



HAL
open science

L'art de la communication dans la relation d'aide en pédiatrie

Vanessa Montagud

► **To cite this version:**

Vanessa Montagud. L'art de la communication dans la relation d'aide en pédiatrie. Pédiatrie. 2020.
dumas-03182205

HAL Id: dumas-03182205

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03182205v1>

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.



MONTAGUD Vanessa

Promotion 2019/2020

Projet professionnel

L'art de la communication dans la relation d'aide en pédiatrie

Ecole de puéricultrices

IFsanté Lomme

Remerciements

La réalisation de ce projet professionnel a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

A Madame CATRICE, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Aux puéricultrices, qui ont pris de leur temps personnel pour réaliser mes entretiens malgré un contexte sanitaire particulier.

A mon père, qui en plus d'avoir pris le temps de relire ce travail, a toujours cru en moi, m'a toujours épaulée et valorisée.

A Tiffany, qui d'elle-même m'a proposé une relecture de ce travail pour un regard frais.

A ma meilleure amie, Laura, qui m'a toujours soutenue, et qui m'a encouragée dans cette voie.

Enfin, je remercie mes amies, sans qui les révisions de cette année n'auraient pas eu autant de saveurs, de douceurs et d'entrain.

Table des matières

Remerciements

Introduction.....	1
I. Constat / Situation de départ	2
II. Question de départ.....	6
III. Cadre contextuel	7
a. Les origines des services de pédiatrie.....	7
b. Qu'est-ce qu'une puéricultrice ?	10
c. Définition de l'Enfant	12
d. Les parents	14
IV. Cadre conceptuel	17
a. Communication.....	17
b. Relation d'aide.....	20
V. Problématique de recherche.....	23
a. Réévaluation de la question de départ	23
b. Hypothèses.....	23
VI. Grille d'entretien.....	24
VII. Analyse des entretiens	25
a. Choix de population	25

b. Réalisation des entretiens	26
c. Résultats des entretiens	27
d. Synthèse des hypothèses	32
VIII. Perspectives professionnelles	33
Conclusion	34

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE 1

ANNEXE 2

ANNEXE 3

Introduction

Deux millions, ce chiffre représente le nombre d'enfants de moins de 18 ans hospitalisés en France en 2018 d'après l'Agence Régionale de Santé, soit 132 pour 1000 enfants de moins de 18 ans. Pour autant chaque enfant étant unique, chaque relation avec un seul et même enfant sera unique également, ce qui fait un nombre de possibilités exponentielles. Chaque individu ayant son propre vécu, ses expériences, ses émotions, son entourage, sa manière d'être en communication avec l'autre, toute relation entre deux individus sera singulière.

« Entre Ce que je pense, Ce que je veux dire, Ce que je crois dire, Ce que je dis, Ce que vous avez envie d'entendre, Ce que vous entendez, Ce que vous comprenez... il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même... » cette citation de Bernard WERBER, écrivain français, démontre bien toute l'étendue des possibilités de communication mais également les difficultés de le faire.

Dans ce projet professionnel nous allons dans un premier temps, exposer un constat à partir d'une situation rencontrée. Dans un deuxième temps, nous allons explorer le cadre théorique découlant de ce constat. Puis, dans un troisième temps, nous allons examiner les résultats de l'enquête effectuée en rapport avec le cadre théorique. Enfin, dans un dernier temps, nous apporterons une conclusion à ce projet professionnel.

I. Constat / Situation de départ

Ma situation de départ est liée à ma pratique professionnelle.

L'hôpital dans lequel je travaillais bénéficie d'un pôle Femme-Mère-Enfant, comprenant différents services : les urgences gynécologiques, la gynécologie, le bloc obstétrical, la néonatalogie et les soins intensifs de néonatalogie, la maternité, l'unité kangourou, la chirurgie infantile, la pédiatrie générale et l'unité de soins continus pédiatriques. Les urgences pédiatriques sont situées dans un autre bâtiment et sont rattachées aux urgences adultes.

Au sein du service de pédiatrie et de soins continus pédiatriques nous sommes amenées, au cours de nos postes et en fonction des besoins des différents services, notamment pendant la période estivale, à aller travailler dans d'autres services du pôle. Afin de répartir au mieux les agents en fonction de leurs expériences et de leurs compétences, lors de l'évaluation annuelle avec la cadre du service, nous émettons des choix quant aux services dans lesquels nous pourrions être amenées à effectuer des remplacements. Les urgences pédiatriques faisant partie d'un autre pôle, aucun remplacement n'est possible dans ce service malgré la demande de plusieurs professionnelles de pédiatrie. De plus, concernant le personnel des urgences pédiatriques, les infirmiers ne sont pas spécifiquement attribués aux urgences pédiatriques mais aux urgences dans leur globalité et donc alternent entre les urgences adultes et les urgences pédiatriques, hormis une infirmière puéricultrice.

Le pôle propose diverses formations, telles que l'hypno analgésie ou l'évaluation de la douleur et sa prise en charge, m'ont permis d'être sensibilisée au discours auprès de l'enfant et de son importance. Je m'emploie à éviter l'utilisation de double négation lors de ma prise en charge. Je veille également à adapter mon vocabulaire, mes termes, utilisés lorsque je m'adresse à l'enfant tel que l'adjectif « petit » et j'essaie d'y sensibiliser mes collègues car cela revêt une importance pour moi de par ma sensibilisation au cours de formations. Lorsque j'encadre un étudiant, je fais en sorte que le vocabulaire de celui-ci ne soit pas réducteur, qu'il ne minimise pas ce qui va être fait. Ce qui est « petit » pour une personne ne le sera pas forcément pour une autre, chacun de nous a ses propres ressentis, qu'il faut savoir considérer.

La situation se déroule en service de pédiatrie pendant la période estivale, qui voit sa capacité de lits diminuée de 34 à 18 lits. L'effectif infirmier est de 2 pour les 18 lits, avec un effectif total de 21 infirmiers dont une puéricultrice.

J'ai travaillé en tant qu'infirmière en pédiatrie générale pendant six ans, soit depuis l'obtention de mon diplôme d'état, dans un projet de spécialisation pour être puéricultrice. J'étais en remplacement en service de néonatalogie, à ma demande, ce jour-là. J'ai été appelée dans l'après-midi par une de mes collègues, qui me jugeait compétente, pour venir pratiquer un soin dans mon service d'origine.

A mon arrivée dans ledit service, ma collègue me présente le contexte. Il s'agit d'un premier enfant âgé de 12 mois, légèrement potelé, arrivé des urgences pédiatriques de l'hôpital, quelques heures auparavant. Les parents de cet enfant ont consulté les urgences suite à une hyperthermie prolongée ne cédant pas à l'administration d'un antipyrétique, ainsi qu'une diminution de l'alimentation, avec une hydratation maintenue. Lors de sa prise en charge par le service des urgences, le pédiatre a demandé la réalisation d'un prélèvement sanguin, ce que l'infirmière des urgences, seule en poste, a essayé de réaliser à trois reprises.

Un protocole a été établi à la demande du service de pédiatrie suite au constat de nombreux essais et échecs du même soin aux urgences, une atteinte du capital veineux et les difficultés rencontrées par les infirmiers des urgences. Suivant le protocole établi entre le service des urgences pédiatriques et le service de pédiatrie générale, au-delà de trois échecs lors de la réalisation d'un prélèvement sanguin celui-ci sera réalisé par une infirmière ou infirmière puéricultrice dans le service de pédiatrie générale, si l'enfant nécessite une hospitalisation. Dans le cas contraire une des infirmières de pédiatrie viendra réaliser le soin aux urgences pédiatriques.

Dans le service, ma collègue a essayé de réaliser deux fois le prélèvement sanguin, ce qui porte à 5 le nombre de ponctions, sans réussir à cathétériser la veine. L'infirmière me précise que le soin a été difficile, parce que l'enfant a beaucoup pleuré et s'est débattu, et qu'un essai de Méopa (gaz anxiolytique et qui procure une analgésie de surface) a été réalisé mais sans que cela fonctionne. En ce qui concerne les parents, ils sont fatigués, m'explique-t-elle, ils ont passé toute la matinée aux urgences, et d'après elle, ceux-ci ne sont pas aidants pour la réalisation du

soin, ils ont une attitude de défiance vis-à-vis du personnel. Les parents auraient préféré que la réalisation du soin soit reporté à un autre moment.

Après m’être entretenue avec ma collègue, je me rends dans la chambre de l’enfant avec l’auxiliaire de puériculture le prenant en charge et ayant collaboré avec la précédente infirmière pour la réalisation du soin.

Une fois arrivée dans la chambre de l’enfant, je me présente à celui-ci ainsi qu’à sa mère présente. Le père, ne supportant plus les pleurs de son enfant, est parti à la cafétéria, m’annonce la mère. Puis, j’explique à la mère et à l’enfant les raisons de ma présence en chambre, c’est-à-dire que je prends le relai de la précédente infirmière, le déroulement du soin et également quel est objectif de sa réalisation.

Je leur assure également que le soin se passera dans des conditions adaptées, c'est-à-dire avec l’accord de la mère de participer au soin, l’organisation prévue pendant le soin. Je précise que je pratiquerai le soin qu’une seule fois. Pour leur exposer cela, j’utilise un vocabulaire compréhensible, adéquat, en faisant abstraction d’emploi de double négation, en étant calme et sans manifestation de nervosité. Je lui notifie que même si le soin est un soin de qualité j’entends qu’il se déroule au mieux en fonction des circonstances. Je lui affirme que je cherche à obtenir une qualité en termes de moyens, que le résultat quant à lui reste incertain, qu’il n’est pas dans ma capacité de lui assurer la réussite du prélèvement, et qu’au besoin je ferais appel à une autre personne ressource, soit l’anesthésiste. Je lui explique que ma démarche est faite pour que son enfant accepte le soin plutôt qu’il le subisse, et qu’en ce sens je cherche à établir une coopération avec lui, et également avec elle.

