



HAL
open science

Communiquer masqué

Margaux Decottignies

► **To cite this version:**

| Margaux Decottignies. Communiquer masqué. Pédiatrie. 2021. dumas-03476804

HAL Id: dumas-03476804

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03476804v1>

Submitted on 13 Dec 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.



DECOTTIGNIES Margaux

Promotion 2020/2021

Projet professionnel

Communiquer masqué

École de puéricultrices

IFsanté Lomme

Sommaire

Introduction	1
1. Présentation des situations	2
1.1 Situation 1	2
1.2 Situation 2	4
1.3 Questionnement.....	4
2. Cadre théorique	5
2.1 Le contexte	6
2.1.1 Contexte pandémique : Covid-19	6
2.1.2 L'infirmière puéricultrice.....	6
2.1.3 L'enfant de 0 à 3 ans	8
2.2 Les concepts	11
2.2.1 La relation soignant-soigné	11
2.2.1.1 Définitions	11
2.2.1.2 Les différents niveaux de la relation soignant-soigné.....	11
2.2.1.3 La relation triangulaire enfant-parent-soignant.....	12
2.2.2 La communication avec l'enfant de 0 à 3 ans	14
2.2.2.1 Définitions générales	14
2.2.2.2 La communication verbale.....	15
2.2.2.3 La communication non-verbale/paraverbale	15
2.2.2.4 Le développement cognitif de l'enfant de 0 à 3 ans.....	17
2.2.2.4.1 Le stade sensori-moteur.....	17
2.2.2.4.2 La période pré-verbale	18
2.2.2.4.3 Le développement du langage	18
2.2.2.5 Communiquer masqué	19
2.2.2.6 Les effets sur la communication et le langage des enfants.....	22
3. Phase exploratoire	23
3.1 Choix de l'outil	24
3.2 Choix de la population	24
3.3 Partie analyse.....	25
3.3.1 Les entretiens	25

3.3.2 Analyse des entretiens.....	26
3.3.2.1 La relation soignant-soigné avec l'enfant et sa famille.....	26
3.3.2.2 Le vécu de l'enfant	28
3.3.2.3 Les moyens de communiquer masqué	29
3.3.2.4 Conclusion de l'analyse.....	34
4. Les perspectives professionnelles	36
Conclusion.....	36

Introduction

La formation spécialisée d'infirmière puéricultrice permet de nous orienter vers la santé du nourrisson, de l'enfance jusqu'à l'adolescence. Au cours de cette année de formation, nous sommes potentiellement confrontés à des situations qui nous interrogent et font émerger en nous un questionnement.

Cette année scolaire 2020-2021 fût particulière, liée à l'épidémie de Covid-19. De ce fait, j'ai remarqué lors de mes différents stages, des problématiques concernant le port du masque. En effet, il semblait compliqué au début de la crise sanitaire, de rendre obligatoire le port du masque chirurgical aux professionnels et cela sur toute la durée du poste. Mais il était intéressant de comprendre pourquoi hormis le fait qu'il soit contraignant sur le visage et qu'il tiende chaud...

Plusieurs situations interpellantes se sont présentées à moi concernant le port du masque et l'instauration du lien de confiance avec l'enfant, et plus particulièrement relatif à la communication avec celui-ci. C'est pourquoi j'ai décidé de traiter un sujet de travail de fin d'études d'actualité sachant que très peu d'études avaient été réalisées auparavant. Il est important pour moi de répondre aux questions que je me posais d'autant plus que sur le terrain ces questions se posaient également.

Toutes ces raisons m'amènent à aborder le sujet de la communication entre la puéricultrice et l'enfant de 0 à 3 ans incluant le port du masque. Mon but est de comprendre comment communiquer masqué avec un jeune enfant voire nourrisson sachant, notion que j'ai apprise durant ma formation, qu'ils s'attachent beaucoup aux expressions des visages et les imitent.

En ce sens je commencerai par exposer mes situations de départ, celles qui m'ont animées à traiter ce sujet. Pour continuer je renseignerai le contexte lié à la pandémie que nous traversons, ensuite je réaliserai mes recherches sur les concepts de la relation soignant-soigné et de communication ; je ferai mes entretiens pour finir sur une analyse qui m'aidera à répondre à ma problématique de départ.

1. Présentation des situations

Dans les situations qui vont suivre, le prénom de l'enfant a été modifié afin de préserver l'anonymat.

1.1 Situation 1

La situation se déroule en hospitalisation à domicile lors de mon premier stage de la formation d'infirmière puéricultrice. Dans ce service, nous intervenons au domicile des patients afin d'y effectuer les soins qu'ils soient chroniques ou aigus. Nous sommes à ma deuxième semaine de stage sur quatre, je me rends pour la première fois accompagnée de la puéricultrice au domicile de Louise. Jeune fille âgée de douze ans que l'équipe d'hospitalisation à domicile suivait pour une cure d'enzymes que nous devons réaliser toutes les deux semaines sur chambre implantable.

Louise est atteinte de la maladie de pompe, une maladie génétique héréditaire, un déficit enzymatique qui entraîne une myopathie progressive, la myopathie est définie comme « *toute affection des fibres musculaires* »¹. De ce fait, Louise est malentendante depuis l'âge de cinq ans environ et est porteuse d'une trachéotomie depuis ses dix ans. Elle est de nature anxieuse (dûe aux différentes expériences qu'elle avait eu avec d'autres soignants, comme par exemple un échec de pose d'aiguille de Hubert). Elle présente des habitudes particulières avec les puéricultrices qu'elle connaît, par exemple il faut que ce soit elle qui retire son pansement anesthésiant seule, ou encore elle retire plusieurs fois la main de la puéricultrice lorsqu'elle s'apprêtait à la piquer... Je me renseigne donc auparavant sur cette maladie, je fais des recherches, j'échange avec les puéricultrices du services pour en connaître d'avantage sur ses habitudes de vie.

Ce jour-la, je me présente à elle en lui écrivant sur une ardoise car Louise arrive à lire sur les lèvres mais, dû au port du masque chirurgical obligatoire en raison du contexte sanitaire actuel lié à la covid-19, il est d'autant plus compliqué de communiquer avec elle. Je lui ai donc dit « Je m'appelle Margaux, je suis infirmière mais étudiante puéricultrice, et c'est moi

¹ Dictionnaire Larousse [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/myopathie/53564>>

qui vais réaliser le soin si tu es d'accord ». Louise me dis non d'un hochement de tête et refuse que ce soit moi qui réalise le soin car, d'après sa maman, elle a peu confiance quand elle fait face à des nouveaux soignants. Il fallait poser une aiguille de Hubert puis brancher la perfusion préparée au préalable. J'étais frustrée à ce moment, cela était pour moi un échec de ne pas avoir réussie à collaborer avec cette jeune fille, de ne pas avoir réussie à capter son attention afin de réaliser les soins qui lui étaient destinés...

J'essaye donc de la rassurer en me montrant empathique, je lui pose une main sur l'épaule et lui souris, c'était un challenge pour moi de réussir à rassurer cette petite fille, je lui écris alors que j'ai déjà réalisé ce soin sur un autre enfant, que tout s'est bien passé... Après réflexion, Louise souhaite que ce soit la puéricultrice qui m'accompagne qui réalise le soin en nous faisant comprendre qu'elle ne me connaissait pas et précise avec un langage qui lui est propre c'est à dire qu'elle ne prononçait que quelques syllabes et uniquement sa maman comprenait et nous interprétait « *je ne te connais pas je n'ai jamais vue ta tête* ».

Je suppose donc que cette jeune fille n'a pas eu le temps de créer un lien de confiance avec moi de plus que, selon moi, il est moins aisé de laisser paraître notre bienveillance avec le masque chirurgical. Je ne m'attendais pas à cette réponse de sa part, en revanche en y réfléchissant et en échangeant avec la puéricultrice, je me rends compte que les enfants sont très physionomistes et ont besoin de connaître l'adulte qui se trouve en face d'eux pour créer cette relation de confiance surtout quand ils sont soignés depuis des années avec les mêmes personnes...

Je n'ai pas eu l'occasion lors de ce stage de retourner chez Louise, ainsi je n'ai pas pu essayer d'autres méthodes afin de créer ce lien de confiance avec cette jeune fille, en revanche cela m'a permis de réfléchir aux pratiques de la puéricultrice en situation de soins avec le port du masque.

Une seconde situation vécue en stage en tant qu'étudiante puéricultrice m'a interpellée sur l'impact du port du masque dans la communication et l'élaboration des soins auprès des enfants.

1.2 Situation 2

La situation se déroule dans une crèche municipale, lors de mon second stage. Nous sommes à ma troisième semaine de stage sur quatre. La situation se déroule dans le service des bébés (avec des enfants âgés de cinq à quinze mois), je m'apprête à donner le repas à Elio, petit garçon. Du haut de ses cinq mois, les parents avaient à peine débuté la diversification alimentaire à la maison par des céréales et légumes dans le lait. Ils nous avaient demandé et autorisé à poursuivre cela à la crèche sachant que c'était leur premier enfant et qu'ils avaient « *un peu peur* ». De ce fait, à l'heure du repas je prépare un bol avec quelques cuillères de purée de carottes, j'installe Elio en chaise haute puis je lui explique délicatement que je vais lui donner une délicieuse purée à base de carottes, avec de nouvelles saveurs. Instinctivement, j'ouvre la bouche pour lui montrer l'exemple à suivre afin qu'il comprenne qu'il doit prendre la cuillère en bouche, mais avec le masque chirurgical, Elio ne voyait pas mon visage. C'était frustrant pour moi de ne pas pouvoir donner l'exemple à ce petit garçon. En effet, la diversification alimentaire a à peine commencé, le petit garçon n'avait pas le réflexe d'ouvrir la bouche à l'arrivée de la cuillère. C'est pour cela que je me suis mise à une distance d'environ deux mètres afin d'ôter le masque et lui montrer comment j'ouvrais la bouche. Cela fût quelque peu utile, car je n'ai pas répété cette action de nombreuses fois sachant la situation sanitaire actuelle. Après quelques minutes difficiles, Elio ouvrait la bouche quand j'approchais la cuillère et commençait à comprendre le cheminement, je me sentais tout de même fière et il était satisfaisant de voir ce petit garçon se diversifier et apprécier. En revanche il fallût « transgresser les règles » afin de donner l'exemple à cet enfant...

Au travers de ces deux situations, je me suis questionnée sur les conséquences du port du masque et en discutant avec d'autres professionnels, je me suis rendue compte que son port en situation de crise sanitaire pouvait impacter dans nos professions et métiers de santé, mais par quels biais ?

1.3 Questionnement

- Existe t-il des alternatives à la communication avec le bébé et le port du masque chirurgical ?
- En quoi son port quotidien peut impacter dans la communication avec l'enfant ?
- En quoi la communication active entre la puéricultrice et l'enfant est-elle importante ?
- Comment communiquent les bébés/enfants ?
- En quoi est t-il important de créer une relation de confiance avec l'enfant ?
- Comment procéder afin de créer une relation soignant-soigné de confiance ?
- De ce fait, le port du masque permanent impacte-t-il la relation de confiance et la prise en soins de nos patients ?

Ces premières interrogations m'ont menées vers une question plus générale regroupant toutes ces notions et me permettant d'atteindre la problématique de mon travail de fin d'études.

Question de départ :

En quoi le port quotidien du masque chirurgical par la puéricultrice influence la communication avec l'enfant de 0 à 3 ans ?

2. Cadre théorique

Afin de pouvoir répondre au mieux à cette problématique, il est essentiel d'aborder les différents concepts y découlant. Je débuterai mes recherches par un cadre contextuel en abordant la crise sanitaire liée à la covid-19, en définissant l'infirmière puéricultrice et ses missions puis je terminerai par l'étude de l'enfant de 0 à 3ans. Ensuite j'axerai mes recherches sur la relation soignant-soigné entre la puéricultrice et l'enfant de cet âge afin de comprendre comment ils communiquent et comment le masque peut-il impacter cette communication.

