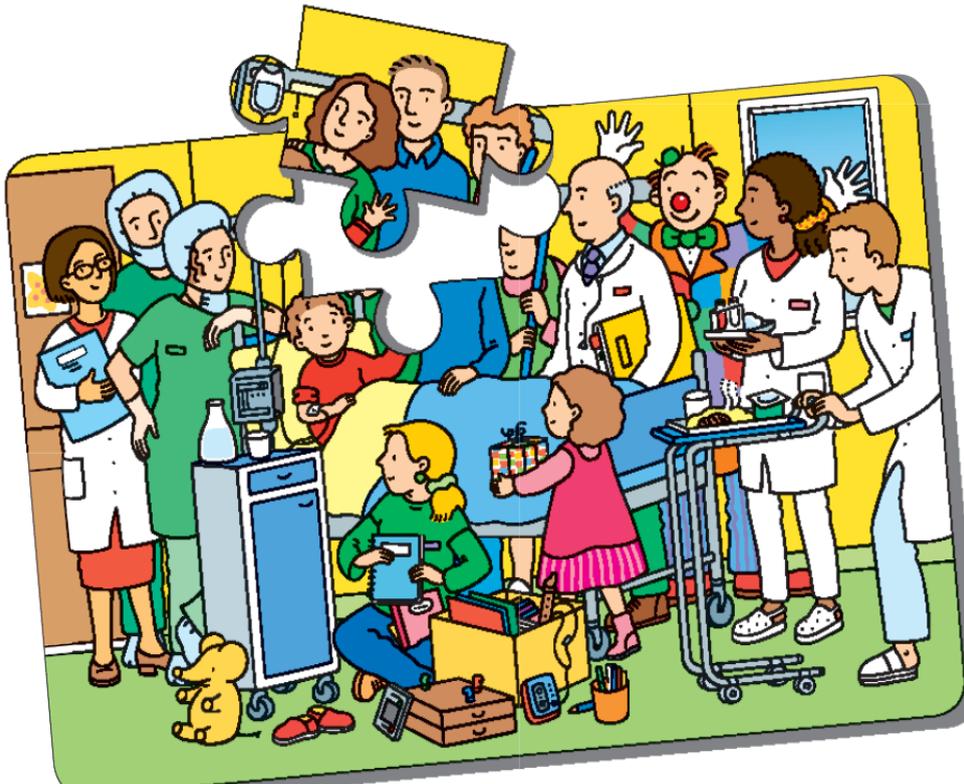




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Titre : Quand les parents sont absents du soin ...



“© SH - Association SPARADRAP”

Extrait d'actes de colloque - *Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires*

Formateur référent mémoire : Mme Fortin Virginie

NOM-Prénom de l'étudiant.e : GENDRON Elysa
Formation infirmière
Promotion : 2020-2023
Date du rendu : 2/05/2023

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION RÉGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES
SPORTS ET DE LA
COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'État Infirmier

Travaux de fin d'études : Quand les parents sont absents du soin ...

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'État infirmier, est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 2/02/2023

Identité et signature de l'étudiant : Elysa Gendron



Fraudes aux examens :

CODE PÉNAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'État constitue un délit.

Remerciements

C'est le moment où je prends le temps de remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail de recherche.

Je tiens à remercier l'ensemble des formateurs de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) du CHU de Rennes pour m'avoir transmis leurs savoirs et leur passion du métier d'infirmier.

Je tiens à remercier, plus particulièrement, Mme Virginie FORTIN, référente de mon mémoire, pour son accompagnement, sa disponibilité et ses conseils durant cette année. De plus, ma référente pédagogique Kélig AUGER-DUCLOS pour m'avoir accompagnée et encouragée pendant ces trois années qui furent intenses.

Je souhaite également remercier les deux infirmières qui ont participé à mes entretiens et qui m'ont permis d'apprendre de nouvelles choses ; et aussi l'ensemble des professionnels que j'ai rencontrés en stage.

Enfin, je remercie l'association Sparadrap pour m'avoir permis d'utiliser l'une de leurs nombreuses images pour illustrer mon mémoire. <https://www.sparadrap.org/>

Je n'oublierai jamais : le soutien, l'encouragement, l'aide que m'ont apportée pour finaliser ce travail de recherche : ce sont mes parents et ma sœur, et pour cela je leur dois un grand merci, merci d'avoir toujours été présents !