Lors du soin, un nouvel essai du Méopa est pratiqué sans succès et l’auxiliaire de puériculture m’assiste pendant le soin.

Pendant le soin, la mère participe en rassurant son enfant, en lui prodiguant des caresses, des mots tendres et en lui chantant une chanson, elle est actrice du soin. L’enfant est apaisé, coopérant, il nous laisse faire le soin sans opposer de résistance. En ce qui concerne la mère, elle est plus détendue.

Toutes ces dispositions ont permis la réalisation du prélèvement sanguin.

Cette situation a suscité en moi de nombreuses interrogations :

- Comment désamorcer une situation complexe ou tendue ?
- Sommes-nous tous capables de communiquer avec les autres ?
- Comment communiquer avec l'enfant ?
- Comment se faire comprendre de l'enfant ?
- Comment être sensibilisé au vocabulaire employé ?
- Quel est le message que l'enfant perçoit à travers le langage employé ?
- Arrivons-nous réellement à faire comprendre ce que nous souhaitons exprimer ?
- Doit-on adapter son discours en fonction de l'âge de l'enfant et/ou en fonction de sa pathologie ?
- Est-il possible qu'en expliquant à l'enfant le soin celui-ci soit plus apaisé et le soin moins douloureux ?
- Qu'est-ce qui me tient à cœur dans la relation que j'établis avec l'enfant et ses parents ?
- Quelle est l'importance du premier contact établi avec l'enfant et sa famille ?
- Celui-ci influence-t-il le déroulement de l'hospitalisation ?
- Comment faire pour établir une relation de confiance avec l'enfant et ses parents ?
- Quels outils de communication sont à ma disposition pour analyser et améliorer ma pratique ?
- Quelle professionnelle je souhaite être ?

II. Question de départ

À la suite de ce questionnaire, la question de départ que je retiens pour ce projet professionnel est la suivante :

« Comment la puéricultrice peut établir une relation de confiance avec l'enfant et ses parents dans un service de pédiatrie lors des soins ? »

III. Cadre contextuel

Afin de pouvoir répondre au mieux aux attentes concernant ce projet professionnel, il me paraît nécessaire d'approfondir certains points.

Dans un premier temps nous évoquerons les origines des services de pédiatrie, ensuite nous définirons le métier de puéricultrice, puis nous nous attacherons à définir ce qu'est un enfant, enfin nous exposerons ce que signifie le terme parent.

a. Les origines des services de pédiatrie

La pédiatrie telle qu'elle est connue actuellement est bien différente de son origine.

Ce qui peut nous paraître comme allant de soi à notre époque relève pourtant d'une évolution des connaissances et ainsi des pratiques qui permettent notamment aux parents d'être présents tout au long de l'hospitalisation de leur enfant.

Afin de pouvoir constater l'évolution majeure qu'a subi la pédiatrie, il est important de noter que le premier hôpital consacré uniquement à l'enfant a vu le jour en 1802, il s'agit de l'hôpital des enfants-malades à Paris. Lors de sa création, l'âge d'admission est situé entre 2 et 15 ans, il faudra attendre 1884 pour que les enfants en dessous de 2 ans puissent y être admis.¹

A leurs débuts, les services pédiatriques n'autorisent pas les parents à rester auprès de leur enfant, le personnel médical et paramédical redoutant les infections. L'enfant est donc laissé « aux bons soins » du personnel, qui est chargé de le soigner, de l'alimenter, de suppléer le rôle de la mère.

En 1951, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) rappelle aux médecins et infirmières que, pour sa santé mentale, il est essentiel que le nourrisson puis le jeune enfant puisse vivre une relation continue avec sa mère ou une personne capable de la remplacer.

¹ NARDIN, A. Le médecin face à l'enfant : question(s) de sensibilité(s) ? *Spirale*, février 2007, n°42. p. 19-33

C'est lors de l'Assemblée générale des Nations Unies du 20 novembre 1959 que la Déclaration des droits de l'enfant est adoptée².

Le ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale a publié en août 1983 la circulaire n° 83-24 intitulée *L'hospitalisation des enfants*. Celle-ci est le reflet de divers travaux réalisés par des psychiatres et des psychologues reconnus dans leur domaine. Elle reprend en dix points les recommandations issues de ces travaux. Toutes les étapes de l'hospitalisation sont abordées dans des termes très simples et pratiques. La présence des parents est très souvent recommandée, les informations dont ils ont besoin sont précisées.³ Cependant en pratique ces recommandations ne sont pas respectées, peu de parents sont présents pendant l'hospitalisation de leur enfant.

Il faudra attendre 1988 pour que la Charte européenne de l'enfant hospitalisé soit rédigée, permettant de notifier les droits dont celui-ci bénéficie. Nous pouvons notamment relever les droits n°2, n°3, n°4, n°5 et n°8 (voir annexe 1).

C'est en 1989 que 195 états adoptent la Convention relative aux droits de l'enfant, celle-ci comporte 54 articles reprenant tous les droits des enfants, reprenant quatre principes fondamentaux les concernant, notamment en lien avec notre sujet, l'intérêt supérieur de l'enfant ainsi que le respect des opinions de l'enfant. Ces deux principes sont importants à notifier puisqu'ils sont à la base de toute relation soignant/enfant/parent. En effet afin de créer une relation de qualité avec l'enfant, il est nécessaire de le considérer en respectant ses opinions et en prenant en compte ses différents besoins tout en l'associant en fonction de ses compétences aux décisions le concernant.

Au travers de l'article 6 de la Convention sur les droits de l'Homme et la biomédecine adoptée par les états membres du Conseil de l'Europe à Oviedo le 4 avril 1997, nous pouvons constater que l'enfant y est fait référence, notamment que « *L'avis du mineur est pris en*

² ASSEMBLEE GENERALE DES NATIONS UNIES. *Déclaration des droits de l'enfant, Résolution 1386 (XIV)*. 841ème séance plénière. 20 novembre 1959.

³ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. *Circulaire n° 83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants*. Non parue au Journal Officiel.

*considération comme un facteur de plus en plus déterminant, en fonction de son âge et de son degré de maturité. ».*⁴

En 1998, une nouvelle circulaire vient compléter celle du 1^{er} août 1983 (Circulaire n° DH/EO3/98/688), afin de préciser les horaires de visites des parents d'un enfant hospitalisé : « *qu'en tout état de cause la mère, le père ou toute autre personne qui s'occupe habituellement de l'enfant doit pouvoir accéder au service de pédiatrie quelle que soit l'heure et rester auprès de son enfant aussi longtemps que ce dernier le souhaite, y compris la nuit* ». ⁵

Enfin, nous pouvons également citer la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, plus précisément l'article L1111-2 qui énonce « *Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs [...].* »⁶

Les différentes chartes mises en place, qui ont lieu de recommandations et non pas d'obligations, ainsi que les lois en applications, ont permis aux équipes soignantes d'adopter une posture réflexive sur les conditions de prise en soin de l'enfant et de ses parents. De ce fait, les parents sont maintenant admis en permanence dans les services de pédiatrie, leur présence étant même sollicitée.

Au fil du temps et de l'évolution des connaissances et des pratiques, le parent devient acteur dans les soins prodigués à son enfant, le soignant plutôt que de chercher à éviter de l'intégrer au soin va maintenant chercher son concours afin d'améliorer sa qualité de prise en soin. Le parent n'est plus dépossédé de son rôle lors de l'hospitalisation de son enfant, il est pris en compte et reconnu comme personne ressource. Le changement de perspective des soignants permet également que l'enfant ne soit plus un « objet » du soin mais un acteur des soins qui lui sont prodigués. Tous ces changements ont entraîné une nouvelle notion, celle de triade parent/enfant/soignant, où chaque personne a son rôle à part entière et non substituable.

⁴ ETATS MEMBRES DU CONSEIL DE L'EUROPE. *Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine.* 4 avril 1997.

⁵ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. *Circulaire N° DH/EO3/98/688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie.* Non parue au Journal Officiel.

⁶ *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.* Parue au Journal Officiel n°541 du 5 mars 2002. p. 4118

Nous parlons ici de soins, nous allons pouvoir développer dans la partie suivante le rôle de la personne qui est le plus à même de prendre en soins l'enfant et ses parents, c'est-à-dire la puéricultrice.

b. Qu'est-ce qu'une puéricultrice ?

Le terme puéricultrice découle de celui de puériculture qui a été défini en 1865 comme la « *science d'élever hygiéniquement et psychologiquement les enfants* ». ⁷ En effet, la puéricultrice a un rôle prépondérant dans le respect des mesures d'hygiène relatives à la bonne santé des enfants, et dans leurs transmissions.

Le diplôme de puéricultrice mettra quelques années à voir le jour, puisqu'en 1920, le diplôme de visiteuse d'hygiène maternelle est créé, son rôle étant d'éduquer les mères. C'est en 1922 que l'on voit l'arrivée du diplôme d'Etat d'infirmière. ⁸

La spécialisation de puéricultrice voit le jour en 1947. Après la fin de la seconde guerre mondiale, l'état français met en place le Décret n° 47-1544 du 13 août 1947 (modifié par le décret N° 73-616 du 03 juillet 1973) instituant un diplôme d'Etat de puériculture afin de diminuer le taux de mortalité infantile. En effet, post-guerre la population française est amoindrie et appauvrit, les conditions d'hygiènes ne sont pas optimales. Pour la France, c'est le moment de réagir et de se centrer davantage sur l'enfant et surtout sur les conditions nécessaires à sa survie afin de pouvoir se repeupler, puisqu'à cette époque la mortalité infantile est monnaie courante.