2.1 Le contexte

2.1.1 Contexte pandémique : Covid-19

L'Organisation Mondiale de la Santé travaille depuis 2019 en collaboration avec des gouvernements, des experts mondiaux et des partenaires sur cette nouvelle pandémie de maladie à coronavirus 2019. Ils enquêtent sur les connaissances scientifiques de ce virus, et aident les pays et individus à protéger leur santé et celles des autres pour ainsi éviter la propagation de celui-ci.

Des nouveaux gestes sont donc à adoptés, les rassemblements de publics sont interdits, une distanciation sociale d'au moins un mètre dans les lieux publics est recommandée ainsi que le port du masque obligatoire.

Dans les structures de soins, les masques chirurgicaux sont devenus obligatoires tant pour les soignants que pour les patients âgés de plus de 11 ans, il est donc nécessaire de réapprendre à vivre et à travailler en incluant ces nouveaux gestes.

Voyons maintenant ce que signifie infirmière puéricultrice et ses missions auprès de l'enfant.

2.1.2 L'infirmière puéricultrice

L'infirmière puéricultrice « *dispense des soins infirmiers adaptés à l'enfant, en tenant compte des dimensions biomédicale, socioprofessionnelle, cognitive, psychique, culturelle...* ».² Ce mot vient du latin « *puer* » veut dire enfant et « *cultrice* » évoque le fait de cultiver, autrement dit faire grandir.

La puéricultrice se chargera donc du bien-être et du développement du nourrisson, de l'enfant ou de l'adolescent.

² ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS. Infirmière puéricultrice [en ligne]. (Consulté le 12 Avril 2021). Disponible sur : <<https://www.ordre-infirmiers.fr/la-profession-infirmiere/les-metiers-infirmiers/infirmiere-puericultrice.html>>.

Elle peut exercer dans différents types d'établissement, le secteur hospitalier (dans le service de maternité, néonatalogie, pédiatrie...etc) ou le secteur extra hospitalier (dans les centres médico-sociaux, les crèches, les centres de protection maternelle et infantile...).

Concernant ses missions, cela dépendra de son lieu d'exercice, dans les maternités, services de pédiatrie, plus généralement en service hospitalier, la puéricultrice partage son temps entre les soins aux enfants et les relations avec les parents ou familles. Elle réalise un grand nombre de soins dits techniques comme les pansements, les poses de perfusions, les premiers soins aux nouveau-nés et elle suit rigoureusement les traitements médicamenteux prescrits par un pédiatre ou médecin.

La puéricultrice travaille toujours au sein d'une équipe pluridisciplinaire de santé afin de répondre au mieux aux besoins de l'enfant. Lors de sa formation d'un an de spécialisation après le diplôme d'état infirmier les enseignements théoriques et pratiques perfectionneront ses connaissances sur l'enfant sain et malade, sur la naissance, le développement physique et psychique, les besoins alimentaires, les pathologies infantiles, la dextérité dans les soins et sur la prise en soins globale d'un enfant. Au sein d'une équipe pluridisciplinaire, à l'hôpital comme en structure d'accueil de jeunes enfants, la puéricultrice prend soin des enfants dans une approche globale pour maintenir, restaurer ou promouvoir leur santé. Elle dispense des soins de continuité de la vie et des soins plus techniques en cas d'altération de la santé de l'enfant, elle favorise également l'autonomie, la socialisation et contribue notamment à l'éveil culturel et artistique de l'enfant. Elle contribue à leur intégration en situation de handicap, aide à lutter contre les exclusions et assure également des actions de protection de l'enfant. La puéricultrice peut concevoir des actions de promotion à la santé dans une approche communautaire puis elle peut aussi gérer l'administratif et la finance des institutions d'accueil de jeunes enfants par exemple.

Das le cadre de ce travail de recherche, il était important de définir l'infirmière puéricultrice afin de connaître et comprendre ses missions. Nous savons maintenant que celle-ci travaille,

dispense des soins auprès d'enfants, qu'ils soient d'ordre techniques ou de promotion à la santé. Il est donc nécessaire d'aborder ce thème et de discerner qui est l'enfant en question.

2.1.3 L'enfant de 0 à 3 ans

Etymologiquement, le terme enfant vient du latin « infans » qui signifie « *celui qui ne parle pas* »³ ainsi chez les romains, ce terme désignait l'enfant de sa naissance jusqu'à l'âge de sept ans.

C'est une notion qui a beaucoup évolué à travers les siècles et les différentes cultures pour aujourd'hui désigner l'être humain de sa naissance jusqu'à l'âge adulte or l'âge de la majorité variait d'une culture à l'autre. A ce jour et ce grâce à la convention internationale relative au droit des enfants datant de 1989, l'enfant est défini comme « tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable »⁴.

C'est ainsi que l'enfant est caractérisé par sa jeunesse et sa vulnérabilité, c'est un être en pleine croissance, un adulte en devenir ne pouvant se protéger seul. Il doit donc faire l'objet d'un intérêt particulier et d'une protection spécifique.

Après la signature de la convention internationale des droits de l'enfant, nous apercevons que les droits de l'enfant sont des droits humains, et ils possèdent des droits tout comme les adultes, en voici :

- « *Le droit à la vie et au principe de non discrimination, le droit à la dignité* ».
- « *Les droits civils et politiques : le droit à l'identité et à une nationalité* ».
- « *Les droits économiques, sociaux et culturels : le droit à l'éducation, le droit au meilleur état de santé* ».

³ Dictionnaire Larousse [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enfant/29439>>.

⁴ Collectif EADE. En avant pour les droits de l'enfant. Enfance et parentalité. Erès. Chapitre II, définition de l'enfant, p.93-102. Disponible sur : <<https://www.cairn.info/en-avant-pour-les-droits-de-l-enfant--9782749248073-page-93.htm>>.

- « *Les droits individuels : le droit de vivre avec ses parents, le droit à l'éducation, le droit à la protection sociale* »...
- « *Les droits collectifs : le droit des enfants réfugiés, le droit des enfants en situation de handicap* »⁵...

Ces droits tiennent compte des besoins propres à l'âge et de sa fragile immaturité intellectuelle. Ces droits tiennent compte de la nécessité du développement de l'enfant, ils ont le droit de se développer et de vivre convenablement que ce soit physiquement ou intellectuellement.

Les droits de l'enfant prennent en considération leur vulnérabilité, il est donc nécessaire de leur apporter un cadre protecteur. Il s'agit de leur accorder une attention particulière et une protection adaptée à leur âge et leur maturité. C'est pourquoi il existe des services d'aide et de soutien aux enfants, ceux-ci doivent être protégés contre l'exploitation au travail, l'enlèvement, la maltraitance...

Dans ce travail de fin d'étude, je vais cibler l'enfant de 0 à 3 ans, période dans laquelle l'enfant évolue rapidement et acquiert de nombreuses compétences physiques avec le développement psychomoteur, cognitif et psycho-affectif.

C'est ainsi que la puéricultrice s'adaptera au vécu de l'enfant, à son âge mais aussi à sa maturité pour aborder les soins, chaque enfant a son propre vécu, il est donc important de s'adapter aux besoins de chacun. Selon les représentations qu'ont les parents en matière d'éducation, il sera important de s'adapter à chacun pour une prise en soins optimale et globale. En effet en tant que puéricultrice nous prenons en soins des enfants mais aussi leur parents et leur famille.

A propos du soin, dans sa globalité il est le plus souvent un moment anxiogène pour l'enfant, la peur l'envahit souvent que ce soit face à un personnel soignant, un traitement, une consultation... Il anticipe la danger le plus souvent. C'est pourquoi préparer un enfant aux

⁵ UNICEF, United Nations International Children's Emergency Fund. La convention internationale des droits de l'enfant [en ligne]. (consulté le 13 Novembre 2021). Disponible sur <<https://www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant>>.

soins est d'autant plus utile qu'il le vivra sûrement comme un moment moins anxiogène que prévu, les cris, les pleurs pourront être évités. « *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* ». ⁶ En effet, il est important d'évaluer la pertinence des hospitalisations car de nombreux enfants ont subis des traumatismes liés à l'hospitalisation et aux soins qui y sont prodigués. Ainsi, lors de consultations de professionnels de santé, beaucoup d'enfants sont retissants et fuyants d'où l'intérêt d'avoir recours à une formation adaptée comme la formation d'infirmière puéricultrice afin de répondre au mieux aux besoins de l'enfant.

« L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille ». ⁷

En réalité, la formation initiale en soins infirmiers nous apprend à communiquer mais pas spécifiquement avec l'enfant. Des pathologies infantiles sont abordées ainsi que des techniques de soins mais sans être approfondies.

La formation de spécialisation en puériculture permet de prendre connaissance et nous permet d'être de plus en plus à l'aise dans les soins destinés à l'enfant.

L'hospitalisation est donc un moment opportun en matière de prévention et d'éducation à la santé, ce n'est donc pas uniquement un lieu où nous disposons des soins techniques.

S'adapter en tant que soignant au stade de développement de l'enfant et à ses besoins spécifiques fait partie intégrante des soins à l'enfant. Bien qu'ils puissent être hospitalisés pour une éventuelle pathologie, la situation de soins peut également s'appliquer en structure d'accueil de jeunes enfants ou encore au domicile avec ses parents. Le change, les repas, les divertissements sont considérés comme des soins que nous pouvons, en tant que professionnel, dispenser si bien à l'hôpital qu'en extra-hospitalier.

⁶ Article 1er, HAS, Charte de l'enfant hospitalisé [en ligne]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/format2clics_enfants_v3.pdf>.

⁷ Article 8, HAS, Charte de l'enfant hospitalisé [en ligne]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/format2clics_enfants_v3.pdf>.

2.2 Les concepts

Une fois le contexte renseigné, je vais aborder les concepts en commençant par la relation soignant-soigné qui est un concept clef à aborder pour pouvoir créer cette relation de confiance avec l'enfant. Y découlera la communication, composante de la relation soignant-soigné, dans laquelle sera détaillé les différents moyens de communication et l'influence du port du masque en situation pandémique.

2.2.1 La relation soignant-soigné

2.2.1.1 Définitions

Le mot soignant vient du verbe « *soniare* » en latin qui signifie « *s'occuper de* », d'après le dictionnaire en ligne *Larousse* le soignant est « *une personne qui donne des soins à quelqu'un* ». ⁸ D'autre part le terme soigné qualifie « *la personne qui reçoit des soins* » ⁹.

D'après ce même dictionnaire, la relation est « *un ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles* ». ¹⁰

En situation de soins, nous pouvons donc en déduire que la relation soignant-soigné est un ensemble de rapports et de liens qui existent entre le soignant et la personne soignée.

2.2.1.2 Les différents niveaux de la relation soignant-soigné

D'après Louis Malabeuf psychologue, il existe quatre niveaux différents de relation soignant-soigné :

⁸ Dictionnaire Larousse [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soignant/73228>>.

⁹ Dictionnaire Larousse [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soigné/73229>>.

¹⁰ Dictionnaire Larousse [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/reliations/67845>>.

- La relation de civilité pour accueillir le patient, une relation de politesse. Elle est conviviale informelle et respecte un code culturel. C'est une relation commune à tous et ne possède aucun engagement.
- La relation fonctionnelle qui est tournée vers les besoins du patient, c'est une relation d'enquête, en effet le soignant sera en quête d'informations pour une prise en soins optimale.
- La relation de compréhension intervenant dans un but empathique afin d'instaurer une relation de confiance pour soutenir le patient, bien souvent le patient se confie au soignant.
- La relation d'aide thérapeutique ou le patient trouve l'empathie et l'énergie d'agir dans son propre but. Cette relation est créée grâce à :
 - L'attitude empathique du soignant, définie par Pedinielli, professeur de psychopathologie comme « *ressentir le monde intérieur du client avec la signification qu'il a pour lui, le ressentir comme si il était son monde à soi, sans jamais perdre la qualité de « comme si »* ». ¹¹ Il est important en effet dans notre profession d'adopter cette attitude empathique qui aidera le patient, celui-ci se sentira écouté et accompagné.
 - L'écoute active afin de verbaliser les émotions que l'interlocuteur peine à exprimer.
 - La reformulation, c'est utiliser d'autres termes pour dire ce que vient de dire le patient de façon plus concise.
 - L'authenticité, c'est en effet un accord entre ce que la personne est (ce qu'elle ressent, pense et perçoit) et ce qu'elle communique.