Je tenais à remercier, tout particulièrement Lise-Marie pour son soutien, son écoute et pour avoir toujours cru en moi et ce pendant la formation et avant même de la commencer !

Enfin, je remercie mes amies de promotion, sans qui ces trois années auraient été différentes et pour les bons moments que nous avons passés à l'IFSI et en dehors.

Sommaire

1. Introduction	1
1. Le cheminement vers la question de départ	1
2. Les questionnements et ma question de départ	3
2. Le cadre théorique	4
2.1 La prise en soin de l'enfant en pédiatrie	4
2.1.1 Le développement de l'enfant	4
2.1.1.1 Le développement moteur	4
2.1.1.2 Le développement social	4
2.1.1.3 Le développement cognitif	5
2.1.2 L'enfant hospitalisé	5
2.1.2.1 Les droits de l'enfant	5
2.1.2.2 Le vécu de l'enfant hospitalisé	6
2.1.3 L'enfant, sujet principal du soin	6
2.1.3.1 Les émotions de l'enfant	7
2.1.3.2 Le déroulement du soin	7
2.2 La place des parents dans le soin à l'hôpital	8
2.2.1 Etre parent et fondateur d'une famille	8
2.2.2 Législation : L'évolution de la place des parents dans le soin	8
2.2.3 La présence des parents lors du soin	9
2.3 La relation enfant-parent-soignant	10
2.3.1 La relation soignant-soigné	10
2.3.1.1 La relation de confiance	11
2.3.2 L'Alliance Thérapeutique	12
2.3.2.1 Ses origines	12
2.3.2.2 La construction de l'alliance thérapeutique	12
2.3.2.3 Un travail de "trio"	12
2.3.3 L'absence des parents dans le soin	13
2.3.3.1 L'infirmier impose l'absence des parents	13
2.3.3.2 Les conséquences pour l'enfant	13
2.3.3.3 Les conséquences pour les parents	14
2.3.3.4 Les conséquences pour les soignants	14
3. Le dispositif méthodologique du recueil de données	15
4. L'analyse descriptive des entretiens	16
4.1 L'accompagnement de l'enfant tout au long du soin	16
4.2 Les impacts de la présence des parents dans le soin	16
4.3 La relation de confiance entre l'enfant et le soignant	17
4.3.1 Les facteurs qui favorisent la relation de confiance	17
4.3.2 Les signes qui montrent que l'enfant a confiance en le professionnel	18
4.3.3 Ce qui pourrait altérer la relation de confiance	18
4.4 La construction de la relation de confiance entre les parents et les soignants	18
4.5 Le point de vue soignant sur l'alliance thérapeutique en pédiatrie	19
4.6 L'absence des parents dans le soin	20

4.6.1 Les arguments pour faire sortir les parents lors d'un soin	20
4.6.2 Expliquer les raisons de faire sortir les parents lors d'un soin.	20
4.7 Les conséquences de l'absence des parents dans le soin sur l'alliance thérapeutique ?	21
4.7.1 La variabilité de l'alliance thérapeutique.	21
5. La discussion	22
5.1 L'accompagnement de l'enfant dans le soin	22
5.2 La relation de confiance entre l'enfant/soignant et parent/soignant	23
5.3 L'alliance thérapeutique	25
5.4 L'absence des parents dans le soin	26
6. Conclusion	29
Bibliographie	31
Annexes	
Annexe I : La Charte de l'Enfant Hospitalisé de 1986	
Annexe II : Une fiche pour expliquer la sonde naso-gastrique aux enfants	
Annexe III : Le schéma de la relation triangulaire	
Annexe IV : Le guide d'entretien	
Annexe V : Retranscription de l'entretien avec l'infirmière 1	
Annexe VI : Retranscription de l'entretien avec l'infirmière 2	
Annexe VII : L'analyse descriptive des entretiens : tableaux	
Abstract	

“ Let us never consider ourselves finished nurses. We must be learning all our lives”

- Florence Nightingale (1820-1910)

“ *Ne nous considérons jamais comme des infirmières finies. Nous devons apprendre toute notre vie*”

1. Introduction

“Oublie que tu as affaire à des enfants malades, fonce !” voici les mots de Michel (Gérard Giroudon) dans le film *Le Grand Cirque* (2023). J’ai toujours eu pour vocation d’apporter mon aide, mon soutien aux personnes ; c’est ainsi que je suis sur le chemin pour devenir infirmière : pour accompagner, prendre soin des patients avec leur personnalité, leurs émotions, les écouter, les soigner, les réconforter dans ce qu’il y a de plus difficile pour eux : la traversée de la maladie, la traversée d’une hospitalisation ... et non de les définir comme malade mais comme personne à part entière. Voilà pourquoi j’ai décidé de me tourner vers un métier du soin, celui de devenir infirmière. Le métier d’infirmière est tellement vaste qu’il permet de prendre soin de personnes de tous les âges...