Un terme seul ne permet pas de définir un métier dans son ensemble.

Pour pouvoir prétendre à la spécialisation de puéricultrice, il faut avant cela être titulaire, soit du diplôme d'Etat d'infirmière, soit du diplôme d'Etat de sage-femme.

⁷ SELLENET, Catherine. *Les puéricultrices au cœur de l'enfance*. Hommes et perspectives, 2002. p. 11

⁸ SELLENET, Catherine. *Les puéricultrices au cœur de l'enfance*. Hommes et perspectives, 2002. p. 12

Lors de la formation en soins infirmiers, les unités d'enseignement sont réparties en fonction de dix compétences. L'une de ces compétences est « *Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins* ». Dès lors, nous pouvons en déduire que la communication fait partie des bases normalement acquises lors de l'obtention du diplôme d'infirmière d'état.

L'exercice professionnel des infirmiers et infirmiers spécialisés en puériculture est régi par le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du Code de la santé publique notamment les articles R. 4311-5 : « *dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins [...] visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage* ». Ainsi que l'article R. 4311-13 : « *les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme [...]* ». En effet, de par sa formation axée uniquement sur l'enfant, à tous les stades tant somatiques que affectifs et psychologiques, l'infirmière puéricultrice est plus à même de prendre en compte les différents aspects d'une prise en charge de l'enfant en respectant ses besoins et son développement. De plus, celle-ci aura à cœur de respecter les chartes en vigueur concernant l'enfant et ses droits grâce aux connaissances de celles-ci.

L'infirmière puéricultrice assure des soins de confort, de la mise en œuvre de thérapeutiques, des actions de dépistage, de la prévention et de l'éducation. Elle tient compte de l'âge de l'enfant, de son développement moteur, psycho affectif et cognitif, et de son autonomie. Dans l'intérêt supérieur de l'enfant, l'infirmière puéricultrice agit en concertation avec celui-ci, ses parents et son entourage. L'infirmière puéricultrice utilise le raisonnement clinique dans les situations complexes et singulières que sont celles des nouveau-nés, des enfants et des adolescents du fait de l'évolution constante de leur développement.

Le rôle de la puéricultrice est multiple. En effet, celle-ci a plusieurs missions notamment « *le suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie* »⁹, elle doit également favoriser l'éveil de l'enfant, son autonomie et sa socialisation tout en prenant en considération ses compétences sociales et familiale. Celle-ci se doit d'accompagner au mieux les parents dans

⁹ DELAMARE, Jacques. *Dictionnaire maloine de l'infirmière*. 6ème éd. Paris : Maloine, 2012. p. 458

leur parentalité, de prendre en soin l'enfant dans sa globalité de manière individuelle et personnalisée. Pour cela, elle se doit de connaître tant son développement psychomoteur, afin de pouvoir repérer des retards ou défauts d'acquisition de compétences, que tout ce qui relève du domaine de la psychologie de l'enfant, en passant par le lien d'attachement mais également par une connaissance des différents stades de développement de l'enfant. Elle a également un rôle d'intermédiaire, d'interprète dans la relation parents/enfant/soignant. Elle est la garante d'une compréhension mutuelle, de par sa formation qui lui permet de prendre en compte les aspects médicaux et paramédicaux tout en s'adaptant au niveau de connaissances des parents et de l'enfant.

Être une puéricultrice, c'est être capable de combiner les soins techniques avec la capacité d'entrer en relation avec l'enfant, quel que soit son âge, et avec ses parents, c'est savoir évaluer une situation dans son ensemble afin de mettre les compétences de chacun à contribution en fonction de ses compétences, de son rôle à jouer dans cette relation.

Après avoir défini la profession de puéricultrice, nous allons maintenant nous rapprocher de son cœur de métier, l'enfant.

c. Définition de l'Enfant

Au sein de cette partie, nous allons pouvoir exposer les différentes définitions sur le terme « enfant », et les mettre en relation avec le domaine paramédical. Nous nous attacherons notamment à développer la catégorie d'âge des 7-11 ans, qui correspond au début des capacités de raisonnement.

L'enfant, un mot court qui pourtant regroupe différentes notions notamment en fonction de son âge et de son développement.

Il existe différentes ressources pour définir le terme enfant. En se référant à un dictionnaire de la langue française nous trouvons la définition suivante : « Garçon ou fille avant l'adolescence »¹⁰. Cette définition m'apparaît comme fort minimaliste. Nous allons donc nous attacher à en exposer d'autres afin de compléter cette définition.

¹⁰ LAROUSSE. Définition enfant.

En se référant à la Convention Internationale des Droits de l'enfant, celui-ci est défini dans le premier article de la manière suivante « *Un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans [...] »*¹¹. Également en lien, nous pouvons citer le droit n°6 de la charte de l'enfant hospitalisé « *Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. »*

De plus, le terme « enfance » peut trouver comme définition : « *Période prépubertaire de l'existence »*¹².

L'étymologie du terme enfant vient du latin infans, celui qui ne sait manifester sa pensée par la parole.

Afin d'expliquer ce qu'est l'enfant, nous allons nous appuyer sur les stades de l'intelligence selon Piaget, qui sont des étapes caractéristiques, ainsi qu'aux stades décrit par Freud¹³.

- L'intelligence sensori-motrice, qui correspond à l'élaboration des sens, tels que la vue et le toucher, par l'expérience qui permet son développement moteur et sensoriel.
- L'intelligence verbale déclinée en 3 stades en fonction de l'âge :
 - o Les représentations préopératoires (de 2 à 7 ans) qui correspondent aux affects intuitifs (2-4 ans), à l'égoïsme, apparition des premiers sentiments moraux, le juste et l'injuste dépendent de l'obéissance à une règle. C'est aussi l'apparition de la fonction symbolique, avec les jeux d'imitation et de représentation (4-7 ans).
 - o Les opérations concrètes (7-8 ans à 10-11 ans) qui correspondent aux affects normatifs, aux sentiments moraux, qui sont en lien avec notre thématique.
 - o Les opérations formelles (vers 11-12 ans) qui correspondent aux sentiments « idéologiques », élaboration parallèle de la personnalité, au sens où l'individu

¹¹ ASSEMBLEE GENERALE DES NATIONS UNIES. *Convention internationale des droits de l'enfant*. 20 novembre 1989.

¹² DELAMARE, Jacques. *Dictionnaire maloine de l'infirmière*. 6ème éd. Paris : Maloine, 2012. p.148.

¹³ GOLSE, Bernard. *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. 4ème éd. Elsevier Masson, 2008.

s'assigne un rôle et des buts dans la vie sociale. C'est l'apparition du raisonnement hypothético déductif.

En ce qui concerne l'enfant de 7 à 11 ans, les opérations concrètes, et les affects normatifs cela correspond à l'apparition des sentiments moraux autonomes, tels que la justice et le respect mutuel, avec intervention de la volonté, par comparaison avec le stade des représentations préopératoires, le juste et l'injuste ne dépendent plus de l'obéissance à une règle. C'est également la période où l'enfant apprend à compter, à classier et à sérier. Il est donc capable d'évaluer, notamment sa douleur via une échelle visuelle analogique. Il acquiert également la notion de temporalité. L'enfant est capable d'envisager des événements qui surviennent en dehors de sa vie, de s'ouvrir aux autres, et d'être réceptif à l'hypnoalgésie. Il s'agit pour lui d'acquérir la notion de réversibilité, toute action A peut être annulée par son inverse. Par exemple, sur deux pâtes à modeler identique, une sera roulée en saucisson mais conservera la même quantité de pâte. Cependant l'enfant, n'est pas en capacité d'envisager des hypothèses.

Selon Sigmund FREUD et ses stades de développement, c'est la période de latence, une période aconflictuelle. C'est l'apparition de tendances obsessionnelles, la période où l'enfant va faire des collections, qui vont lui permettre peu à peu de se dégager des conflits sexuels de la période précédente et de construire sa personnalité. En lien avec les opérations concrètes, c'est l'entrée pour l'enfant en classe primaire avec le début de tous les apprentissages, qui sont propices à cette période. En effet, l'enfant sort de sa phase de libido envahissante, ce qui va lui permettre d'avoir une place plus importante pour les apprentissages.

Après avoir défini le terme enfant nous allons pouvoir définir le terme de parents car après tout sans parents, il n'y aurait pas d'enfant.

d. Les parents

Nous allons ici évoquer le terme de parents mais également le terme de parentalité qui en découle.

Nous ne naissons pas parents, en effet c'est un statut, une fonction que nous acquérons à partir du moment où nous donnons la vie à un enfant. En nous reportant à un dictionnaire de la langue française, nous pouvons trouver la définition suivante : « *Le père ou la mère* »¹⁴, quant à la parentalité nous trouvons : « *Fonction de parent, notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel* »¹⁵.

Mais qu'est-ce que cela implique réellement d'être un parent, d'exercer sa parentalité ? Il s'agit de remplir un rôle auprès de son enfant afin de l'aider à se développer au mieux, de prendre en compte ses capacités afin de les améliorer. C'est aussi avoir un rôle de réassurance, c'est toujours faire du mieux possible pour inculquer des valeurs à notre progéniture. C'est également être présent pour lui transmettre nos idéaux et nos représentations de la vie tout en étant capable de comprendre les siennes et de l'encourager à évoluer et à devenir la personne qu'elle souhaite être. Ce rôle a pour objectif non pas d'imposer des limites à l'enfant mais de l'aider à grandir et à s'épanouir en toute sécurité. Pour cela, il est nécessaire de se connaître, de connaître ses réactions, ses attentes mais également de faire le deuil de l'enfant que nous avons été afin de pouvoir permettre à notre enfant d'être lui sans être nous, de le laisser faire ses propres choix, ses propres erreurs et de l'accompagner pour qu'en cas d'échec, celui-ci se sente soutenu, épaulé et compris.