La relation de confiance est un niveau nécessaire pour atteindre la relation d'aide thérapeutique, le but de la puéricultrice est donc d'accéder à cette relation avec l'enfant afin que les soins se passent au mieux. Pour cela, elle doit créer ce lien de confiance avec les parents qui sont souvent très présents auprès de leur(s) enfant(s).

2.2.1.3 La relation triangulaire enfant-parent-soignant

¹¹ CAIRN.INFO. *La relation de soin, concepts et finalités*. [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm>>.

Les parents ou représentants légaux connaissent parfaitement leur enfant et sont d'une grande aide pour les soignants, ils sont en collaboration avec ces derniers afin d'optimiser la prise en soin et contribuent au diagnostic (évaluation de la douleur, connaissance de l'enfant, habitudes, distraction...).

Lors des soins dispensés à l'enfant, très fréquemment les parents sont présents afin de les accompagner. Il est donc important de les inclure dans cette relation soignant-soigné, on parlera donc de relation triangulaire, d'après Thibault Wanquet « *Si pendant longtemps, l'enfant était séparé de ses parents lors de son admission dans un service hospitalier, de nos jours, accueillir l'enfant à l'hôpital implique d'y accueillir ses parents. Dans ce contexte, la traditionnelle relation soignant-soigné devient une relation triangulaire, une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation les uns avec les autres* »¹². De plus que Thomas Bonnet a réalisé une expérience de plus de trois mois, au sein d'un service de pédiatrie d'un centre hospitalier universitaire afin d'observer et d'analyser les interactions entre les patients, leur famille et le personnel soignant. On remarque, en effet, que les parents jouent un rôle important et directif dans le fonctionnement du service, d'autant plus qu'ils participent à la mise en oeuvre des soins destinés à leur enfant. L'expérience nous a montré que la place du parent dans les soins a évolué, auparavant la figure parentale était d'origine passive « *soumis au savoir médical* »¹³ alors qu'aujourd'hui on remarque « *un usager plus actif et décisionnaire dans le processus de soin* »¹⁴. C'est pourquoi il est important d'instaurer ce lien de confiance avec la figure parentale afin de pouvoir négocier aisément le soin en tenant compte des représentations de celle-ci.

D'après la charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé, « *un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quelque soit son âge ou son état* »,¹⁵ c'est pourquoi il est important de créer cette relation de confiance avec les

¹² WANQUET THIBAUT P. L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage. Elsevier Masson, Novembre 2015. Page 65.

¹³ Thomas Bonnet. Recherches Familiales. La normalisation du rôle parental par une équipe soignante [en ligne]. Union nationale des associations familiales. Pages 223-234. Page 4. Disponible sur : <<https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2015-1-page-223.htm?contenu=article>>.

¹⁴ Thomas Bonnet. Recherches Familiales. La normalisation du rôle parental par une équipe soignante [en ligne]. Union nationale des associations familiales. Pages 223-234. Page 4. Disponible sur : <<https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2015-1-page-223.htm?contenu=article>>.

¹⁵ Article 2, HAS, Charte de l'enfant hospitalisé [en ligne]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/format2clics_enfants_v3.pdf>.

parents ou le tuteur légal de l'enfant. Pour cela il faut tout d'abord intégrer les parents aux soins sachant qu'ils sont le repère de l'enfant. De plus, créer un climat de confiance entre l'équipe soignante et l'enfant ne peut qu'être bénéfique pour la prise en soins, « *il apparait alors comme primordial d'instaurer une relation de confiance avec l'enfant et sa famille dès le début de l'hospitalisation* »¹⁶.

La relation soignant-soigné ou relation de confiance, est acquise par un certain nombre de mécanismes que nous avons discerné ci-dessus, c'est un processus important et utile pour une prise en soins optimale de plus qu'il est important d'inclure la figure parentale. En revanche, il est maintenant utile d'étudier le concept de la communication avec l'enfant par lequel le soignant et lui interagissent afin de se connaître et se comprendre.

2.2.2 La communication avec l'enfant de 0 à 3 ans

2.2.2.1 Définitions générales

La communication est, d'après le dictionnaire en ligne *Larousse*, « *une action, de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage, échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse* »¹⁷.

C'est un besoin fondamental de l'être humain, en effet elle est la base de nos rapports en société, elle permet aux interlocuteurs de se faire connaître, apprécier leurs besoins et faire comprendre leur ressenti, leurs pensées et leur perception. C'est un échange porteur de sens nécessaire pour vivre en communauté et qui peut devenir une véritable relation comme nous le recherchons entre l'infirmière puéricultrice et l'enfant dans un service de soins. Bien que la communication soit différente de la relation (qui, elle, est un lien créé entre des personnes) c'est pourquoi on peut dire que la relation soignant-soigné ou relation de confiance que nous voulons atteindre avec l'enfant passe par ce concept de communication.

¹⁶ Thomas Bonnet. Recherches Familiales. La normalisation du rôle parental par une équipe soignante [en ligne]. Union nationale des associations familiales. Pages 223-234. Page 4. Disponible sur : <<https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2015-1-page-223.htm?contenu=article>>.

¹⁷ Dictionnaire Larousse [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>>.

Il est important, lorsque deux personnes communiquent entre elles, qu'un feed-back (également appelé rétro-action) ait lieu. En psychologie sociale, le feed-back est un ensemble de signes directement ou indirectement perceptibles permettant à une personne de comprendre l'effet ou le résultat de sa communication. C'est une information en retour qui permet à l'émetteur de savoir si son message a bien été reçu et compris par le récepteur. C'est grâce à ce feed-back qu'il sera possible aux interlocuteurs d'ajuster leur réponse, il est essentiel pour assurer la continuité de la communication. En effet une réponse comme un sourire ou encore un geste violent permettent de continuer ou rompre ce processus de communication, c'est pourquoi elle est attendue à la fin d'un message.

On retrouve deux moyens de communiquer avec autrui, la communication verbale et non verbale. Etudions ceux-ci afin de comprendre comment communiquer l'être humain en général avant de cibler sur l'enfant.

2.2.2.2 La communication verbale

Celle-ci est vectrice d'informations et de compréhension, il faut prêter attention aux composantes de cette communication verbale (les mots utilisés, la composition des phrases, la contextualisation...). Il est nécessaire de savoir gérer les potentielles interférences qu'elles soient internes, comme la timidité, ou externes comme le manque d'intimité ou bien les bruits extérieurs. Il faut éviter tout message imprécis, incomplet, inapproprié ou encore indirect car la cible visée ne comprendra pas l'intention du message. La communication verbale s'adapte toujours en fonction de la personne qui se trouve en face de nous, par exemple en tant qu'infirmière puéricultrice et avec un enfant il sera judicieux d'utiliser des mots simples, se mettre à sa hauteur et surtout se soucier de la compréhension de l'enfant afin d'aborder les soins plus sereinement.

2.2.2.3 La communication non-verbale/paraverbale

La communication non-verbale se traduit par des expressions faciales, des gestes, des bruits et par le toucher. Elle est imprécise et peut prendre différentes significations selon les personnes et leur culture. Elle enrichit ou parfois contredit les propos verbaux. Pour les soignants il est, dans certains cas, fondamental de chercher à comprendre ce que souhaite à transmettre le patient par son comportement non-verbal. Par exemple, la douleur peut paraître sur le non-verbal d'un enfant (avec de potentielles expressions faciales) alors qu'il nous dit ne pas avoir mal et/ou ne peut exprimer son mal être.

D'après Hubert Montagner, l'adulte prenant en soin des enfants et/ou le parent de l'enfant « *présentait dans de multiples situations les mêmes enchaînements moteurs et vocaux que l'enfant* », ¹⁸ par exemple : « *s'accroupir - courir - offrir - incliner la tête* » ¹⁹. Ceci nous montre que le non verbal de l'enfant est très important, en effet les actions menées ou les émotions présentés par l'enfant aident les soignants et/ou les parents à mieux le comprendre. De plus que l'enfant applique fréquemment le non verbal afin de s'exprimer lorsqu'il ne parle pas encore.

Il est aussi important de porter intérêt à ce que nous transmettons en tant que soignant. Il existe de nombreux signes non-verbaux comme par exemple la gestuelle, la posture, la coloration de la peau ou encore le regard... Le comportement non-verbal qu'a une personne traduit ce qu'elle ressent et ce qu'elle pense. De plus, la distance que nous instaurons avec le patient en dit long sur le message que nous faisons passer (message plus ou moins intime selon la distance qui se trouve entre nous). Au contact de l'enfant, la puéricultrice se trouve généralement très proche de lui afin de favoriser le lien soignant-soigné et de pouvoir coopérer au mieux.

Concernant le toucher, c'est un moyen de communication non-verbal qui est chaleureux et très souvent efficace, cela exprime une compassion et une bienveillance envers le patient. Le toucher montre que nous les soutenons avec un effleurement par exemple.

Chez l'enfant, le non-verbal est d'autant plus important que le verbal, en effet nous avons vu que, pour renforcer le lien parents-enfants il est indispensable de donner de l'attention à son

¹⁸ Hubert Montagner. L'enfant et la communication. Comment des gestes, des attitudes, des vocalisations deviennent des messages. Pernoud/Stock. 1978.402 pages. Page 92.

¹⁹ Hubert Montagner. L'enfant et la communication. Comment des gestes, des attitudes, des vocalisations deviennent des messages. Pernoud/Stock. 1978.402 pages. Page 92.

enfant tel que lui faire des câlins, lui montrer qu'il est important, utiliser le contact visuel, se mettre à sa hauteur... Ainsi en tant que soignant, il sera indispensable de créer un lien de confiance avec l'enfant en passant par cette communication non-verbale notamment et de manière empathique, il sera d'autant plus facile d'entrer en contact avec lui. Il est donc intéressant maintenant d'étudier le développement cognitif de l'enfant afin de comprendre comment il apprend à communiquer avec autrui.

2.2.2.4 Le développement cognitif de l'enfant de 0 à 3 ans

2.2.2.4.1 Le stade sensori-moteur

D'après Jean Piaget spécialiste en psychologie du développement, le stade sensori-moteur est le premier stage du développement cognitif de l'enfant de 0 à 2 ans, c'est à ce stade que l'enfant apprend les différents sens de part des activités motrices mais aussi par l'imitation du plus âgé (que ce soit la figure parentale, son entourage ou d'autres enfants).

Dans l'ordre chronologique, avant 1 mois l'enfant commencera par exercer uniquement des réflexes, ensuite entre 1 et 4 mois il reproduira les comportements qui lui provoquent des sensations agréables (comme porter un objet à sa bouche). Dès 4 mois et ce jusqu'à environ 8 mois il s'intéressera à son environnement, ce qui l'entoure, il cherchera à découvrir. De 8 à 12 mois l'enfant sera en mesure de prévoir des événements, de 12 à 18 mois il commence à explorer, essaye de nouvelles activités et résout des problèmes simples puis de 18 à 24 mois il sera capable de se représenter mentalement certains comportements.

L'enfant progressera grâce à des gestes simples et répétitifs d'abord centré sur lui-même puis, par la suite, ouverts sur l'environnement, c'est pourquoi il est intéressant de proposer un environnement riche en stimulations pour l'enfant et de l'adapter à son développement et à son âge. Il est important de guider l'enfant dans ses actes et non pas de faire à sa place. En effet aux alentours de 2 ans les enfants sont dans l'imitation, il est intéressant de proposer des jeux et activités imitables tels que les poupons, la cuisine, l'emboîtement... Cela favorisera leur habilité et leur conscience de ce qui les entoure.