Ayant toujours eu pour projet de travailler auprès des enfants dans le domaine du soin, je savais que, dès l’entrée en formation, j’allais faire mon mémoire sur un sujet qui traite de la pédiatrie. Je trouvais intéressant de réaliser un travail de recherche sur ce domaine ; cela allait me permettre d’en apprendre davantage et d’amorcer la construction de mon projet professionnel : celui de devenir puéricultrice. Lors de mon semestre 4, j’ai eu la chance de pouvoir faire un stage dans un service de pédiatrie, ce qui m’a conforté dans mon projet. En effet, j’ai eu la possibilité de prendre en soin des enfants, d’accompagner les parents et donc de développer mes compétences et de constater que je me sentais épanouie dans ce domaine. Pendant ce stage, j’ai vécu plusieurs expériences et situations où les parents étaient présents lors des soins de leur enfant. Or, lors d’un soin en particulier, l’infirmière a demandé aux parents de sortir de la chambre. J’ai toujours assisté à des soins où les parents étaient présents, cette situation m’a interpellée et j’ai décidé d’en faire le sujet de mon mémoire, à savoir : l’absence des parents dans le soin et ses conséquences ...

Pour débiter mon travail de recherche, je me suis appuyée sur une situation que j’ai vécue lors de mon stage en pédiatrie.

1. Le cheminement vers la question de départ

Au cours du semestre 4, j’ai effectué un stage dans un service de chirurgie pédiatrique. C’est un stage que j’attendais avec impatience afin de découvrir le domaine de la pédiatrie, qui m’a toujours attirée, tant pour prendre en soin de jeunes patients que pour accompagner les parents.

Pour contextualiser, les patients du service de chirurgie pédiatrique souffrent de fractures diverses (palette humérale, fracture du coude, du genou, ...), de scoliose importante, d’appendicite, de péritonite, Ainsi, ils viennent soit du domicile (en chirurgie programmée), soit des urgences pédiatriques. Ce service regroupe de multiples pathologies et également une diversité d’âge pouvant aller de la naissance à 18 ans. Je me suis dit que ce stage serait l’opportunité de développer mes connaissances et d’aborder de nouveaux questionnements.

Lors de ma deuxième semaine de stage, j’étais dans le secteur de l’Unité de Soins Continus, et l’une des situations que j’ai vécues est devenue mon sujet de mémoire.

Une des patientes que j’avais en soin, on l’appellera Vanessa, était âgée de 7 ans. Elle est venue dans le service, en urgence, pour une opération suite à une péritonite. Le lendemain de son intervention, Vanessa continuait d’avoir des nausées et des vomissements, elle se sentait fatiguée et avait des douleurs à l’abdomen. Ses parents étaient tous les

deux angoissés et nous demandaient souvent “pourquoi notre fille ne va-t-elle pas mieux ?”. J’ai donc pris le temps de les rassurer, en leur expliquant que la douleur et les vomissements étaient liés aux suites de l’intervention, et que j’allais en parler avec le médecin.