Être parent ne signifie pas pour autant être infaillible, le parent a le droit de se tromper, d'échouer et de mettre en place des actions correctrices pour s'améliorer. En effet, bon nombre de livres existent sur la parentalité et comment être un bon parent. Cependant chaque individu est unique tout comme chaque relation parent/enfant est unique, même au sein d'une même fratrie, puisque nous avons tous notre vécu, nos ressentis, nos émotions.

Être parent c'est endosser plusieurs casquettes différentes, c'est pouvoir poser un cadre tout en étant cohérent dans celui-ci, c'est être à la fois patient et indulgent, envers son enfant mais également envers soi-même, c'est se tromper mais toujours en veillant au bien-être de l'enfant.

Dans un cadre plus juridique, quand nous cherchons la définition de parents nous trouvons celle de l'autorité parentale qui est définie comme telle : « [...] est un ensemble de

¹⁴ LAROUSSE. Définition parent.

¹⁵ LAROUSSE. Définition parentalité.

droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient au père et à la mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé, et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité. »¹⁶.. Cette définition mise en relation avec celle de parentalité démontre qu'être parent relève de plusieurs aspects mais que le principal étant de toujours privilégier l'intérêt de l'enfant, de l'accompagner dans son développement en fonction de ses compétences.

Suite à tous ces différents termes exposés et définis dans cette partie contextuelle, nous allons dans la prochaine partie évoquer la notion de concept et en définir

¹⁶ Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale. Parue au Journal Officiel n°541 du 5 mars 2002. p. 4161.

IV. Cadre conceptuel

Dans cette partie, nous allons définir ce qu'est un concept afin de pouvoir détailler par la suite les concepts de relation d'aide, et de communication.

La notion de concept vient du latin « conceptus » qui est défini par l'action de contenir, faculté de saisir de comprendre. Un concept est une représentation générale, abstraite, d'un objet ou d'une pensée qui permet de regrouper les différentes perceptions que nous nous en faisons en organisant les connaissances à ce sujet.

Dans le domaine paramédical, un concept sert à comprendre le monde qui entoure le soignant en identifiant des situations et en mettant en lien des connaissances et des comportements pour les adapter en fonction du sujet.

a. Communication

La communication est l' « *action de communiquer avec d'autres, de transmettre, de faire participer à [...]- ce par quoi une personne renseigne ou influence une autre personne et en est renseignée ou influencée.* »¹⁷ Dans une communication il faut un émetteur, qui émet un message, qui va transmettre son message sous différentes formes (verbale et non verbales) et un récepteur, qui reçoit le message émit, ou ce qu'il perçoit avoir reçu. C'est à dire que le message envoyé par l'émetteur n'est pas forcément celui compris par le récepteur. Ceci est dû au fait qu'il existe des parasites qui vont entraver la bonne compréhension du message. Afin d'être sûr que le message reçu est bien le même que celui envoyé il faut demander au récepteur ce qui est compris. Dans le cadre d'une relation avec le patient, pour être sûr que ce que nous comprenons est bien ce qu'exprime le patient la reformulation est idéale.

Afin de pouvoir communiquer de manière efficiente avec le patient il faut savoir l'écouter, c'est-à-dire être capable de se décentrer de soi pour se mettre à sa disposition, il faut être en même temps capable de se différencier de l'autre quant aux sentiments ressentis. En

¹⁷ LANGENFELD, Solange, COUTURAT, Florence, IBRAHIM, Florence (collab). *Soins relationnels Soins palliatifs. Unités d'enseignement 4.2 et 4.7.* Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2011. p. 151

plus de savoir écouter le patient, il faut être en capacité d'entendre ce qu'il a à dire, via la communication verbale et non verbale, et d'ainsi donner un sens au message reçu pour le restituer.

La verbalisation positive entraîne un changement de perception que l'enfant a de lui-même, ce qui lui permet une meilleure construction de l'estime de soi.

Différentes formes de communication rentrent en jeu lors d'une relation avec un patient, nos gestes, notre expression faciale comptent tout autant que les paroles employées ainsi que l'intonation et les silences. Tous ces aspects permettent de véhiculer et d'échanger des informations, des émotions.

Le contenu du message est tout autant important dans une relation que la manière dont il est transmis. Nous communiquons à chaque instant que ce soit par la parole, ou bien même par le fait de ne pas parler, ou par notre gestuelle. Nous envoyons un flot continu et ininterrompu d'informations à traiter, à analyser et à utiliser.

Comme énoncé ci-dessus, il existe plusieurs formes de communication. La communication verbale qui à elle seule comprend plusieurs variables. Il n'y a pas que les mots employés qui vont compter. Il y a la manière dont ceux-ci sont exprimés, c'est-à-dire avec compréhension, douceur, agressivité ou empathie. Mais également le moment pendant lequel l'échange a lieu, dans un contexte d'inquiétude, de tension de douleur ou même de tristesse. Une partie du message transmis passera donc par le contenu de celui-ci, l'information à donner, et l'autre par la manière dont le contenu est transmis.

Comme dit Margot Phaneuf¹⁸, professeure de sciences infirmières et consultante internationale, le langage verbal n'est pas le seul moyen de communication, certes celui-ci transmet le message, seulement il y a une part de communication non verbale dans chaque échange. La communication non verbale passe par différents aspects tels que la posture utilisée, nos expressions faciales, nos gestes. En effet, un même message transmis avec des attitudes de communication non verbales différentes ne sera pas interprété de la même manière, et pourra même prendre un sens tout à fait opposé à celui souhaité. Notre corps exprime à lui seul tout

¹⁸ PHANEUF, Margot. *La relation soignant-soigné, l'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} éd. Chenelière Education, 2016. p. 8-151

un panel d'émotions, de pensées, que ce soit par notre visage, nos yeux, la position de nos membres, souvent celui-ci est plus expressif que nos mots.

Afin de maîtriser son comportement non verbal, et ainsi les informations transmises, il faut savoir le reconnaître, le comprendre, l'analyser, en d'autres termes il est important pour avoir une communication efficace, et éviter les parasites, de se connaître. C'est à travers une réelle connaissance de soi que nous serons à même de pouvoir communiquer de manière adéquate avec le patient en évitant notamment les contradictions entre notre langage verbal et celui de notre corps, ce qui pourra permettre au patient une meilleure réceptivité quant au message transmis. En effet, de par la multitude de signaux émis, la communication peut être entravée dans son bon fonctionnement.

Par ailleurs, la communication va dépendre également de la capacité des deux personnes à communiquer sur un même niveau, c'est d'autant plus explicite dans la communication avec un enfant. En fonction de son âge et de son acquisition du langage la communication verbale sera notamment à adapter à sa compréhension, et le langage non verbal pourra avoir une place prépondérante dans ces échanges. En outre, la communication avec l'enfant passe par celle établie avec ses parents, étant habitués à décrypter le langage verbal ou non verbal, ils ont une place privilégiée dans notre compréhension des besoins de leur enfant.

Dans la communication avec un enfant il est nécessaire, pour que celle-ci soit la plus adaptée possible, de prendre en compte ses facultés et surtout d'être capable d'adapter notre communication pour favoriser les échanges. Il est par exemple possible de mettre en place un système de dessins ou d'images, voire même de marionnettes ou de poupées, pour permettre à l'enfant de se faire comprendre mais aussi pour qu'il nous comprenne dans nos demandes.

Qui plus est, ce n'est pas parce qu'un enfant n'est pas estimé « en âge » de comprendre qu'il ne faut pas lui expliquer les soins qui vont être prodigués ni les raisons qui les motivent. « *Des expériences ont montré comment, dès le plus jeune âge, les signaux émotionnels étaient utilisés par l'enfant comme élément de compréhension des états mentaux* »¹⁹, les enfants mêmes très jeunes sont réceptifs au langage non verbal ainsi qu'au langage verbal, en particulier par les différentes intonations de voix employées.

¹⁹ GOLSE, Bernard. *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. 4ème éd. Elsevier Masson, 2008. p.261

Après avoir défini le concept de la communication, nous allons par la suite définir celui de relation d'aide.

b. Relation d'aide

La relation d'aide peut être définie de manières différentes et se sont toutes ces définitions qu'il faut relier entre elles afin d'obtenir la définition la plus appropriée, dans le but de ne pas oublier un seul élément pouvant définir la relation d'aide.

La relation d'aide est une « *interaction particulière entre deux personnes, à un moment donné, où l'infirmier contribue à rechercher la satisfaction de l'autre personne en favorisant l'expression du besoin d'aide* »²⁰, c'est également « *l'acceptation totale de la personne soignée, la relation d'aide favorise la prise de conscience, facilite la transformation psycho-sociale de l'individu, à comprendre les processus et les ressources qui lui sont propres.* »²¹

« *En soins infirmiers, la relation d'aide fait appel à un « savoir être ». En effet, il s'agit pour le soignant, d'adapter ses interventions en fonction de ses observations et de proposer ainsi un accompagnement adapté à la personne soignée. Il ne s'agit pas d'apporter les solutions mais d'aider la personne à trouver par elle-même ses réponses* »²²

Selon Carl Rogers, les relations d'aide sont des « *relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie* »²³, c'est « *une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser chez l'une ou l'autre partie ou chez les deux une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ces ressources.* »²⁴

²⁰ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire humaniste infirmier*. Setes, 2013. p. 229.