2.2.2.4.2 La période pré-verbale

Le nourrisson est apte à communiquer bien avant qu'il prononce ses premiers mots, en effet il existe des moyens pour lui de manifester ses émotions et ses besoins à l'adulte, on appelle cela le langage pré-linguistique et gestuel. Par exemple, l'enfant peut émettre des pleurs pour montrer à ses parents qu'il a faim, il peut gazouiller ; d'après le dictionnaire en ligne *Larousse* un gazouillis signifie une « *émission vocale spontanée du nourrisson* »²⁰ afin de se faire entendre et de montrer son intérêt ou son désintérêt à quelque chose. Il peut également babiller, d'après ce même dictionnaire, le babillage signifie des « *vocalisations spontanées émises par les nourrissons en dehors de toute expérience auditive* ».²¹ Le bébé comprend les mots avant d'être capable de les prononcer, il est également en mesure de distinguer les différents sons et intonations de voix si l'adulte ou l'autre enfant face à lui est en colère il sera en mesure de le comprendre.

2.2.2.4.3 Le développement du langage

Vers l'âge d'un an, l'enfant prononce son premier mot, bien qu'il puisse en comprendre environ cent-cinquante, il n'en prononcera qu'une cinquantaine. C'est uniquement en grandissant, vers deux ans et demi-trois ans qu'il maîtrisera de plus en plus les constructions de phrases et les règles de grammaire. En effet l'acquisition du langage est liée à différents facteurs, nous discernons la maturation du cerveau, les pratiques éducatives et le contexte familial et social.

L'apprentissage du langage nécessite des interactions avec l'adulte, il est important de parler au bébé, de nommer les objets qui l'entoure, de lui expliquer les actions qu'il entreprend ou que l'adulte entreprend avec lui. C'est pourquoi la lecture par exemple est très intéressante

²⁰ Dictionnaire Larousse [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gazouillis/36396>>.

²¹ Dictionnaire Larousse [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/babillage/7294>>.

quant au développement de la communication et du langage de l'enfant, c'est un moment propice pour discuter, lui poser des questions et apprécier ses connaissances.

Maintenant que nous en savons plus sur la communication de l'enfant, nous allons étudier les comportements avec le masque en situation pandémique.

2.2.2.5 Communiquer masqué

L'objet de ce travail de fin d'études étant d'étudier les effets du port du masque dans la communication avec l'enfant de 0 à 3 ans, il m'était important de rechercher si des études avaient eu lieu avant la situation pandémique. En revanche je n'ai trouvé que très peu de recherches et d'articles sur ce sujet, probablement car les situations de soins avec port du masque obligatoire étaient relativement faibles auparavant, surtout avec les enfants. Les masques de protection chirurgicaux ou encore de norme FFP2 étaient utilisés en précautions complémentaires en cas de pathologies le nécessitant. La plupart de ces articles sont d'origine anglaise (ou canadienne).

D'après les recherches faites avant la situation pandémique, je remarque que le masque était considéré comme une sorte de barrière physique entre le locuteur et l'interlocuteur qui pouvait affecter les échanges entre individus et l'accès aux indices d'origine visuelle ou encore auditive. Une étude avait été réalisée au sein du journal Américain de l'académie de l'audiologie (*J Am Acad Audiology*) afin de déterminer si le port du masque et les bruits ambiants ont une influence sur la communication avec les patients. 35 personnes y ont participé, l'objectif était d'étudier la réponse aux stimuli sans masque et avec du bruit, avec le masque dans le silence et avec le masque en présence de bruits. Pour résumer, « *la présence d'un masque chirurgical n'a pas eu d'effet néfaste sur la compréhension de la parole dans les groupes auditifs normaux ou malentendants de cette étude* »²². En revanche, il est stipulé que les bruits interférents dans les structures de soins pouvaient avoir des effets sur l'audition et la compréhension en cas de port du masque chirurgical et que l'environnement serait la cause

²² Speech understanding using surgical masks : a Problem in health care ? [en ligne]. Page 695. Disponible sur : <https://www.audiology.org/sites/default/files/journal/JAAA_19_09_03.pdf>.

d'une mauvaise perception de la parole, mais que d'autres études seraient nécessaires afin de le prouver.

Dans un second article, élaboré par l'hôpital Sick Children's de Toronto, on remarque que des conseils étaient faits aux familles et aux enfants sur le port du masque. Une affectation de la communication non-verbale était distinguée d'autant plus que la lecture labiale n'était plus possible. Cela posait problème pour les personnes étrangères ne parlant pas la langue ou pour les personnes malentendantes. Les conseils pouvaient être les suivants, exagérer les mimiques du visage et les mouvements de la tête ou encore porter une carte d'identification avec une photographie apparente.

De ce fait je remarque qu'avant la situation pandémique, quelques questions se posaient face à ce sujet, en revanche que très peu car ces situations n'étaient pas fréquentes. Beaucoup d'études ne sont pas issues de France mais sachant que le système de santé du Canada se rapproche à celui de la France, j'ai décidé d'utiliser ces sources afin de pouvoir comparer aux actualités.

Depuis Mars 2020, de nombreuses études accompagnées d'articles ont été réalisées sur le port du masque et la communication avec les patients en service de soins. Je peux donc en déduire qu'en situation pandémique, le port du masque constant en situations de soins avec l'enfant peut avoir des effets sur la communication avec celui-ci, ou du moins, poser plus de questions à la population et aux professionnels de santé.

On remarque que le port du masque impact essentiellement la communication non verbale, en effet, les émotions peuvent être mal interprétées car elles impliquent tous les muscles du visage sans exception. C'est pourquoi, en ayant le bas du visage caché, il peut être complexe de les comprendre. De plus que Ronald Choquette professeur en audiologie montre que le port du masque atténue la parole de 12 décibels, (donc une voix de débit normal devient plus faible) d'autant plus que cela empêche la lecture labiale.

Au début de la situation pandémique, des psychiatres se sont penchés sur le sujet. En effet, selon eux, le masque n'affecterait pas que la communication verbale mais également la non-verbale. Pour résumer, d'après eux, le masque diminue le sentiment de confiance entre le

soignant et le soigné, il réduit la perception de la parole avec une voix dite étouffée ainsi que la communication des émotions (en ayant accès qu'au front, aux yeux et aux sourcils).

Des axes d'amélioration ont été proposés afin de pouvoir communiquer au mieux avec les patients. Il serait préférable d'utiliser le langage para-verbal, utiliser nos yeux et nos sourcils d'avantage, réaliser des gestes avec nos mains et utiliser la posture du corps afin de communiquer plus efficacement et faciliter la compréhension de l'interlocuteur. De plus, privilégier la communication en petit comité, mettre de l'intonation dans nos phrases et favoriser une communication personnalisée et empathique permettrait de garder cette relation soignant-soigné et de se comprendre mutuellement.

Nawal Abboub docteur en neurosciences cognitives et spécialiste du langage chez les enfants, nous apprend, dans son article *Le bébé face au masque*, que les enfants observent beaucoup la bouche à partir de six mois (âge auquel ils commencent à produire des sons volontaires). Cette observation les aiderait à comprendre plus facilement, à décoder et interpréter les mots. L'article nous renseigne également sur la manière dont vont devoir s'adapter les enfants « *Ils vont développer des stratégies pour compenser la perte d'informations venant du bas du visage* »²³. En effet, comme nous l'avons vu ci-dessus, les bébés vont prêter davantage attention aux tonalités de la voix, au regard et à la gestuelle du professionnel afin d'apprécier les signaux. C'est pourquoi en tant que professionnel de santé ou en tant que parent il est d'autant plus important d'aider le bébé à s'adapter « *il faut compenser cette perte de signal en exagérant d'autres aspects de la communication* ».²⁴

Nous allons à présent étudier les différents moyens de communiquer efficacement et s'assurer que l'enfant ait compris ce que voulait lui transmettre l'adulte.

Pour commencer, il est essentiel que le bébé s'habitue à la présence du masque et pour ce faire, une phase dite d'entraînement est nécessaire comme par exemple utiliser le jeu du

²³ Norédine Benazdia. Picoti, *Le bébé face au masque : comment communiquer le visage caché ?* Milan presse. Page 2.

²⁴ Norédine Benazdia. Picoti, *Le bébé face au masque : comment communiquer le visage caché ?* Milan presse. Page 2.

cache-cache afin que l'enfant comprenne qui se cache derrière. Cela pourrait se trouver anxiogène pour les tout-petits s'ils ne reconnaissent pas les visages notamment lors de l'angoisse de séparation qui intervient aux alentours de neuf mois.

Lors d'un sourire par exemple, il est notable de ne pas utiliser seulement la bouche mais intéressant de sourire avec la voix (exprimer le sourire à voix haute) ainsi qu'avec les yeux, la forme des yeux en dira long sur l'état d'esprit de la personne. Permettre de transmettre les émotions par ces biais, on appelle cela la prosodie, le fait de transmettre des indices à l'enfant par la voix afin qu'il comprenne s'il est interrogé, si nous sommes contents de lui... D'où l'importance de jouer avec le regard, les expressions et la hauteur du corps. Plus l'enfant se sentira en sécurité et accompagné, plus il sera conciliant et adhérent.

En réalité, d'après Docteur Abboub, le contexte vécu peut effectivement déstabiliser les relations et les interactions avec les enfants. Par conséquent, ces adaptations permettront à l'enfant et à l'adulte de s'accommoder, l'idée est de garder ces bonnes habitudes afin de parfaire et accélérer les apprentissages du bébé, quand bien même le port du masque ne sera plus obligatoire.

2.2.2.6 Les effets sur la communication et le langage des enfants

En Décembre 2021, plus récemment, une enquête auprès de professionnels de la petite enfance fût réalisée par Marie Paule Thollon Behar psychologue du développement.

Premièrement il est stipulé que sont peu nombreux les personnes trouvant que le masque n'a aucune influence sur la communication. En revanche « *la plupart des professionnels, au vu de leurs observations, indiquent que le port du masque, a un impact sur la réception du langage, sur sa production mais aussi sur la qualité de l'attention des enfants et leur engagement dans les interactions* »²⁵. En second, les professionnels ont remarqué un manque concret d'attention et d'investissement de la part des enfants, un point inquiétant pour le développement général de l'enfant. De plus les messages et consignes sont moins bien comprises, voici un témoignage intéressant d'une professionnelle « *Q, 25 mois : tire les*

²⁵ Marie Paule Thollon Béhar. Les effets du port du masque sur la communication et le langage [en ligne]. 15 Février 2021. Disponible sur <<https://lesprosdela petiteenfance.fr/vie-professionnelle/organisation-et-pratiques-professionnelles/enquete-les-effets-du-port-du-masque-sur-les-jeunes-enfants-en-lieux-daccueil-collectif/les-effets-du-port-du-masque-sur-la-communication-et-le-langage>>.

*cheveux à un enfant, je le stoppe, fronce les sourcils et lui signifie que c'est interdit, que l'enfant à eu mal, qu'il ne peut pas faire ça. Il sourit, j'enlève mon masque et lui répète mes mots. Son visage se fige puis il part »*²⁶. En effet le manque d'expressions du visage peut donc amener à des incompréhensions de la part du jeune enfant (moins de trois ans). Dans cette enquête on exprime aussi des retards de langage, le babillage est beaucoup moins perçus, assurément la vision de la bouche par l'enfant est importante sachant qu'il s'appuie sur l'adulte pour imiter et reproduire les sons, les mots ou encore les phrases... Comme nous avons vu ci-dessus, le bébé acquiert le langage par ces processus et s'il en est privé il peut y avoir des conséquences à long terme.

Cet article permet de nous rendre compte qu'il peut y avoir des effets néfastes sur la communication et plus particulièrement l'acquisition du langage de l'enfant à long terme.

A l'issue de ces recherches, j'ai pu élaborer les hypothèses suivantes :

- Le port du masque par la puéricultrice impacte la communication avec l'enfant.
- L'enfant met en place des stratégies d'adaptation communicationnelles.

Nous passons dès à présent à la deuxième partie de ce travail de fin d'études, la phase exploratoire. C'est une méthode d'investigation à type de recueil d'informations sur un sujet pour m'aider à répondre à ma problématique de départ et à répondre aux hypothèses pensées.

3. Phase exploratoire

Afin de compléter mes recherches, je réaliserai des entretiens auprès de puéricultrices diplômées afin d'analyser leurs réponses et parfaire mes recherches.