En discutant avec ce dernier, nous avons conclu qu’il fallait lui poser une sonde naso-gastrique le temps que ses vomissements s’atténuent. J’ai dû expliquer le soin à la maman (le papa n’était pas présent ce jour-là) - en lui disant que la sonde permettrait d’évacuer l’air et le liquide gastrique de son estomac pour assurer sa mise au repos et stopper les vomissements. Cette dernière était rassurée à l’idée que sa fille n’aurait plus de vomissements et qu’elle pourrait enfin se reposer. J’ai ensuite pris le temps d’expliquer le soin à la patiente ; je lui ai dit qu’on allait lui poser un “petit tuyau” par son nez jusque dans son estomac pour l’aider à ne plus vomir. Vanessa avait surtout peur de la douleur - je l’ai tranquillisée en utilisant des mots adaptés, comme : “Cela va légèrement te gratter”. Un sourire de soulagement est apparu sur son visage. Je n’avais jamais réalisé ce soin : l’infirmière m’a donc proposé de venir pour rassurer et accompagner la patiente. Lorsque nous sommes rentrées dans la chambre, l’infirmière a demandé à la maman de sortir pour le soin. À ma grande surprise, ni la maman ni Vanessa n’a eu de questionnements ou de réaction particulière. Je suis restée perplexe face à son départ - j’ai toujours été convaincue de la nécessité de la présence du parent lors des soins et qu’ils pouvaient assister à n’importe lequel d’entre eux. Je pensais que la maman aurait été d’une grande aide pour accompagner sa fille mais ne m’étais pas imaginé qu’elle aurait pu être source de stress et ainsi perturber le bon déroulement des soins. En effet, pour moi, les parents peuvent rassurer leur enfant afin qu’il se sente en sécurité pendant toute la durée du soin ; ils peuvent aussi le distraire et aider les soignants en cas de besoin. Au début du soin, Vanessa était agitée en nous disant qu’elle “avait très peur de la douleur”. J’ai décidé de lui prendre la main, et l’infirmière a demandé à Vanessa la musique qu’elle écoutait avec ses parents. L’infirmière a donc mis une chanson de Vianney sur son téléphone, ce qui a apaisé la patiente. L’infirmière a pu réaliser le soin sans autre difficulté particulière. Le soin terminé, nous avons demandé à la maman de rentrer dans la chambre. Avant de sortir de la chambre, l’infirmière a bien pris le temps d’expliquer les étapes du soin à la maman. Cette dernière était rassurée du bon déroulement de celui-ci.

Après le soin, l’infirmière m’a dit que j’avais été d’une bonne aide pour accompagner Vanessa. Cela a confirmé ce que j’avais ressenti à savoir que le fait d’avoir écouté, rassuré, pris soin de notre patiente en lui tenant la main et en la distrayant s’était révélé très utile.

Cependant, en repensant au déroulé du soin, une question me perturbait : *“Pourquoi l’infirmière a demandé à la maman de sortir de la chambre pendant le soin ?”*. Je lui ai donc posé la question le lendemain. “J’ai fait sortir la maman car elle était stressée, et cela n’aurait pas été bénéfique ni pour nous ni pour Vanessa. De plus, en tant que soignant, quand on travaille en pédiatrie et que les parents accompagnent leur enfant pendant le soin, il y a toujours la peur de faire une erreur, d’être observé, jugé et c’est une chose qui peut être difficile à contrôler.”

C’est pourquoi j’ai décidé de faire de cette situation le sujet de mon mémoire.

Plusieurs motivations sont venues au fur et à mesure. Premièrement, la question de la place des parents dans le soin, en pédiatrie, est quotidienne. Deuxièmement, dans le cursus infirmier, il n’y a que très peu de cours sur la parentalité et l’intérêt de la présence parentale : j’ai pris conscience que les enseignements nous permettaient difficilement de comprendre l’importance de la présence du parent. Par ailleurs, le travail avec et en présence des parents en hôpital est assez disparate et est très soignant-dépendant. Pourtant, les soignants y sont confrontés tant sur les actes qu’ils réalisent que lorsqu’ils délivrent des informations. Enfin, comme je l’ai exprimé précédemment, ce qui m’a motivée à choisir ce sujet et pas un autre est en lien avec mon projet professionnel de devenir

puéricultrice ; j'ai toujours souhaité m'occuper et accompagner des enfants malades sans oublier leurs parents dans le domaine de la santé. Je mettrai donc un point d'honneur à écouter, rassurer, prendre soin des enfants malades et être présente pour leurs parents. Tout au long de ce stage, j'ai ressenti des émotions comme la joie de m'occuper, enfin, d'enfants et de parents ; et la tristesse de voir, quelques fois, les enfants souffrir et les parents pleurer.