²¹ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire humaniste infirmier*. Setes, 2013. p. 229.

²² LANGENFELD, Solange ; COUTURAT, Florence ; IBRAHIM, Florence (collab.). *Soins relationnels Soins palliatifs. Unités d'enseignement 4.2 et 4.7*. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2011. p. 161.

²³ ROGERS, Carl, HERBERT, E.L. (trad.). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod - InterEdition, 2005. p.27.

²⁴ ROGERS, Carl, HERBERT, E.L. (trad.). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod - InterEdition, 2005. p.27.

Toutes les définitions citées ci-dessus sont complémentaires, une seule ne suffit pas à définir pleinement ce qu'est une relation d'aide, il faut les associer pour obtenir une définition plus vaste et néanmoins plus précise et donc plus compréhensible. Une relation d'aide se crée avec le temps grâce à laquelle il est possible de construire les bases d'une relation de confiance. C'est grâce à cette confiance qu'une relation d'aide s'avère être cohérente et positive. Elle permet au patient de se sentir écouté, voire même compris, d'être considéré comme une personne et non comme une pathologie ou un numéro de chambre, car l'infirmière prend le temps de construire leur relation, de s'y investir.

Chaque infirmière commence à créer une relation avec le patient dès lors qu'elle commence à le prendre en soin. Seulement chaque infirmière créera une relation tout à fait différente avec le même patient du fait que toute personne est unique et possède ses propres valeurs, émotions et ressentis.

Dans un objectif de construction d'une relation d'aide efficiente, la puéricultrice doit faire preuve de certaines dispositions telles que la congruence, l'écoute active, la considération positive et l'empathie.

En effet, l'approche de Carl ROGERS est centrée sur ces différents axes. La congruence va correspondre à la capacité de la puéricultrice d'être elle-même dans sa relation avec le patient et sa famille, d'être à l'écoute de ses sentiments tout en sachant à quel moment ceux-ci peuvent être utiles au patient. La considération positive relève de l'acceptation dans sa totalité du patient, par le soignant, il ne le juge pas mais l'accepte entièrement. Quant à l'empathie, c'est un processus qui permet au soignant de ressentir les émotions du patient « comme si » c'était lui qui ressentait, tout en ayant toujours à l'esprit que se sont celles du patient, c'est se mettre à la place de l'autre. En ce qui concerne l'écoute active, c'est la compétence du soignant de savoir questionner le patient et de reformuler ses propos afin d'être sûr que ceux-ci sont bien compris et d'ainsi pouvoir permettre au patient d'avancer plus loin dans son ressenti. C'est finalement être le miroir du patient.

La puéricultrice se doit d'être honnête envers l'enfant, et ses parents, d'expliquer les soins et les démarches de manière compréhensive sans chercher à minimiser l'impact qu'ils auront. Elle doit également savoir s'adapter mais surtout se connaître. Elle ne doit pas ressentir

à la place de l'enfant, mais l'accompagner dans son ressenti en favorisant son expression, que ses émotions sont les siennes et pas celle de la puéricultrice. Pour autant, celle-ci ne doit pas faire semblant de ressentir une émotion pour camoufler celle qu'elle ressent réellement, la communication non verbale serait, dans ce cas, à l'opposé de la communication verbale, ce qui risquerait d'entraver ou de pénaliser la relation soignant/soigné. Une relation d'aide est un échange véritable entre les différents acteurs de celle-ci.

Dans une relation d'aide pédiatrique un autre acteur est présent, il s'agit du parent, des parents, d'ailleurs en fonction de l'âge de l'enfant et de son développement la relation d'aide passera majoritairement par le lien créé avec lui ou avec eux. En effet, le parent est un partenaire de soin important dans la relation avec son enfant, connaissant mieux que personne son enfant ainsi que ses habitudes. Il sait analyser ses différences de comportements, son appétit, sa réactivité, s'il y a quelque chose d'inhabituel. En ce sens, la puéricultrice a également besoin de construire une relation de qualité avec les parents dans une optique de prise en charge complète. De plus, le parent représente une impression de sécurité pour l'enfant ce qui permet de favoriser le contact avec celui-ci, et parfois même de mieux nous faire comprendre. La notion de triade parent/enfant/soignant prend tout son sens dans l'établissement de cette relation. Par ailleurs, si la relation entre le soignant et le parent n'est pas efficiente, dans ce cas, la relation soignant/enfant risque d'en pâtir et par conséquent de ne pas être optimale pour une prise en soins globale.

A travers cette partie, nous avons pu définir les concepts de relation d'aide et de communication. Nous allons pouvoir à présent analyser de nouveau la question de départ.

V. Problématique de recherche

a. Réévaluation de la question de départ

Après le cadre contextuel et conceptuel, nous allons nous attacher à réévaluer la question de départ de ce projet professionnel.

Au vu des recherches effectuées et de leur analyse, il est nécessaire de réajuster cette question de départ, celle-ci est maintenant :

« Comment la puéricultrice peut établir une relation d'aide avec l'enfant, de 7 à 11 ans, et ses parents dans un service de pédiatrie lors des soins ? »

Après avoir modifié la question de départ nous allons par la suite, pouvoir émettre des hypothèses afin d'y répondre.

b. Hypothèses

Dans cette partie nous allons émettre des hypothèses à notre question de départ réévaluée.

Les différentes hypothèses sont les suivantes :

- La communication de la puéricultrice prenant en compte le développement de l'enfant permet la construction d'une relation d'aide.
- La prise de conscience de la communication non verbale ainsi que la connaissance de son fonctionnement par la puéricultrice lui permet d'établir une relation d'aide avec l'enfant et ses parents.

Après avoir exposé différentes hypothèses, nous allons maintenant élaborer une grille d'entretien afin de questionner des professionnels sur le sujet de projet professionnel.

VI. Grille d'entretien

Après avoir posé le cadre théorique, nous allons maintenant nous atteler à la partie empirique via des entretiens.

Ces entretiens vont être menés auprès de puéricultrices ou d'infirmières, ayant une expérience significative auprès de l'enfant, de préférence ayant une expérience en pédiatrie, toutes spécialités confondues.

En tenant compte des circonstances sanitaires actuelles, les personnes interrogées vont faire partie de mon cercle professionnel, bénéficiant d'une expérience de six ans au sein d'un service de pédiatrie générale. De plus, les entretiens auront lieu via un support électronique afin de respecter les mesures de confinement en vigueur au moment de leurs réalisations.

Concernant la méthode d'enquête, le choix s'est porté sur les entretiens afin d'obtenir une qualité de réponses plutôt qu'une quantité. Les questions posées lors de ces entretiens seront faites de façon à ce que ceux-ci soient de type semi-directif. Cette méthode permettra une plus grande souplesse de réponses pour les personnes interrogées tout en permettant de rester dans le thème de ce projet professionnel. Les réponses données nous apporteront des explications ou des éléments de preuves à ce projet professionnel.

VII. Analyse des entretiens

Dans cette partie, nous allons nous attacher à analyser les réponses obtenues lors des entretiens réalisés.

Tout d'abord, la méthode d'enquête retenue a été celle des entretiens semi-directifs. En effet, les différentes questions posées au cours des entretiens ont pour but d'analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, leurs représentations sociales, leur système de valeurs. En outre, le fait de choisir des entretiens semi-directifs nous permettra de commencer par des questions simples afin que la personne enquêtée soit mise plus à l'aise, notamment par le fait que celle-ci pourra répondre de la manière dont elle le souhaite aux questions. Elle pourra répondre plutôt sous forme de récit, les questions pourront, au besoin, être recentrées grâce aux questions de relances établies avec le guide d'entretien nécessaire à cette méthode d'enquête.

En ce qui concerne les questions abordées pendant les entretiens, elles ont été choisies afin de garder une certaine neutralité de réponse, en évitant de trop orienter les enquêtées, en gardant toutefois un fil conducteur concernant le thème de l'entretien, avec néanmoins des questions de relances afin de réajuster les réponses qui ne seraient pas en adéquation avec l'objectif des questions. Ces questions de relances ont aussi pour objectif de guider l'entretien suivant notre objet de recherche et de reformuler d'une manière secondaire la question posée précédemment dans le cas où celle-ci n'aurait pas été comprise. Le nombre de questions des entretiens est moindre que lors d'un questionnaire, elles sont ouvertes ce qui permet aux personnes enquêtées de répondre librement (voir Annexe 2).

a. Choix de population

Ce projet professionnel traitant des soins en service de pédiatrie par une puéricultrice, j'avais initialement prévu d'interroger des infirmières expertes ou des puéricultrices travaillant ou ayant travaillé en service de pédiatrie sans distinction pour autant les personnes interrogées sont des puéricultrices. Ayant été réquisitionné dans l'hôpital finançant ma formation de puéricultrice, hors région, j'ai donc dû m'adapter quant aux personnes enquêtées.

b. Réalisation des entretiens

Par ailleurs, les entretiens se sont accordés avec les circonstances sanitaires en vigueur lors de leurs réalisations, c'est-à-dire que deux des entretiens ont été réalisés par appel téléphonique et le troisième entretien a été réalisé en face à face.

Le nombre d'entretiens est aussi en conséquence. En effet, dans le service de pédiatrie de cet hôpital, trois puéricultrices y travaillent ou y ont travaillées. Concernant ces entretiens, deux des puéricultrices, étant en horaires de nuit, ont préférées réaliser l'entretien par téléphone pendant leur repos, quant au troisième entretien celui-ci a pu être réalisé en face à face tout en respectant les gestes barrières. Toutes les puéricultrices enquêtées ont donné leur accord pour que leur entretien soit enregistré après en avoir été informé.