²⁶ Marie Paule Thollon Béhar. Les effets du port du masque sur la communication et le langage [en ligne]. 15 Février 2021. Disponible sur <<https://lesprodelapetiteenfance.fr/vie-professionnelle/organisation-et-pratiques-professionnelles/enquete-les-effets-du-port-du-masque-sur-les-jeunes-enfants-en-lieux-daccueil-collectif/les-effets-du-port-du-masque-sur-la-communication-et-le-langage>>.

3.1 Choix de l'outil

J'ai décidé, pour ce travail de fin d'études, de réaliser des entretiens semi-directifs.

D'après Geneviève Imbert, l'entretien semi-directif est « *une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes* »,²⁷ c'est-à-dire organiser un monde constitué par l'expérience humaine. On peut comprendre par là que ces entretiens me permettront d'apprendre du vécu des autres.

L'entretien semi-directif nous donne une certaine quantité d'informations sur le thème choisi et d'apprécier un dialogue entre l'interlocuteur et moi-même en réajustant mon questionnement si besoin. A travers cette méthode d'entretien, je souhaite réaliser une enquête qualitative et non quantitative. Mon but premier est de rassembler le maximum d'avis sur le sujet afin de pouvoir analyser et comparer avec mes recherches personnelles.

3.2 Choix de la population

Lors de cette phase exploratoire, j'ai décidé de réaliser mes entretiens au sein de différentes structures et services de soins. Il est vrai que, en situation pandémique, le port du masque est obligatoire dans tout les lieux clos. De ce fait il m'était intéressant pour ce travail d'étudier puis comparer l'influence du port du masque sur la communication avec l'enfant dans des lieux distincts si bien hospitalier qu'extra-hospitalier.

C'est pourquoi je vais interroger une puéricultrice directrice d'établissement d'accueil de jeunes enfants (EAJE), une puéricultrice de protection maternel et infantile, une puéricultrice de pédiatrie ainsi qu'une puéricultrice au sein d'un service de néonatalogie. Ceci me permettra d'analyser leurs réponses afin de comparer comment est perçu le port du masque et

²⁷ Geneviève Imbert. Recherche en soins infirmiers. *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie [en ligne]*. Page 5. Disponible sur : <<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>>.

la communication avec l'enfant au sein de différentes structures selon les prises en soins et selon l'âge de l'enfant.

3.3 Partie analyse

3.3.1 Les entretiens

IPDE signifie puéricultrice diplômée d'état, ce sigle sera utilisé en raccourci afin de nommer les différentes puéricultrices interrogées et préserver l'anonymat.

Entretiens	IPDE 1	IPDE 2	IPDE 3	IPDE 4
Lieu d'exercice	Etablissement d'accueil de jeunes enfants	Protection maternelle et infantile	Néonatalogie	Pédiatrie
Sexe	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin
Age du diplôme	18 ans	30 ans	5 ans	11 ans
Durée d'exercice au sein du service	8 ans	25 ans	2 ans	6 ans
Durée de l'entretien	25 minutes	12 minutes	8 minutes	15 minutes

Les entretiens furent réalisés comme prévu c'est-à-dire, en établissement d'accueil de jeunes enfants (crèche), en protection maternelle et infantile, en néonatalogie puis en pédiatrie. Ce fût des entretiens 100% féminins, avec une moyenne d'âge de diplôme de puéricultrice de 16 ans. En moyenne les entretiens ont duré quinze minutes.

Concernant les biais de recherche, il m'aurait été intéressant de réaliser un ou deux entretiens de plus afin d'avoir plus amples informations concernant le sujet. En revanche cela était très compliqué de trouver des professionnels intéressés et impliqués pour répondre à mes questions. Si c'était le cas, j'aurai interrogé une puéricultrice de maternité ainsi qu'une autre

puéricultrice d'EAJE. Cela m'aurait permis d'enrichir ma phase exploratoire et d'en apprendre davantage sur le vécu des enfants face au masque et leur façon de communiquer.

3.3.2 Analyse des entretiens

Lors de la relecture de mes entretiens, j'ai pu identifier différents thèmes, en lien avec ma question de recherche que je vais analyser :

- La relation soignant-soigné avec l'enfant et sa famille
- Le vécu de l'enfant
- Les adaptations de la puéricultrice

3.3.2.1 La relation soignant-soigné avec l'enfant et sa famille

Ma première question était : premièrement, ressentez-vous une différence dans la relation de soins que vous avez avec l'enfant ou sa famille avant la crise sanitaire et pendant celle-ci ? Afin de comprendre s'il y a ou non des difficultés rencontrées dans la relation soignant-soigné avec l'enfant et/ou son entourage, notamment les parents. En effet comme nous avons vu dans le cadre conceptuel, la communication est une des composantes principales de la relation soignant-soigné, il m'était important de comprendre comment et pourquoi celle-ci pouvait être altérée.

En revanche, je remarque lors des entretiens que d'après les soignants, la relation soignants-parents est plus altérée que celle avec l'enfant, peu importe le service. Trois puéricultrices nous parlent de la relation soignant-parent. IPDE 1 dit « *j'ai l'impression que cela a plus d'impact avec les adultes (...) dans le sens où, avec les parents, je me suis déjà surprise à avoir du mal à interpréter le non-verbal en ayant que le regard des gens* », de plus IPDE 2 nous informe que « *avant, nous ne travaillons pas avec une blouse afin d'éviter les barrières avec nos famille* ». J'en déduis donc que les relations entre adultes ont été altérées par le port du masque et les gestes barrières, IPDE 3 affirme que « *avec les parents ça a changé comme toute communication entre adultes qui a été un peu modifiée et altérée* ». Cette partie est non exhaustive dans le cadre théorique, il aurait été intéressant en regard des entretiens d'étudier

les difficultés rencontrées dans la relation soignant-soigné depuis le début de la crise sanitaire. J'ai donc recherché des informations qui pourraient nous être utiles afin de mettre des mots sur ces biais rencontrés et de comprendre comment les réactions inter-humaines peuvent être modifiées. Cedric Calvignac, sociologue a réalisé une enquête auprès de professionnels concernant la place du masque dans la relation soignant-soigné. On comprend à travers celui-ci que la distance créée entre le soignant et le soigné est liée au port du masque et à la mauvaise perception des expressions mais également et surtout d'être masqué « *sans pouvoir réellement compenser la situation par d'autres gestes entourant le patient car la proximité avec le patient reste mesurée* »²⁸. Cela nous prouve donc que depuis le début de la crise sanitaire, les questions se posent et les pratiques changent, en revanche d'autres moyens sont mis en avant afin de pallier à ce manque de relations inter-humaines comme l'utilisation de l'humour dans les soins.

Concernant la relation de soins avec l'enfant, celle-ci est moins perçue comme altérée dans les services où la puéricultrice prend en soins des nourrissons. IPDE 1 et 3 sont du même avis pour dire qu'elles n'ont pas perçu de changement dans la relation de soins à l'enfant ou alors que les craintes au début de la crise sanitaires se sont vite estompées. IPDE 3 nous informe que « *nous étions un peu hésitant au début sur les pratiques à adopter, mais je trouve que ça s'est vite estompé* », en effet dans un service de néonatalogie, de crèche ou encore de maternité, il y a une proximité assez importante avec le soignant, le rôle de la puéricultrice est de répondre aux besoins du bébé lorsque sa figure parentale est absente. IPDE 1 nous indique ne pas avoir ressenti de difficulté dans la relation soignant-soigné avec l'enfant au sein de sa structure.

En contre partie, IPDE 4 nous évoque qu'en service de pédiatrie « *le masque est une barrière et ne permet pas de montrer notre visage dans son entièreté* », « *la confiance que nous avons avec l'enfant peut être restreinte* ». Nous avons vu dans le cadre théorique que selon les psychiatres, le masque diminuerait le sentiment de confiance entre le soignant et la personne soignée de part la voix étouffée et une moindre communication des émotions, c'est donc ce

²⁸ Cedric Calvignac. HAL. Que change le port du masque dans la relation soignant-soigné[en ligne]. Sciences Humaines, A paraître. Disponible sur : <<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02904432/document>>.

qui est perçu en service de court-séjour, en pédiatrie. En revanche, l'IPDE 2 ne nous parle pas de la relation avec l'enfant, elle aborde uniquement le sujet de la relation soignants-parents.

Pour conclure cette première partie, il est important de dire que le port du masque et les gestes barrières peuvent mettre en péril la relation soignant-soigné. En effet, afin de prendre en soins un patient et lui apporter un mieux-être il est essentiel pour les soignants d'instaurer une relation de confiance avec son patient (qu'il soit plus ou moins âgé). Il est donc primordial de prendre en compte le contexte dans lequel nous émettons les soins ainsi qu'inclure la famille de l'enfant, si la figure parentale se sent en confiance alors l'enfant le sera aussi.

3.3.2.2 Le vécu de l'enfant

Pour continuer, il m'était intéressant d'interroger les professionnelles sur leur perception du vécu des enfants face à ce port de masque constant.

En général, elles ne trouvent pas les enfants très perturbés. Chez les prématurés, l'IPDE 3 nous indique ne pas trouver de retentissement pour la simple et bonne raison que globalement, en service de néonatalogie les nourrissons sont souvent prématurés et il est indispensable pour eux d'être dans un environnement calme, assez sombre. De ce fait la communication est très réduite, même s'il est essentiel de parler au bébé, il n'est pas si essentiel qu'il nous comprenne. Ainsi le masque pose moins de barrières, d'autant plus que pour les bébés en incubateur (qui sont rarement sortis afin de préserver leur chaleur) cela ajoute une barrière entre la puéricultrice et celui-ci.

Pour l'IPDE 1; 2 et 3 le port du masque peut être mal vécu par l'enfant bien qu'il s'adapte très facilement selon elles, IPDE 1 dit « *ils le voient partout dans la rue, ils voient leurs parents, ils le voient à la crèche* », en effet cela est mieux perçu car la figure parentale exerce aussi le port du masque. Le fait que cela ne soit pas propre au service aide l'enfant à se familiariser avec. L'IPDE 2 dit « *les enfants s'adaptent très bien, ils ont pas le choix on va dire* » puis l'IPDE 4 affirme le propos en ajoutant « *ils s'habituent et je pense que les bébés nés pendant le premier confinement sont également habitués, depuis leur naissance nous portons le masque* ». En ce sens nous avons vu dans le cadre théorique que d'après Dr Abboub les

enfants devraient s'adapter et adopter des stratégies afin de compenser la perte d'informations provenant du visage. Composante que nous aborderons dans le prochain thème.

Je remarque, à l'issue de mes recherches et des entretiens, que l'enfant est en mesure de pallier aux effets du masque et de s'adapter. Bien qu'en premier lieu on pourrait penser que cela est néfaste pour la communication, je m'aperçois qu'en réalité c'est une question d'habitudes. Certes au début de la pandémie il était surprenant de voir la majorité de la population masquée mais cela a permis à l'enfant de se rendre compte que ce n'était pas seulement son entourage mais une généralité. C'est donc à l'adulte de s'adapter et de trouver des moyens de communiquer comme si le masque n'existait pas, sujet que j'aborderai pour cette dernière partie d'analyse.

3.3.2.3 Les moyens de communiquer masqué

Troisième partie, je vais traiter le thème de la communication. En effet, c'était le principal sujet de ce travail de fin d'études. Afin de comprendre si le masque influence la communication avec l'enfant (qui est ma problématique de départ) j'ai convié les professionnelles à me dire ce qu'elles en pensaient et comment pouvaient être ré-envisagés les soins. Premièrement, comme nous l'avons vu ci-dessus, les professionnelles sont toutes d'accord pour dire que les enfants se sont très bien adaptés au masque et à voir l'adulte le porter. Pour la plupart elles ont été agréablement surprises, l'IPDE 1 dit « *on se posait pleins de questions (...) et alors on a été juste épatés* ». Je vais donc tenter de comprendre d'après leurs dires comment agir afin qu'il n'y ait pas de changement dans la relation avec l'enfant.