2. Les questionnements et ma question de départ

Plusieurs questionnements ont découlé de cette situation : les parents sont-ils source de stress ? Ou, a contrario, sont-ils un accompagnement, une ressource, un besoin essentiel sur lesquels le soignant peut compter ? Comment savoir, comment ressentir la limite de la présence des parents dans le soin ? Quelle est l'évolution législative de la place des parents dans le soin ? Quels moyens avons-nous en tant que soignant pour ne pas se sentir jugés lors d'un soin technique ? Comment allons-nous nous adapter aux différents stades du développement de l'enfant ? Et, enfin, peut-on considérer qu'il existe un lien enfant/parent/soignant, essentiel en pédiatrie ?

Au vu de ces questionnements et de ma situation de départ, j'ai choisi d'orienter ma problématique de recherche sur les conséquences de l'absence du parent dans le soin au cœur de la triade enfant/parent/soignant. Ainsi, on peut se poser la question suivante :

En quoi la demande de l'infirmier de faire sortir les parents de la chambre lors d'un soin auprès de leur enfant impacte-t-elle l'alliance thérapeutique ?

Afin de traiter cette question de recherche, nous allons aborder les éléments théoriques, et voir la prise en soin de l'enfant en pédiatrie, la place des parents dans le soin à l'hôpital, et nous terminerons par un focus sur la relation enfant-parent-soignant sur les conséquences de l'absence des parents dans le soin. Ensuite, sera évoquée la présentation du dispositif méthodologique du recueil de données et l'analyse descriptive de deux entretiens que j'ai réalisés auprès de deux infirmières travaillant en pédiatrie depuis leur diplomation. Puis, lors de la dernière partie de mon mémoire, nous confronterons l'avis des auteurs avec ceux des professionnelles et mon point de vue professionnel autour de quatre axes différents. Enfin, mon mémoire se termine par une conclusion et par une ouverture sur un autre sujet de recherche.

2. Le cadre théorique

2.1 La prise en soin de l'enfant en pédiatrie

Il est utile de se demander ce qu'est la pédiatrie. La pédiatrie est la branche de la médecine qui prend en soin des enfants de la naissance jusqu'à leur majorité. Selon l'article 1 de la Convention des Droits de l'Enfant de l'ONU de 1986, un enfant "[...] s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable." (p.2).

Les enfants hospitalisés ont des âges différents et sont donc à des étapes différentes de leur développement ; pour prendre en soin l'enfant dans son entièreté, il convient de prendre en compte ce développement.

2.1.1 Le développement de l'enfant

Le développement de l'enfant se construit selon plusieurs facteurs : son âge, son entourage, ainsi que son environnement. Il est important de noter que les caractéristiques du développement se font au rythme de chaque enfant : certains enfants posséderont les aptitudes avant l'âge décrit par les psychologues, d'autres les développeront à l'âge estimé, et d'autres encore quelque temps après.

Nous allons nous intéresser aux trois types de développement, à commencer par le développement moteur, puis le développement social et enfin le développement cognitif, pour un enfant dont la tranche d'âge se situe entre 6 et 7 ans (comme évoqué dans la situation de départ).

2.1.1.1 Le développement moteur

Selon Evan G. Graber (2021), le développement moteur "comprend la motricité fine (p. ex., saisir de petits objets, dessiner) et les capacités motrices globales (p. ex., marcher, monter les escaliers)."

Sur le plan moteur et selon É. Demont et C. Clément (2021), l'enfant âgé de 6 à 7 ans se développe de jour en jour, et la motricité fine sera plus précise, tout comme la coordination de ses mouvements ; elles appellent cela "les habiletés de manipulation" (p.79). Parallèlement, selon R. Deldime et S. Vermeulen (2004), l'enfant va gagner de plus en plus en endurance et en force, ce qui va se ressentir par le besoin de montrer à ses pairs qu'il possède des aptitudes à faire du sport.

À l'âge de 6-7 ans, l'enfant est en pleine période dite scolaire, il va donc développer des aptitudes à la vie en collectivité ; il convient alors d'évoquer le développement social.

2.1.1.2 Le développement social

R. Deldime et S. Vermeulen (2004) définissent le développement social comme "la capacité psychologique de vivre avec les autres." (p.101). Ces auteurs évoquent également que, dès l'âge de 6 ans, pour "vivre avec les autres", le jeune enfant va devoir acquérir un savoir-être : faire preuve de respect envers l'autre, travailler en collaboration, et se responsabiliser. De plus, il est indiqué que l'enfant va devoir s'adapter progressivement aux relations avec les autres enfants, comprendre le sens et l'importance des règles en société. Il va également s'impliquer de plus en plus dans les activités de groupe, et ce notamment dans le milieu scolaire et extrascolaire.