En ce qui concerne l'entretien avec la puéricultrice n°1, par téléphone, nous n'avons pas pu nous joindre à l'heure prévue ayant de son côté un problème avec le réseau, nous avons donc commencé l'entretien avec une dizaine de minutes de retard. Elle s'est rendue disponible, ce qui nous a permis de ne pas être interrompues au cours de l'entretien. Afin de pouvoir réaliser l'enregistrement de l'entretien, le téléphone utilisé pour l'appel a été emprunté car celui-ci possède une option intégrée qui permet d'enregistrer directement les conversations téléphoniques avec une haute qualité d'écoute.

L'entretien avec la puéricultrice n°2 s'est déroulé par téléphone également, nous avons pu nous joindre à l'heure convenue et nous n'avons pas été interrompues. L'enregistrement de l'entretien s'est déroulé de la même manière que pour la puéricultrice n°1.

Concernant la réalisation de l'entretien avec la puéricultrice n°3, nous avons pu le réaliser en face à face, en respectant les gestes barrières, nous n'avons pas été interrompues, et le fait de le réaliser en face à face m'a permis d'apprécier son langage corporel. Pour permettre l'enregistrement de l'entretien, un téléphone avec l'option enregistreur vocal a été placé entre nous deux. Toutefois, lors de l'écoute de l'entretien, la qualité audio des réponses de l'enquêtée était moins optimale que pour ceux réalisés par téléphone.

c. Résultats des entretiens

Dans cette sous-partie, nous allons exploiter les résultats des entretiens réalisés, ils seront abordés sous trois thèmes suivant : la relation d'aide, la communication et enfin la relation d'aide spécifique à l'enfant. De plus, le choix a été fait d'incorporer la comparaison avec le cadre théorique dans les résultats au fur et à mesure.

Afin de faciliter la lecture des résultats des entretiens, un tableau récapitulatif de ceux-ci a été réalisé.

	Expérience	Année d'obtention du diplôme	Formation relation d'aide / communication
Puéricultrice 1	IDE : Pas d'expérience PDE : 21 ans pédiatrie	IDE : 1997 PDE : 1998	Non
Puéricultrice 2	IDE : 1 an pédiatrie et réanimation néonatale PDE : 1 an pédiatrie	IDE : 2017 PDE : 2019	Non
Puéricultrice 3	IDE : 2 ans pédiatrie PDE : 3 ans pédiatrie	IDE : 2014 PDE : 2017	Non

Tout d'abord, nous pouvons constater que les puéricultrices enquêtées ont toutes une expérience différente en service de pédiatrie en terme de temps, et que deux d'entre elles ont un parcours uniquement en service de pédiatre générale, quant à l'une d'elle elle possède également une expérience en réanimation néonatale.

De manière identique, chacune d'elles précise qu'elles n'ont pas eu de formation que ce soit sur la relation d'aide ou sur la communication en dehors de leurs recherches personnelles.

En ce qui concerne leur définition de la relation d'aide, chaque puéricultrice a la sienne pour la puéricultrice n°1 cela va être « *tout ce que tu veux mettre en place auprès de l'enfant pour l'accompagner durant son hospitalisation* » et « *leur faciliter en fait l'hospitalisation et les soins qu'on va prodiguer* », pour la puéricultrice n°2 ça sera plutôt « *un moment qu'on va partager avec l'enfant et sa famille* », « *une étape qu'on va franchir avec eux au moment où ils auront besoin* », « *ça peut être juste qu'on les écoute (les parents)* », « *un moment [...] pendant lequel on a besoin de valider certaines valeurs je trouve notamment le respect. Le respect, l'écoute, l'authenticité aussi. Et être franc, la sincérité.* », et enfin la puéricultrice n°3 va définir la relation d'aide de la manière suivante « *Accompagner le patient, accompagner la famille* » mais aussi « *requiert certaines qualités, quand même, professionnelles, surtout qualités de dialogue, de posture de dialogue, posture d'écoute active et d'empathie* ». L'approche de Carl ROGERS quant à elle dit que la relation d'aide est « *une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser chez l'une ou l'autre partie ou chez les deux une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ces ressources.*»²⁵. En mettant en lien la citation de ROGERS avec les différents discours des puéricultrices nous pouvons constater qu'elles sont donc en résonance avec lui sur le fait que l'accompagnement fait partie de la relation d'aide. Cependant, alors que nous retrouvons dans le discours de la puéricultrice n°3 les notions d'empathie et d'écoute active, étant les axes nécessaires à la construction d'une relation d'aide, selon ROGERS, les notions de congruence et de considération positive ne sont pas retrouvées. L'interrogation se pose de savoir pourquoi seulement certaines notions sont retenues au détriment des autres, et est-ce qu'elles sont appliquées sans pour autant être citées ni même expliquées. Il est possible que seulement certaines notions retiennent notre attention lorsqu'un apprentissage nous est dispensé.

D'après les puéricultrices les conditions nécessaires à l'établissement d'une relation d'aide passent par « *le dialogue avec les parents* », « *expliquer le déroulement du soin* », « *moyen médicamenteux sur prescription* », « *divertissement* » pour l'une, « *s'adapter à l'enfant* », « *prendre en compte son âge, sa capacité de compréhension* », « *Adapter, notre*

²⁵ ROGERS, Carl, HERBERT, E.L. (trad.). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod - InterEdition, 2005. p.27

moyen aussi de communiquer avec lui les mots qu'on va employer, le ton employé », « partir de ce que l'enfant et la famille savent », « ne pas être dans cette relation du soignant tout puissant », « Chaque relation, finalement, doit être singulière », « une salle dédiée aux entretiens », « prévenir ses collègues », pour la seconde, quant à la troisième elles passent par « Un lieu qui soit calme », « On peut avoir certains outils », « présence parentale », « on part aussi de l'enfant, des parents, de ce qu'ils nous renvoient et on s'adapte ». Au travers de ces différentes réponses, nous pouvons les mettre en lien avec le cadre théorique, appuyant leurs réponses, notamment avec cette citation dans le concept de relation d'aide : « En effet, il s'agit pour le soignant, d'adapter ses interventions en fonction de ses observations et de proposer ainsi un accompagnement adapté à la personne soignée. »²⁶, la notion d'adaptabilité se retrouve, mais également la notion de communication avec le dialogue, les explications, les mots et le ton employé qui seront donc propres à chaque relation.

En ce qui concerne le concept de communication, en lien avec les réponses retrouvées en entretien, nous pouvons établir que pour ces puéricultrices s'appuient sur « mon parcours » « mon vécu », « mon expérience », pour la puéricultrice n°1, « les valeurs humaines » « les valeurs professionnelles », « respect des familles », pour la puéricultrice n°2, « Mes connaissances », « mes propres qualités », « écoute active », « L'observation », « compétences professionnelles », pour la puéricultrice n°3, nous pouvons donc dire que leurs connaissances en terme de communication ont été acquises grâce à leur expérience, à certaines valeurs humaines et professionnelles, leurs propres qualités.

En outre, les ressources en terme de communication pour la puéricultrice n°1 sont « expliquer les soins », « rassurer le parent et l'enfant », « d'adapter notre discours avec des mots simples », concernant la puéricultrice n°2 il s'agit « les travaux que j'ai pu faire », « discuter auprès de mes collègues », « certains bouquins », enfin pour la puéricultrice n°3 il est question de « la gestuelle », « notion de transparence et si je dis certaines choses mais que mon langage corporel renvoie autre chose je pense que ça peut être source de discordance », « mon téléphone portable », « certaines brochures ». Nous pouvons ainsi mettre en concordance ces réponses avec le cadre théorique sur le concept de communication avec cette définition : « action de communiquer avec d'autres, de transmettre, de faire participer à [...] - ce par quoi une personne renseigne ou influence une autre personne et en est renseignée ou

²⁶ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire humaniste infirmier*. Setes, 2013. p. 229.

influencée. »²⁷. Ce qui nous permet d'observer un retour des puéricultrices en adéquation avec cette définition puisqu'elles communiquent au travers de supports et de manière adaptée en fonction de la relation. Qui plus est, comme le dit Margot Phaneuf, la communication est composée d'une communication verbale et non verbale, qu'il est important de faire coïncider afin de transmettre un message clair et synchrone et ainsi éviter une communication non efficiente, ce qui vient confirmer le discours de la puéricultrice n°3.

Par ailleurs, ces entretiens nous ont permis de mettre en évidence différentes ressources. Pour les puéricultrices, le parent fait partie intégrante de la prise en soins de l'enfant. Celles-ci s'accordent sur le fait que la communication établie avec l'enfant dépendra de son âge, de son développement et qu'elles auront, par conséquent, une approche différente en fonction de toutes ces notions. Pour cela, elles emploieront des mots différents en rapport avec le degré de compréhension de l'enfant, dans une optique similaire le ton utilisé ne sera pas forcément le même suivant l'âge de l'enfant.