Pour commencer, je vais relater ce que les professionnelles pensent des inconvénients du masque, l'IPDE 2 dit « *le masque pour moi a tendance à restreindre notre communication* ». En effet comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, Ronald Choquette, professeur en audiologie, a affirmé que le masque atténuait la parole de 12 décibels. De plus, IPDE 4 exprime « *les émotions comme le sourire et les expressions du visage sont presque invisibles* », un propos affirmé par l'IPDE 1 « *on ne voit pas toute l'expression du visage on*

arrive pas à bien se rendre compte de ce que pense la personne face à nous ». Il est vrai que dans le domaine de la santé, il est important de pouvoir capter les émotions des autres afin de prendre en soins mais aussi et surtout afin de pouvoir réagir face à cela. Il est fondamental pour la puéricultrice de se montrer empathique et aidante envers l'enfant ou sa famille afin d'aborder au mieux la maladie. C'est ainsi que le masque peut provoquer des incompréhensions. IPDE 1 affirme « *je me vois demander aux enfants ou par exemple lors d'entretiens de parents : est ce que vous m'avez bien compris ? Ou encore : j'ai l'impression que cette nouvelle vous étonne ?* » Confirmé par Marie Paule Thollon Behar psychologue du développement dans la partie théorique, en témoignant d'une situation d'incompréhension vécue avec un enfant.

Concernant le langage, Dr Abboub avait confirmé que l'enfant à partir de 6 mois observe énormément la bouche des plus grands, des adultes afin d'y décoder les mots et pouvoir les reproduire, en ce sens, IPDE 1 confirme « *on se rend quand même compte chez les plus grands, que certains ont du mal à parler, on en a certains qui vont bientôt entrer à l'école et ne parlent pas* ». Effectivement, le port du masque constant dure depuis maintenant plus d'un an et les effets commencent à se faire ressentir au niveau du langage des enfants en structure d'accueil avec des professionnels masqués toute la journée. Ceci est soutenu par Dr Thollon Behar dans son enquête réalisée aussi auprès des professionnelles.

En revanche, au sein du service de néonatalogie, aucun retentissement avec l'enfant n'est perçu si ce n'est juste attirer plus facilement le regard, IPDE 3 dit « *le masque fait un gros contraste sur le visage donc on se rend compte que ça attire un petit peu plus leur regard mais dans notre façon de communiquer avec l'enfant directement, ça n'a pas changé grand chose* ». En effet comme je viens de l'énoncer, l'enfant utilise le bas du visage à partir de 6 mois, et le service de néonatalogie accueille uniquement des nourrissons jusqu'à un mois. Par conséquent le changement est perçu avec les parents et sur les pratiques professionnelles, la puéricultrice dit « *au début de la crise sanitaire nous étions un peu retissants par exemple lorsqu'on devait faire digérer un bébé, c'est vrai que la proximité est importante... et euh... de ce fait on essaye de s'adapter* ». Je confirme ces dires, ayant été en stage en néonatalogie j'ai remarqué des adaptations comme tenir le bébé redressé face à nous et non plus posé contre le thorax.

Je vais à présent énoncer les axes d'amélioration discernés par les professionnelles en lien avec le port du masque, la communication avec l'enfant et avec les inconvénients remarqués ci-dessus.

L'IPDE 1 nous indique avoir fait une sensibilisation de son équipe au sein de la crèche pour « *être encore plus vigilant sur les stratégies d'adaptation de communication* » afin de « *soigner encore plus la relation et la communication* ». Elle met en lumière des actions comme « *ne pas interpeler l'enfant à l'autre bout du jardin mais si on doit lui dire quelque chose, se mettre à sa hauteur, de le regarder dans les yeux quand on échange avec lui* ». Je remarque que dans l'étude réalisée dans l'académie d'audiologie il était stipulé que les bruits ambiants pouvaient être néfastes sur la compréhension entre deux personnes (notamment, ici en crèche). De plus elle indique « on a vu le bien fondé avec le masque (...) on s'est rendu compte que c'était l'essentiel de la communication », en effet nous avons vu dans la partie théorique l'importance de jouer avec le regard les expressions et la hauteur du corps. Cela permettra à l'enfant de ne pas être perdu quand un adulte lui communique quelque chose afin de savoir si on s'adresse bien à lui ou non. Ces dires sont affirmés par IPDE 4 qui dit « *la communication passe par le regard (...) se mettre à la hauteur de l'enfant même si cela devait déjà être fait avant* » et IPDE 2 confirme « *je fais aussi en sorte de le porter d'une certaine manière à ce qu'il me voit, capter son attention malgré tout et jouer de mon regard* ». On comprend alors que le regard et la posture sont essentiels dans la communication avec l'enfant d'autant plus que, Dr Abboub précise que le bébé va compenser la perte d'informations en prêtant attention aux tonalités de la voix, au regard et à la gestuelle.

Concernant la gestuelle et le toucher, j'ai remarqué que c'était une composante de la communication non-verbale qui est importante dans les soins et surtout chez l'enfant. IPDE 4 nous évoque « *utiliser d'autres manières pour communiquer par exemple utiliser des gestes, le toucher* », confirmé par IPDE 2 « *je pense qu'avec (...) une gestuelle adaptée et un bon portage et maintien de l'enfant il n'y a pas de soucis* ». En effet pour se montrer rassurant envers un enfant il est possible de réaliser un effleurage, une approche délicate et douce, cela permettra d'entrer en contact avec lui. D'autant plus qu'à cet âge l'enfant apprend les sens en imitant le plus âgé ainsi, en lui montrant la douceur et les échanges par le biais du toucher, il sera en mesure de reproduire.

En ce qui concerne l'intonation de voix, les professionnelles sont d'accord pour dire que celle-ci doit être accentuée. IPDE 4 dit « *c'est à nous de jouer sur les paroles maintenant* », IPDE 2 énonce « *je pense qu'avec un langage et une intonation de voix adaptée (...) il n'y a pas de soucis* ». Assurément, d'après Jean Piaget, le bébé est capable de distinguer les différents sons et intonations de voix de l'adulte. Cela confirme qu'en jouant sur les paroles l'enfant sera en mesure de comprendre les émotions du soignant, une voix douce par exemple sera perçue comme empathique.

IPDE 1 nous évoque avoir eu un « *aspect assez bénéfique* » du masque, en effet selon elle, les équipes se sont pleinement investies afin de pallier aux effets du masque. Elle affirme « *l'importance de mettre de la qualité dans l'échange (...) ne pas parler au bébé en ayant la tête tournée (...) être dans une bulle quand on lui parle* », comme nous avons vu dans le cadre théorique, il est important que le bébé se sente en sécurité afin d'être plus conciliant pour les soins notamment. Elle nous évoque également avoir vu des bénéfices chez certaines des professionnelles travaillant à la crèche au plus proche de l'enfant. Elle dit « *certaines professionnelles (...) qui étaient plus sur la réserve ou qui mettaient moins de mots lorsqu'elles faisaient des choses avec l'enfant, elles ça a fait évoluer leur pratique et leur relation avec l'enfant (...) elles ont vues des enfants être plus proche d'elle depuis qu'il y a le port du masque* ». Je comprends donc par là que les changements dans les pratiques avec les nouvelles stratégies de communication sont bénéfiques pour l'enfant mais également pour l'adulte qui utilise davantage de moyens pour communiquer avec celui-ci.

L'ensemble des professionnelles sont d'accord pour dire que le langage para-verbal doit être accentué afin de pallier aux pertes d'informations par le masque. IPDE 4 dit « *je pense qu'avec le para-verbal accentué nous pouvons réaliser les soins comme-ci de rien n'était* », IPDE 2 affirme « *certes on doit euh... comment dire... accentuer notre non-verbal mais c'est pour la bonne cause et pour travailler dans de bonnes conditions avec l'enfant et sa famille* » puis IPDE 1 finit par « *les mots ne veulent rien dire seul* ». En effet c'est donc l'association de tous ces termes para-verbaux qui permettent de suppléer au masque.

J'ai également remarquer que des alternatives avaient été testées par les professionnelles, IPDE 2 évoque « *j'ai confectionner un masque moi même en tissus que j'utilise souvent avec des yeux en boutons, un nez et une bouche afin de divertir l'enfant et pour qu'il voit (peut-être) le masque autrement* ». Ceci est intéressant de voir comment peut être amélioré le

masque afin de divertir l'enfant, cela fonctionne très bien d'après elle chez les enfants, ils sont intrigués et intéressés et se montrent davantage conciliants (pour les plus retissants). De plus trois professionnelles nous parlent des masques transparents qui laissent paraître le bas du visage. IPDE 4 dit « *je sais qu'en structure d'accueil il y a des masques transparents ou on voit la bouche mais je ne sais pas si c'est beaucoup utilisé, en tout cas euh...ici à l'hôpital on doit utiliser impérativement les chirurgicaux* ». En revanche IPDE 1 indique durant l'entretien « *on a testé les masques, vous savez euh... transparents... Ça a été un échec totale parce que du coup on ne voyait aucune différence dans leur réaction quand on l'a enlevé et tout ça... Il était très inconfortable donc pour les professionnels qui racontaient les histoires ou chantaient les chansons il y avait de la buée, elles ne se sentaient pas bien donc elles chantaient ou parlaient moins bien. -rire- Puis il y avait un sentiment plus d'insécurité des professionnels à ce moment-là donc euh... en fait c'est pas quelque chose qu'on a prolongé parce que euh... On a pas vu forcément de plus valu à l'utilisation de ce support* ». De plus, l'IPDE 2 assure « *nous avons eu des masques transparent mais comment dire euh... ils ne sont pas très agréables à porter au travail* ». Je comprend donc que des questions s'étaient déjà posées au sein des structures mais que ce masque transparent n'a pas semblé aider les professionnelles.

Enfin, je remarque que IPDE 1 nous informe des habitudes des enfants concernant le masque mais elle évoque la réticence face aux rassemblements et à la foule des bébés nés pendant le premier confinement notamment. Elle dit « *j'ai moi même observé en tant que maman... euh... et les parents me disent c'est que les enfants n'ont pas été habitués à être dans la foule parce qu'il n'y a pas eu de regroupement et tout ça et quand il y a eu des rassemblements qui se sont faits de foule, là par contre j'ai des parents qui ont verbalisé et moi je l'ai vécu en tant que maman... Des enfants qui sont nés pendant le confinement ou juste avant ou juste après, que par contre lors de mouvements de foule, les enfants manifestaient de l'appréhension sur ça, mais pas sur le port du masque.* » Elle indique également être épatée par les enfants et leur adaptation et dit ces quelques mots qui répondent aux questions que je me posais « *on appréhendait la rentrée de septembre 2020 parce que c'est l'arrivée d'enfants qui ne nous connaissaient pas et alors on n'a jamais eu un service aussi paisible des bébés... Parce que justement il y a un gros travail qui a été fait, parce qu'on a augmenté la présence parentale à l'adaptation pour que les bébés se sentent bien sécurisés et qu'ils aient le temps de euh...*

d'être en relation avec nous de manière individuelle en fait et euh... et du coup, tout ce soin qu'on a pris à la relation ça a sécurisé les bébés pour être bien dans la structure et ce qui était épatant c'est les réponses qu'ils ont aux mimiques... Que ce soit par l'intonation de la voix, la gestuelle ou le regard, c'est impressionnant... Voilà... Je pense qu'il faut être présent dans la communication, donc bien-sûr ne pas en faire des tonnes mais pour moi que ce soit avec masque ou sans masque. ». Cela rejoint les recherches que j'ai réalisées ci-dessus et prouve que les bébés s'adaptent s'ils sont accompagnés et ce malgré les obstacles.

En effet, ce sont des conséquences qui ont été perçues au fur et à mesure de l'avancée de la pandémie. Un tout autre sujet qui je pense serait intéressant de traiter.

3.3.2.4 Conclusion de l'analyse

Pour conclure cette analyse d'entretiens, je remarque différentes choses. Premièrement, en service de néonatalogie le port du masque n'est pas perçu comme un impact dans la communication avec le bébé. En effet, au sein de ce service, les interactions avec celui-ci sont moindres et les répercussions non-perceptibles pour le peu de communication qu'il y a avec le prématuré.

