l'hôpital si l'enfant à besoin de ça, bah, on va faire en sorte de répondre à son besoin, même si parfois ce n'est pas forcément nous.

On s'adapte à tout quoi. Après, je pense que c'est un métier de cœur. Tout le monde ne peut pas travailler auprès de l'enfant. Fin même infirmier, et travailler auprès de l'être humain forcément, c'est un métier de cœur, je crois que l'enfant, c'est un peu comme la personne âgée, il y a des liens différents parce qu'il y a aussi des besoins particuliers. Les enfants sont à nos yeux fragiles et dépendants, donc on répond à cela aussi.

Avez-vous quelque chose à ajouter ? Quelque chose que nous n'avons pas évoqué et qui vous semble important ?

Non, je pense que j'ai fait le tour de la question et que j'ai répondu avec mon cœur. (Sourire).

Fin de l'entretien