De ce fait les puéricultrices vont s'adapter tout du long de la relation, que ce soit en terme de communication, « *le grand enfant, il comprend et on peut expliquer à l'enfant plus facilement, avec des mots adaptés* » pour la puéricultrice n°1 « *la proximité intime et le tutoiement rentre en ligne de compte* » pour la puéricultrice n°2, « *Mon langage ne sera pas forcément le même* », pour la puéricultrice n°3, ou par une approche physique également différente, « *Le nourrisson va être plus en contact dans le toucher, dans la parole douce* » pour la puéricultrice n°1, « *une approche physique déjà différente* » pour la puéricultrice n°2, « *un nourrisson me renvoie des choses de par son corporel et l'enfant de 7 à 11 ans communique en verbal* » pour la puéricultrice n°3, les outils employés seront de ce fait adaptés, « *pas les mêmes divertissements* » pour la puéricultrice n°1, « *l'âge de l'enfant qui va faire que n'importe quelle relation d'aide va être établie différemment* » pour la puéricultrice n°2, « *mes outils ne vont pas forcément être les mêmes* » pour la puéricultrice n°3. En mettant en parallèle ces réponses et la citation suivante du cadre théorique « *Des expériences ont montré comment, dès le plus jeune âge, les signaux émotionnels étaient utilisés par l'enfant comme élément de compréhension des états mentaux* »²⁸, nous pouvons donc constater que l'auteur valide les approches des puéricultrices enquêtées sur l'approche du nourrisson et de l'enfant plus grand. Celle-ci sera

²⁷ LANGENFELD, Solange ; COUTURAT, Florence ; IBRAHIM, Florence (collab.). *Soins relationnels Soins palliatifs. Unités d'enseignement 4.2 et 4.7.* Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2011. p. 151

²⁸ GOLSE, Bernard. *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant.* 4ème éd. Elsevier Masson, 2008. p.261

différente mais surtout que la communication non verbale est fortement perçue et interprétée par les enfants notamment et par conséquent, qu'il est nécessaire de maîtriser sa communication verbale pour établir une relation honnête.

En regroupant les résultats des différents entretiens, nous pouvons établir que chaque relation d'aide est unique et singulière, et également que la notion d'adaptation est primordiale. En effet, la relation sera à adapter en fonction de différentes notions mais également en fonction du soignant, de son expériences, de ses qualités. Afin de pouvoir entrer en relation avec l'enfant et ses parents, il est nécessaire de coordonner sa communication verbale, soit les mots employés ainsi que le ton utilisé, mais également sa communication non verbale par la gestuelle notamment, pour pouvoir permettre ainsi une compréhension plus claire des intentions du soignant. L'enfant évolue et se développe de manière individuelle, deux enfants du même âge n'auront pas forcément un développement cognitif identique. La communication est au cœur de toutes les relations, et dans l'objectif que celles-ci soient le plus bénéfiques possible et sans être préjudiciable à l'enfant, une bonne connaissance de celle-ci mais également du développement de l'enfant est importante.

Les divers entretiens se sont déroulés de manières adéquate. Les puéricultrices cherchaient leurs mots de temps à autres, nous n'avons pas été interrompues pendant les entretiens. Le fait de ne pas avoir eu le temps de tester l'entretien en amont a engendré une certaine incompréhension de quelques questions, toutefois les questions de relance ont permis de lever ces difficultés.

L'idée de départ de ce projet professionnel était de traiter de la communication positive auprès de l'enfant lors de la réalisation de soins et de son retentissement dans ceux-ci, cependant, bien que toutes les puéricultrices aient exposées qu'elles emploient des mots adaptés avec une approche différente par le ton ou les mots employés, aucune n'a cité la communication positive telle quelle. Elles ont laissé sous-entendre qu'une communication adaptée permet de favoriser la relation d'aide auprès de l'enfant sans développer davantage cet aspect.

Après avoir comparé les résultats des entretiens avec le cadre théorique, nous allons maintenant les mettre en relation avec les hypothèses.

d. Synthèse des hypothèses

A travers de cette partie, nous allons confirmer ou infirmer les hypothèses établies dans une partie précédente.

Ma question de recherche était la suivante : Comment la puéricultrice peut établir une relation d'aide avec l'enfant, de 7 à 11 ans, et ses parents dans un service de pédiatrie lors des soins ?

Afin de répondre à cette question deux hypothèses ont été émises :

- La communication de la puéricultrice prenant en compte le développement de l'enfant permet la construction d'une relation d'aide.

- La prise de conscience de la communication non verbale ainsi que la connaissance de son fonctionnement par la puéricultrice lui permet d'établir une relation d'aide avec l'enfant et ses parents.

Au travers des résultats apportés dans la sous-partie précédente, nous pouvons donc valider la première hypothèse. En ce qui concerne la seconde hypothèse, celle-ci est validée pour moitié. En effet, la communication non verbale a été prise en compte dans sa globalité. Pour autant les connaissances de son fonctionnement ne sont pas forcément connues ou reconnues par les puéricultrices.

VIII. Perspectives professionnelles

Tout au long de ce projet professionnel, j'ai pu m'apercevoir que la communication est prédominante dans l'établissement d'une relation à l'autre, et que celle-ci apparaît de diverses manières. Même si la communication est la base d'une relation, peu de professionnels sont formés autour de celle-ci, ce qui les oblige à utiliser leur propres ressources, et celles de leurs aînés. Cependant nous ne disposons pas tous des mêmes capacités de compréhension ou d'analyse. Pareillement, la formation des puéricultrices, en dehors de leur cursus scolaire, sur la relation d'aide est absente, ce qui est de mon point de vue, surprenant . Comment établir une relation favorisant les soins sans avoir été formé à la pratiquer ?

En tant que future puéricultrice, je souhaiterais mettre à profit cette expérience pour mettre en pratique les notions que j'ai pu redécouvrir à travers ce projet professionnel, et surtout pouvoir échanger avec mes pairs sur leurs pratiques, leurs connaissances. Je souhaiterais également me former et travailler sur la gestuelle, la communication non verbale puisque celle-ci transmet autant d'informations que la communication verbale qui est, quant à elle, beaucoup utilisée et ainsi pouvoir créer des outils utiles et pratiques. Dans un autre temps, je souhaiterais également pouvoir pousser mes recherches personnelles sur la communication positive afin de pouvoir les intégrer à ma pratique professionnelle. En effet si nombre de documents sur la parentalité et la communication positive sont disponibles pour les parents, peu d'études sont disponibles en lien avec la pratique soignante dans un service de soins.

Conclusion

Pour conclure, toutes les recherches effectuées au cours de ce projet professionnel m'ont permis de développer mes connaissances en termes de relation d'aide et de communication. Elles m'ont également donnée l'opportunité de travailler sur un sujet riche et passionnant, mais également d'en explorer les limites.

Ce sont justement ces limites que je souhaite pouvoir franchir, notamment concernant la communication positive dans les soins pédiatriques afin de pouvoir développer cet aspect dans ma future carrière. Et ainsi être plus en capacité de prendre en soin l'enfant et sa famille de manière le plus adaptée possible.

Ce projet professionnel sera terminé par la citation suivante tout en contraste.

« Car lorsque les mères souhaitent endormir leurs enfants qui ont un sommeil difficile, ce n'est pas du repos, mais au contraire du mouvement qu'elles leur donnent, en les balançant sans cesse dans leurs bras ; et au lieu du silence, c'est une mélodie. Disons que, au sens plein du mot, elles enchantent leurs enfants à l'instar des bacchantes frénétiques, en employant le mouvement qui unit la danse et le chant²⁹. »

²⁹ PLATON. *Œuvres complètes*. Paris : Flammarion, 2020.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

DELAMARE, Jacques. *Dictionnaire maloine de l'infirmière*. 6^{ème} éd. Paris : Maloine, 2012. 464 p.

GOLSE, Bernard. *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. 4^{ème} éd. Elsevier Masson, 2008. 368 p.

LANGENFELD, Solange, COUTURAT, Florence, IBRAHIM, Florence (collab). *Soins relationnels Soins palliatifs. Unités d'enseignement 4.2 et 4.7*. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2011. 224 p.

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

PAILLARD, Christine. *Dictionnaire humaniste infirmier*. Setes, 2013. 400 p.

PETIT, Valérie, THERASSE, Chantal. *Principes généraux de soins de santé en pédiatrie*. Les éditions de la Province de Liège, 2017. 180 p.

PHANEUF, Margot. *La relation soignant-soigné : L'accompagnement thérapeutique*. 2^{ème} éd. Chenelière Education, 2016. 296 p.

PLATON. *Œuvres complètes*. Paris : Flammarion, 2020. 2928 p.

ROGERS, Carl, HERBERT, E.L. (trad.). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod - InterEdition, 2005. 286 p.

SELLENET, Catherine. *Les puéricultrices au cœur de l'enfance*. Hommes et perspectives, 2002. 299 p.

Revue :

NARDIN, A. Le médecin face à l'enfant : question(s) de sensibilité(s) ? *Spirale*, février 2007, n°42, p. 19-33.

Textes législatifs :

France. ASSEMBLEE GENERALE DES NATIONS UNIES. *Déclaration des droits de l'enfant, Résolution 1386 (XIV)*. 841ème séance plénière. 20 novembre 1959. Disponible sur : [https://undocs.org/fr/A/RES/1387\(XIV\)](https://undocs.org/fr/A/RES/1387(XIV))

Etats-Unis. ASSEMBLEE GENERALE DES NATIONS UNIES. *Convention internationale des droits de l'enfant*. 20 novembre 1989. 32 p. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>.

Espagne. ETATS MEMBRES DU CONSEIL DE L'EUROPE. *Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine*. 4 avril 1997. 11 p. Disponible sur : <https://rm.coe.int/090000168007cf99>

France. *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Journal Officiel, n°541 du 5 mars 2002. p. 4118. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/MESX0100092L/jo/texte>

France. *Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale*. Journal Officiel, n°541 du 5 mars 2002. p. 4161. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/JUSX0104902L/jo/texte>

France. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. *Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (disposition réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Article R4311-13.* Journal Officiel, n°183 du 8 août 2004. p. 37087 Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913901&c idTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>

France. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. *Circulaire n° 83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants.* Non parue au Journal Officiel. Disponible sur : <http://droit-medical.com/textes-de-referance/17-textes-divers/118-circulaire-83-24-relative-hospitalisationdes-enfants>

France. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. *Circulaire N° DH/EO3/98/688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie.* Non parue au Journal Officiel. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_11219.pdf

Sites internet :

LAROUSSE [en ligne]. Définition enfant. Consulté le 23 février 2020. Consultable sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enfant/29439>

LAROUSSE [en ligne]. Définition parent. Consulté le 23 février 2020. Consultable sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/parent/58141?q=parent#432390>

LAROUSSE [en ligne]. Définition parentalité. Consulté le 23 février 2020. Consultable sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/parentalit%C3%A9/58145>

ANNEXE 1

La charte Européenne des droits de l'enfant hospitalisé

« *Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants.* » (UNESCO)

1. L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.
2. Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.
3. On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.
4. Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.
5. On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.
6. Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.
7. L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.
8. L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.
9. L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.
10. L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

Charte rédigée à LEIDEN (Pays-Bas) en 1988 lors de la première conférence européenne des associations « Enfants à l'Hôpital »

ANNEXE 2

Grille d'entretien pour la réalisation du projet professionnel

Cet entretien respectera votre anonymat et sera détruit après son analyse.