Dans un second temps, je remarque que la relation triangulaire est impactée. Associé à la relation de confiance si bien en hospitalier qu'en extra-hospitalier de part le manque de visibilité des émotions et les distanciations sociales instaurées. Cela provoque parfois des incompréhensions entre adultes et une entrave à la relation de confiance avec l'enfant.

Dernièrement, les professionnelles sont d'accord pour dire que la communication para-verbale doit être accentuée afin de pallier au manque d'informations provenant du bas du visage d'une personne masquée. Selon elles, il faut prêter attention à regarder dans les yeux, se mettre à la hauteur de l'enfant, varier les intonations de voix et associer une gestuelle aux paroles. Ces mécanismes permettraient de communiquer aisément avec l'enfant

Cet ensemble d'éléments recueillis durant mes interviews se rapprochent fortement des recherches que j'ai réalisées au sein du cadre théorique ci-dessus. Il est maintenant temps de répondre aux hypothèses instaurées précédemment.

Réponse aux hypothèses :

À l'issus de la première partie théorique j'avais émis deux hypothèses, ainsi, après avoir réalisée la partie entretien, analyse et ayant recueillis de nombreuses informations sur le sujet, je peux me permettre d'y répondre. Pour rappel, mes hypothèses étaient les suivantes :

- Le port du masque par la puéricultrice impact la communication avec l'enfant
- L'enfant met en place des stratégies d'adaptation communicationnelle.

D'après moi, les hypothèses sont validées partiellement. Concernant la première il est vrai que j'ai remarqué un réel impact sur la communication avec l'enfant ; celui-ci perd de nombreuses informations provenant du visage comme les émotions (composante importante afin de faire percevoir à l'enfant ce que nous ressentons et en ce sens se montrer empathique). Cela se traduit par une entrave à la relation de confiance et à la relation triangulaire et peut mener à des incompréhensions de la part de l'enfant mais aussi de la part de ses parents.

À propos de la seconde, je sais que l'enfant met en place des stratégies d'adaptation communicationnelles mais celles-ci sont utiles et efficaces si la puéricultrice fait de même. En effet, la puéricultrice doit accentuer le langage para-verbal afin d'exposer à l'enfant son ressenti, sa compassion. Pour cela, elle doit intensifier ses gestes, ses intonations de voix ou encore les mimiques de son visage, d'après le dictionnaire Larousse, la mimique est une « *expression de la pensée par le geste, le jeu de la physionomie* ». ²⁹ L'enfant sera donc en mesure grâce à ces éléments de comprendre le message que souhaite lui transmettre la soignante et de s'exprimer.

Assurément, le masque influence la communication avec l'enfant ou plutôt l'entrave, mais la puéricultrice et l'enfant sont en mesure de mettre en place des stratégies d'adaptation afin de pallier à ses effets néfastes.

²⁹ Dictionnaire Larousse [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mimique/51517>>.

4. Les perspectives professionnelles

Ce travail de fin d'études va considérablement me servir une fois le diplôme d'infirmière puéricultrice obtenu. Le port du masque est toujours obligatoire à ce jour et le restera pour une durée indéterminée qui risque d'être très longue... En ce sens, il m'était important de comprendre comment communiquer efficacement avec l'enfant de 0 à 3 ans car pour être plus précise, la pédiatrie et/ou la néonatalogie sont mes projets professionnels.

J'ai acquis de nombreuses connaissances sur le sujet qui me permettent de répondre aux questions que je me posais. Ainsi, lors de mes futurs postes je prêterai attention à ma communication para-verbale, je veillerai à l'intensifier, à davantage utiliser ma voix, mes gestes afin de créer une relation de confiance certaine et d'aborder au mieux la maladie avec l'enfant et ses parents. De plus je pourrai éventuellement instruire mes futurs collègues de ces recherches réalisées si je rencontre des professionnels en difficulté concernant ce thème.

Pour finir, j'ai remarqué un sujet intéressant au cours d'un entretien avec IPDE 1, celle-ci m'a annoncé des difficultés perçues concernant l'anxiété des nourrissons ou des enfants vis à vis des mouvements de foule. En effet, les bébés nés pendant le premier confinement, qui s'est déroulé au mois de mars 2020, n'ont pas pu assister à ces mouvements. Ainsi lors de la réouverture des commerces ou des lieux publics, certains parents ont remarqués des inquiétudes de la part de leur bébé face à la foule et aux rassemblements. Ceci est un sujet d'ouverture à ce mémoire et il serait intéressant d'y réaliser des recherches, de comprendre comment cela a pu impacter sur la socialisation de l'enfant.

Conclusion

Ce sujet de travail de fin d'études est en effet un sujet d'actualité, les pratiques ont beaucoup changées depuis le début de la crise sanitaire à Covid-19. Tant en hospitalier qu'en extra-hospitalier les professionnels de santé ont dû adapter leurs soins mais pas que... Des distanciations sociales ont été instaurées, et des gestes barrières mis en place. Ceux-ci peuvent parfois être mal vécus ou peuvent mettre en difficultés bien des patients et/ou des soignants.

Préalablement à ce travail, de nombreuses questions s'étaient présentées à moi, ainsi je me demandais si le port du masque avait une influence sur la communication avec les bébés et les enfants.

J'ai effectué des recherches sur le sujet, et grâce aux nombreux auteurs, j'ai appris beaucoup de choses. J'ai renseigné d'abord l'instauration du lien de confiance entre le soignant et le soigné, en effet la communication est une des composantes de la relation soignant-soigné. Ensuite, j'ai expliqué comment la communication se développait chez le bébé, il passe par la période pré-verbale afin de pouvoir s'exprimer. Il utilise différents moyens comme les gestes ou encore les gazouillis ou babillages. Puis j'ai étudié des articles parus avant et après la pandémie afin de comparer les dires, j'ai remarqué que le masque était déjà perçu comme gênant et qu'il provoquait des incompréhensions entre les êtres humains. De plus à ce jour et ce depuis la pandémie, de nombreux articles sont réalisés afin de comprendre ses effets sur la communication avec autrui. Entre l'enfant et la puéricultrice, celui-ci peut se montrer comme un obstacle, il empêche les émotions d'être perçues et, par ce biais, restreint la relation de confiance. Il provoque également des incompréhensions et ralentit le processus d'apprentissage du langage chez l'enfant. C'est pourquoi il est important que la puéricultrice mette l'accent sur le langage para-verbal afin de pallier à tous ces effets. Il est nécessaire de se mettre à la hauteur de l'enfant, de le regarder dans les yeux, d'utiliser des gestes rassurants pour pouvoir communiquer au mieux avec lui.

J'ai par la suite interviewer des professionnelles de santé, des infirmières puéricultrices afin de m'aider dans cette démarche d'investigation, de comprendre comment cela était perçu sur le terrain et savoir si c'est en corrélation avec mes recherches. De part ces quatre entretiens, je remarque que les dires des puéricultrices sont en accord avec la partie théorique et cela me permet de valider partiellement mes hypothèses et tenter de répondre à ma problématique de départ. En ce sens les professionnelles accentuent leur communication non-verbale afin de faire passer des messages à l'enfant et contribuer à leur bien-être bien que celui-ci s'adapte très bien aux changements.

Ce travail de fin d'études m'aura permis d'approfondir mes connaissances sur les moyens de communication à l'enfant et me sera d'une aide précieuse au cours de mes futurs postes d'infirmière puéricultrice.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Premièrement, je prendrai le temps de me présenter : Margaux Decottignies, je suis infirmière depuis Juillet 2020, je suis étudiante puéricultrice à l'institut de formation Catholique de Lille.

Dans le cadre de mon travail de fin d'études, j'ai décidé d'interviewer des infirmier(e)s puériculteurs(rices) afin d'enrichir mes recherches concernant l'influence du port du masque sur la communication et les soins à l'enfant de 0 à 3 ans.

Ma problématique de travail de fin d'études est la suivante : En quoi le port quotidien du masque chirurgical par la puéricultrice en situation de soins influence la communication avec l'enfant de 0 à 3 ans ?

A l'issus de mes recherches, j'ai émis les hypothèses suivantes :

- Le port du masque par la puéricultrice impact la communication avec l'enfant.
- L'enfant met en place des stratégies d'adaptation communicationnelle.

Par la suite, je laisserai le professionnel se présenter à son tour (prénom, âge du diplôme, expérience au sein du service...) puis je débiterai l'entretien suivant :

<u>Questions</u>	<u>Objectifs</u>
<p>1. Premièrement, ressentez-vous une différence dans la relation de soins que vous avez avec l'enfant ou sa famille avant la crise sanitaire et pendant celle-ci ?</p> <p>Question de relance : Si oui, comment cela est-il perçu ?</p>	<p>L'attente en lien avec l'hypothèse de recherche est de comprendre s'il y a ou non des difficultés rencontrées dans la relation soignant-soigné avec l'enfant et/ou la famille. En effet la communication est une des composantes principales de la relation soignant-soigné, je souhaite rester générale pour cette première question puis cibler la communication pour les suivantes.</p>
<p>2. Quel est selon vous l'influence du port du masque dans votre pratique professionnelle avec l'enfant ?</p> <p>Question de relance si pas de réponse : Pensez-vous que le port du masque a une influence sur votre communication avec l'enfant ?</p>	<p>Connaître le point de vue du soignant sur le port du masque et la communication avec l'enfant. Comprendre s'il y a des difficultés ou non.</p>
<p>3. Pensez-vous que les soins dispensés aux enfants se passent différemment depuis la crise sanitaire ?</p> <p>-Quel que soit la réponse- question de relance : pourquoi ?</p>	<p>Afin d'évaluer les conséquences du port du masque sur les soins dispensés à l'enfant.</p>
<p>4. Comment percevez-vous le vécu des enfants de 0 à 3 ans du port du masque des professionnels ?</p>	<p>Comprendre comment est perçu le vécu des enfants du point de vue des professionnels, sur le terrain.</p>

<p>5. Avez-vous des idées d'axes d'amélioration afin de pouvoir réaliser les soins « comme avant » la pandémie de Covid-19 ?</p>	<p>Comprendre comment peuvent être envisagés/réajustés les soins en situation pandémique.</p>
---	---

Annexe 2 :

Entretien : Etablissement d'Accueil de Jeunes Enfants

« Donc je m'appelle IPDE 1, je suis infirmière puéricultrice depuis 2003, euh... donc j'ai fais mes études d'infirmière et ma formation puéricultrice juste derrière. J'ai travailler pendant dix ans en réanimation néonatale et ensuite je suis devenue directrice euh... de la crèche en 2013 voila... »

1) Premièrement, ressentez-vous une différence dans la relation de soins que vous avez avec l'enfant ou sa famille avant la crise sanitaire et pendant celle-ci ?