Question n°1

Quel est votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme d'infirmière ?

Objectif : Connaître son expérience professionnelle auprès de l'enfant et de l'adulte

Question de relance : Avez-vous eu une formation sur la relation d'aide ou la communication ?

Question n°2

Selon vous qu'est-ce qu'une relation d'aide ?

Objectif : Permet de connaître les notions acquises sur la relation d'aide.

Question de relance : Comment la définiriez-vous ? Quelles sont vos représentations de la relation d'aide ?

Question n°3

D'après vous quels sont les conditions pour permettre la construction d'une relation d'aide efficiente ?

Objectif : Permet de centrer la question sur les aspects personnels d'une relation d'aide (émotions, communication), permet de connaître les différences entre les différentes professionnelles.

Question de relance : Quels sont pour vous les moyens matériels, personnels, temporels pour la construction d'une relation d'aide efficiente ?

Question n°4

Quelles sont vos propres ressources pour établir la relation d'aide ?

Objectif : Identifier la connaissance de ses propres ressources.

Question de relance : Et en terme de communication ?

Question n°5

Selon vous, qu'est ce qui est spécifique à la relation d'aide pédiatrique ?

Objectif : Permet de voir la prise en compte des parents dans la relation d'aide, l'adaptation du langage

Question de relance : Comment l'adaptez-vous entre un nourrisson et un grand enfant ?

Question n°6

Quels sont les points qui vous semblent importants et que nous n'avons pas évoqués ?

Objectif : Permettre à la personne interrogée de compléter l'entretien avec un apport d'élément important pour elle, lui permet d'avoir sa propre parole

ANNEXE 3

Entretien le plus pertinent pour ce projet professionnel

Entretien réalisé en face à face le : 10 mai 2020 à 15h

Durée : 9 minutes et 11 secondes

Vanessa

Le sujet c'est la relation d'aide chez les enfants entre 7 et 11 ans lors des soins en service de pédiatrie. Première question quel est ton parcours professionnel depuis l'obtention de ton diplôme d'infirmière ?

Puéricultrice 3

J'ai été diplômée en 2014. J'ai intégré le service de pédiatrie, puis en 2016/2017 je suis partie en formation puéricultrice et je suis revenue par la suite dans le service de pédiatrie.

Vanessa

Est-ce que tu as eu des formations au niveau de la relation d'aide ou de la communication?

Puéricultrice 3

Formation proposée par l'employeur non, après enseignements théoriques lors de la formation puéricultrice oui, mais c'est tout.

Vanessa

Pour la question suivante, je vais te demander selon toi, qu'est-ce qu'une relation d'aide?

Puéricultrice 3

Pour moi, ce serait relatif à l'accompagnement. Accompagner le patient, accompagner la famille. Cela dépend de la situation. Soit on valorise une compétence parentale, par exemple, ou pour un enfant on vise à ce qu'il acquière cette compétence-là, par exemple ou accompagnement général dans la pathologie ou dans une situation précise. Après, je dirais que cela requiert certaines qualités, quand même, professionnelles, surtout qualités de dialogue, de posture de dialogue, posture d'écoute active et d'empathie.

Vanessa

D'après toi, pour la question suivante, quelles sont les conditions permettant la construction d'une relation d'aide efficiente ?

Puéricultrice 3

Euh ...

Vanessa

En termes de moyens matériels, personnels, temporels.

Puéricultrice 3

Ok. Première condition ce serait le lieu déjà, puisqu'on peut pas faire dans un couloir je trouve que c'est pas un lieu idéal, donc que ce soit la chambre ou en dehors de la chambre, parfois c'est bien aussi de sortir de la chambre. Un lieu qui soit calme, l'idéal, un lieu qui soit connu de l'enfant, connu des parents, surtout connu de l'enfant, ça rassure. Après présence parentale, puisque ça rassure l'enfant, le parent est concerné par la prise en charge ou du moins ce qui va être abordé. En termes de moyens, ça dépend des outils. Ça dépend de la situation. On peut avoir certains outils. Je pense notamment à, comment dire, quand il y a une barrière de la langue, on peut éventuellement avoir des outils qui rentrent en compte, soit des outils pour traduire, soit un traducteur extérieur, soit un membre du service qui vient traduire, ça c'est un outil assez important et après peut-être un support. Un support mis à disposition par le service un support qu'on aura mis à disposition. Et après, on part aussi de l'enfant, des parents, de ce qu'ils nous renvoient et on s'adapte.

Vanessa

Je vais te demander quelles sont tes propres ressources pour établir une relation d'aide ?

Puéricultrice 3

Mes connaissances je dirai tout simplement. C'est une base pour faire face. Ensuite, mes propres qualités aussi puisque chaque professionnel est différent, donc on a certaines qualités d'écoute même si tout type de professionnels se doit d'être en écoute active, parfois ce n'est pas donné à tout le monde. L'observation hyper important. Et mes ressources ... Mes propres ressources, je réfléchis si j'ai autre chose. Quand je dis connaissances je mets en lien avec les compétences professionnelles. Je réfléchis si je vois autre chose.

Vanessa

Peut-être en terme de communication ?

Puéricultrice 3

Après c'est communication, après ça dépend verbale non verbale ça dépend aussi, puisque la gestuelle rentre en compte de ce qu'on renvoie aux parents, à l'enfant, parce qu'il y a quand même une notion de transparence et si je dis certaines choses mais que mon langage corporel renvoie autre chose je pense que ça peut être source de discordance. Après mon téléphone portable, puisqu'il y a un traducteur dessus, ça c'est une ressource. Et en autre outil, mais après ça dépend de la situation, mais je peux utiliser certaines brochures que je peux avoir, je pense relation d'aide en lien avec l'allaitement maternel, par exemple bon là c'est pas dans ton sujet mais les brochures peuvent aider. Après je ne vois pas d'autre support.

Vanessa

La question suivante, selon toi, qu'est ce qui est spécifique à la relation d'aide pédiatrique ?

Puéricultrice 3

Spécifique à la relation d'aide péd... Je dirais la notion d'adaptation, ça me semble essentiel, puisqu'un enfant de la tranche d'âge 7-11 ans, il peut être ... un être humain de toute façon, personne n'est pareil, donc on doit s'adapter à ce que l'enfant nous renvoie, ce que les parents nous renvoient. Le développement aussi tout simplement de l'enfant. Je pense aussi au développement cognitif, par exemple, on est pas tous égaux vis-à-vis de notre développement. Nos expériences passées, ça rentre en compte dans le cadre de la relation d'aide et dans le cadre d'un soin aussi, puisque l'expérience d'un enfant ne sera pas la même qu'un autre. Et puis spécifique, bah les parents puisque un adulte on fait face à une seule personne, un enfant on fait face aux parents, on fait face à la famille élargie donc la fratrie. Donc c'est la spécificité je dirais.

Vanessa

Comment tu adaptes ta relation d'aide entre un nourrisson et un grand enfant ?

Puéricultrice 3

Euh .. Mon langage ne sera pas forcément le même, même si je parle à un nourrisson et je parle à un enfant, mais disons qu'un nourrisson me renvoie des choses de par son corporel et l'enfant de 7 à 11 ans communique en verbal. Même si le nourrisson aussi, le fait de pleurer est une forme de communication, mais beaucoup plus par la gestuelle. Après mes outils ne vont pas forcément être les mêmes. Et il y a quand même une notion de besoin qui est une responsabilité à sa mesure qui est plus inclus dans le 7-11 ans que dans le nourrisson puisque le nourrisson est aussi dépendant de sa mère. Moi je vois ça.

Vanessa

Pour moi c'est très bien.

Puéricultrice 3

Je réfléchis mais ... (rire).

Vanessa

Ce qui fait que j'en viens à la dernière question quels sont les points qui te semblent importants et qu'on n'a pas évoqué pour toi ?

Puéricultrice 3

Dans la relation d'aide ? Ou dans tout ?

Vanessa

Par rapport à l'entretien, de tout l'entretien s'il y a des choses dont tu as envie de parler ou que tu aimerais exprimer là, bah disons que c'est le moment.

Puéricultrice 3

(Rire) Ok. Les questions étaient assez déroutantes. Parce que ce n'était pas centré sur un soin particulier, une situation particulière, tu nous laisses partir de nous en fait aussi et on part de nous et nous-même on voit à peu près les situations, on analyse rapidement ce qu'on peut dire par rapport à tes questions. Donc, c'est vrai que c'est assez déroutant. Et puis, tu pars aussi de notre définition de la relation d'aide, donc pas facile parce qu'on ne sait pas trop ce que tu attends donc bah on fait avec nous-même avec ce qu'on sait et avec ce qu'on est. Mais sinon, j'ai rien à rajouter. Je n'ai pas forcément de questions parce que je ne connais pas tes recherches et où est ce que tu en es.