-Silence- « Ben... J'ai envie de vous dire non. J'ai envie de vous dire non parce que euh... Il y avait beaucoup d'appréhension sur le fait de travailler avec un masque notamment pour la relation avec les enfants. Avec les adultes euh... J'ai l'impression que cela a plus d'impact sur la relation avec les adultes que sur celle avec l'enfant dans le sens où, avec l'adulte, les parents je me suis déjà surprise à avoir du mal à interpréter le non-verbal en ayant que le regard des gens. C'est vrai qu'en fonction des personnes, elles peuvent être plus ou moins expressives et comme on ne voit pas toute l'expression je me vois demander aux enfants ou par exemple lors d'entretiens de parents « est ce que vous m'avez bien compris ? » ou « j'ai l'impression que cette nouvelle vous étonne » des choses comme ça et euh... J'ai moins eu ces ressentis la avec l'enfant, j'ai été très étonnée ! Alors quand on est revenus du premier confinement euh... est-ce que je développe ma réponse ? Ou pas ? »

- « Sur la relation de soins oui vous pouvez »

- « En fait quand on a fait le premier confinement et qu'on est revenus euh... On se posait pleins de questions en se disant bon les enfants ça va être compliqué pour eux, et c'était des enfants qu'on connaissait déjà à la crèche. Et alors on a été juste épatés ! Que ce soit des bébés aux grands... Sur le fait qu'ils ne questionnent pas, pour les grands, le port du masque alors qu'ils nous avaient jamais vu avec. On avait pour les bébés la même réaction que quand

on va communiquer avec un bébé, qu'on est en conversation avec lui, qu'il babille en retour; on avait les mêmes retours, les sourires quand on souriait. Les filles me disaient quand je passais en section, et je constatais « ben regardez c'est incroyable, si je souris à travers mon masque il me regarde et répond ». Et euh... on s'est très vite dit et on s'est documenté sur le fait que le bébé ne s'attache pas uniquement euh... à l'expression du visage et d'ailleurs dans ce qu'on a lu on a appris qu'il ne s'attachait pas qu'aux expressions au niveau de la bouche. Et après quand on a fait la journée préparatoire de réouverture après le confinement, moi j'ai fait une sensibilisation de l'équipe que comme il y allait avoir cette barrière du masque il allait falloir être encore plus vigilant sur les stratégies d'adaptation de communication qu'on avait déjà c'est à dire : ne pas interpeler l'enfant à l'autre bout du jardin mais si on doit lui dire quelque chose, se déplacer jusqu'à lui, se mettre à sa hauteur euh... ça... En fait ça a mis en lumière toutes les stratégies qu'on avait de communication avec l'enfant. On a vu le bien fondé avec le masque parce que justement, on a vu ce que ça apportait à l'enfant justement de pas l'appeler à l'autre bout du jardin, se mettre à sa hauteur, de regarder dans les yeux quand on échange avec lui et on s'est rendu compte que c'était l'essentiel de la communication. Et c'est à dire de... de... de.... Avec le bébé de... d'être vraiment connecté avec lui, d'être dans une bulle quand on lui parle, d'où l'importance de mettre de la qualité dans l'échange vous voyez. Par exemple, ne pas parler au bébé en ayant la tête tournée ou en s'occupant d'autres trucs... Tout ça, ça a permis aux professionnels d'encore plus le mesurer et donc pour moi ça a eut un aspect assez bénéfique. »

2) Quel est selon vous l'influence du port du masque dans votre pratique professionnelle avec l'enfant ?

-Silence- « C'est à dire ? »

Question de relance : - « Pensez-vous que le port du masque a une influence sur votre communication avec l'enfant ? »

- « Oui, oui oui je pense que cela a une influence parce que euh... Dans le sens de ce que je vous expliquais juste avant, euh... de soigner encore plus la relation et la communication, et donc pour une professionnelle qui déjà pouvait ou pas mettre la communication au coeur de sa relation avec l'enfant, euh... ben du coup euh... Oui ça m'a incité encore plus de prendre soin de comment je communique, de la gestuelle aussi. Hein c'est à dire que quand on parle à un bébé ou un enfant, d'y associer la gestuelle pour être rassurant voilà c'est essentiel et de se rendre compte que le... la... Les mots ne veulent rien dire seuls... C'est un tout, et donc euh... en effet on se rend quand même compte chez les plus grands que certains ont du mal à parler, on en a certains qui vont bientôt entrer à l'école et ne parlent pas donc on appuie aussi sur ça d'où le...le... projet parler bambin justement... »

3) Pensez-vous que les soins dispensés aux enfants se passent différemment depuis la crise sanitaire ?

- « Alors euh... Ici non, ici non parce que euh... les professionnels, même si elles avaient des appréhensions par rapport au retour au travail, ont eu des espaces pour euh... verbaliser et tout ça et donc du coup il n'y a eu aucune difficulté à faire des câlins comme avant, à jouer comme avant, à avoir des enfants qui se nichent sur vous comme avant euh... Fin elles ont très vite balayer ces questionnements-là, donc ça n'a pas fait changer nos pratiques. Par contre, certaines professionnelles (que j'ai vu pendant des évaluations) qui euh... qui était plus sur la réserve ou qui mettaient moins de mots lorsqu'elles faisaient des choses, euh... pour elles ça a fait évoluer leurs pratiques mais aussi leur relation avec l'enfant. Elles se sont rendu compte, elles se disaient « ah tiens c'est marrant les enfants ont toujours cette chouchou en professionnel et moi je ne suis jamais, entre guillemets, la professionnelle qu'ils prennent comme repère » et elles se sont rendues compte que, peut-être, elles avaient encore un gros travail de com à faire avec l'enfant parce qu'elles ont vu des enfants être plus proches d'elle, depuis qu'il y a le port du masque. »

4) Comment percevez-vous le vécu des enfants de 0 à 3 ans du port du masque des professionnels ?

-Réflexion- « J'ai pas l'impression que le port du masque les perturbe beaucoup, dans le sens où ils le voient dans la rue, ils voient leurs parents, ils le voient à la crèche et du coup les jeux sont les mêmes, les interactions sont les mêmes. Il n'y a pas eu de geste où on nous arrache le masque à part une ou deux fois et avec les bébés mais étant un geste comme ils peuvent nous attraper les cheveux et tout ça... Mais par exemple, les grands n'ont jamais... N'ont pas été dans une demande insistante pour qu'on enlève nos masques et quand il y a eu des demandes qui sont anecdotiques ben voilà c'est tout on s'éloigne on enlève nos masques et puis ils rigolaient, courraient au font de la pièce et voilà... Il n'y a jamais eu de demande des enfants. Par contre j'ai observé lors de mes échanges avec les parents et que j'ai moi même observé en tant que maman... euh... et les parents me disent c'est que les enfants n'ont pas été habitués à être dans la foule parce qu'il n'y a pas eu de regroupements et tout ça et quand il y a eu des rassemblements de foule qui se sont faits, là par contre j'ai des parents qui ont verbalisés et moi je l'ai vécu en tant que maman... Des enfants qui sont nés pendant le confinement ou juste avant ou juste après, que par contre lors de mouvements de foule, les enfants manifestaient de l'appréhension sur ça, mais pas sur le port du masque. »

5) Avez-vous des idées d'axes d'amélioration afin de pouvoir réaliser les soins « comme avant » la pandémie de Covid-19 ?

- « On a mis des choses en place, c'est-à-dire qu'on a fait une information sur la manière de communiquer du bébé, on a fait une information avec le médecin de ma structure euh... sur euh... avant la reprise, sur le fait de faire des câlins, être dans le contact avec l'enfant... fin... ne pas changer sa manière de travailler. On a insisté sur le fait que, euh comme vous le savez on fait le projet parler bambin et jeux d'enfant sur la crèche, on à insisté sur euh... que tout ce qu'on leur a transmis sur les façons de communiquer avec l'enfant ça venait se renforcer et que du coup elles devaient être très vigilantes par rapport à cela. Après on a testé les masques, vous savez euh... transparents... Ça a été un échec total parce que du coup on ne voyait aucune différence dans leur réaction quand on l'a enlevé et tout ça... Il était très inconfortable donc pour les professionnels qui racontaient les histoires ou chantaient les chansons il y avait de la buée, elles ne se sentaient pas bien donc elles chantaient ou parlaient moins bien -rire- . Puis il y avait un sentiment plus d'insécurité des professionnels à

ce moment la donc euh... enfaite c'est pas quelque chose qu'on a prolongé parce que euh... On n'a pas forcément vu de plus valu à l'utilisation de ce support, et alors on appréhendait la rentrée de septembre 2020 parce que c'est l'arrivée d'enfants qui ne nous connaissaient pas et alors on n'a jamais eu un service aussi paisible des bébés... Parce que justement il y a un gros travail qui a été fait, parce qu'on a augmenté la présence parentale à l'adaptation pour que les bébés se sentent bien sécurisés et qu'ils aient le temps de euh... d'être en relation avec nous de manière individuelle en fait et euh... et du coup euh... tout ce soin qu'on a pris à la relation ça a sécurisé les bébés pour être biens et ce qui était épatant c'est les réponses qu'ils ont aux mimiques... Que ce soit par l'intonation de la voix, la gestuelle ou le regard, c'est impressionnant... Voilà... Je pense qu'il faut être présent dans la communication, donc bien-sûr ne pas en faire des tonnes mais pour moi que ce soit avec masque ou sans masque euh... Quand on parle avec un bébé ou un enfant plus grand c'est se mettre à sa hauteur, plus ou moins le contenir ou avoir un contact physique quand on échange avec lui, le regarder dans les yeux euh... Mais le bébé c'est important pour moi d'avoir cette image de, je me mets dans une bulle pour communiquer avec lui, j'attend qu'il réponde, je fais des moments de pauses... Tout cela est primordial pour moi ! » -sourire-

Bibliographie :

ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS. Infirmière puéricultrice [en ligne]. (Consulté le 12 Avril 2021). Disponible sur : <<https://www.ordre-infirmiers.fr/la-profession-infirmiere/les-metiers-infirmiers/infirmiere-puericultrice.html>>.

Collectif EADE. En avant pour les droits de l'enfant. Enfance et parentalité. Erès. Chapitre II, définition de l'enfant, p.93-102. Disponible sur : <<https://www.cairn.info/en-avant-pour-les-droits-de-l-enfant--9782749248073-page-93.htm>>.

UNICEF, United Nations International Children's Emergency Fund. La convention internationale des droits de l'enfant [en ligne]. (consulté le 13 Novembre 2021). Disponible sur : <<https://www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant>>.

HAS, Haute Autorité de Santé. Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé [en ligne]. Dr Isabelle RULLON, Décembre 2011. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/format2clics_enfants_v3.pdf>

HAS, Charte de l'enfant hospitalisé [en ligne]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/format2clics_enfants_v3.pdf>.

Hubert Montagner. L'enfant et la communication. Comment des gestes, des attitudes, des vocalisations deviennent des messages. Pernoud/Stock. 1978.402 pages.

Margaux Phaneuf. La relation soignant-soigné, rencontre et accompagnement. 1e ed. Chenelière Education, 2011. 306 pages.

WANQUET THIBAUT P. L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage. Elsevier Masson, Novembre 2015. 192 pages.

Thomas Bonnet. Recherches Familiales. La normalisation du rôle parental par une équipe soignante [en ligne]. Union nationale des associations familiales. Pages 223-234. Disponible sur : <<https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2015-1-page-223.htm?contenu=article>>.

Psychologie du développement de l'enfant, Diane E. Papalia et Gabriela Martorell. CHENELIERE EDUCATION. Juin 2019. 340 pages.

Speech understanding using surgical masks : a Problem in health care ?[en ligne] Disponible sur : <https://www.audiology.org/sites/default/files/journal/JAAA_19_09_03.pdf>.

Wearing Masks in a pediatric hospital : developing practical guidelines. Canadian journal of public health. Revue Canadienne de santé publique [en ligne]. Juillet 2004. Disponible sur : <https://www.researchgate.net/profile/Miriam-Kaufman/publication/8353058_Wearing_Masks_in_a_Pediatric_Hospital_Developing_Practical_Guidelines/links/0c96051a4f21fdc3ce000000/Wearing-Masks-in-a-Pediatric-Hospital-Developing-Practical-Guidelines.pdf>

The “mind” behind the “mask”: Assessing mental states and creating therapeutic alliance amidst COVID-19. Elsevier. Mai 2020. Disponible sur : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7229943/pdf/main.pdf>>.

Marie Paule Thollon Béhar. Les effets du port du masque sur la communication et le langage [en ligne]. 15 Février 2021. Disponible sur <<https://lesprosdela petiteenfance.fr/vie-professionnelle/organisation-et-pratiques-professionnelles/enquete-les-effets-du-port-du-masque-sur-les-jeunes-enfants-en-lieux-daccueil-collectif/les-effets-du-port-du-masque-sur-la-communication-et-le-langage>>

Norédine Benazdia. Picoti. Le bébé face au masque : comment communiquer le visage caché ? Milan presse. 4 pages.

Cedric Calvignac. HAL. Que change le port du masque dans la relation soignant-soigné [en ligne]. Sciences Humaines, A paraître. Disponible sur : <<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02904432/document>>.

Dictionnaire Larousse [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>>