Le développement social ne peut se faire sans le développement cognitif.

2.1.1.3 Le développement cognitif

D'après Evan G. Graber (2021), il correspond au développement des processus dit de connaissances, et ce au niveau de la mémoire, du langage, de l'apprentissage, de l'intelligence et de la prise de décision.

Jean Piaget est un psychologue connu pour avoir travaillé sur des travaux de psychologie du développement de l'enfant. Sa théorie est exposée dans l'ouvrage de C. Clément et É. Demont (2021). De par ses nombreux travaux, Piaget nomme l'étape entre 2 et 7-8 ans le stade préopératoire. Pendant cette période, l'enfant va développer ce que Piaget appelle "l'émergence de la fonction symbolique." (p.100). Il va pouvoir s'imaginer mentalement des objets qui ne sont pas physiquement présents et se représenter mentalement les actions qu'il souhaite mettre en œuvre. Selon C. Clément et É. Demont (2021), lors de ce stade, on retrouve "la prépondérance de l'égoïsme" (p.100) : lors d'une situation où l'enfant devra donner son avis, il va juger en fonction des données perceptibles et ne sera pas en capacité de donner un avis autre que le sien.

Dans une atmosphère paisible, l'enfant se développe au fur et à mesure de ce qu'il apprend, entend, partage avec son entourage. Cependant, à l'hôpital, les conditions ne sont pas aussi favorables à son développement : l'enfant quitte l'environnement qui lui est familier.

2.1.2 L'enfant hospitalisé

Pour rappel, l'enfant de 6 à 7 ans évolue à plusieurs égards : le développement moteur, le développement social et enfin le développement cognitif. Or, lorsqu'un enfant est hospitalisé, ses développements et besoins physiologiques sont altérés. Selon F. Pillet (2009), l'enfant ne va plus à l'école, n'a plus les repères de chez lui, peut-être éloigné de ses parents, peut avoir des difficultés à s'endormir, tout cela dans un monde qui lui est souvent inconnu, avec des personnes qu'il ne connaît pas et qui utilisent un langage qu'il n'a pas l'habitude d'entendre. De plus, l'enfant hospitalisé peut voir une perte de son autonomie pour certains besoins qui lui sont essentiels tels que manger, marcher ou encore jouer. Pour E. Hillier (2009), chaque hospitalisation est vécue différemment selon l'âge et selon le stade de développement de l'enfant.

Or, avant d'être un sujet malade, l'enfant est avant tout un être humain avec une identité qui lui est propre. Ainsi, pour ne pas porter préjudice à l'enfant, de multiples lois encadrent la prise en soin de l'enfant à l'hôpital.

2.1.2.1 Les droits de l'enfant

Les enfants bénéficient de droits tels que le droit à un prénom, à une nationalité, à une éducation, le droit d'aller à l'école ou encore le droit de donner son avis.

Dans le domaine de la santé, les enfants ont droit aux soins médicaux ; c'est ce qui est écrit dans la Déclaration des Droits de l'Enfant de 1959.

"Principe 5 : L'enfant physiquement, mentalement ou socialement désavantagé doit recevoir le traitement, l'éducation et les soins spéciaux que nécessite son état ou sa situation."

D'autres textes vont permettre de développer les droits des enfants, et ce notamment à l'hôpital, et de permettre à l'enfant d'avoir ses parents à côté de lui durant l'hospitalisation mais aussi pour un soin.

En 1986, la Charte Européenne de l'Enfant Hospitalisé a été rédigée ; elle met en lumière les principaux droits des enfants à l'hôpital. Par ailleurs, elle doit être affichée dans tous les services de pédiatrie, et visible de tous. [Annexe

n°1]

- Article 2 : “Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.”
- Article 3 :

On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant. Enfin, dans la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (1989) qui a été ratifiée en France en 1990, l'article 24 stipule que :

Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

Ainsi, les soignants se doivent de respecter l'ensemble de ces textes pour une prise en soin optimale de l'enfant et pour que ce dernier puisse avant tout vivre le mieux possible son hospitalisation.

2.1.2.2 Le vécu de l'enfant hospitalisé

P. Thibault-Wanquet (2008) écrit que le vécu de l'enfant face à son hospitalisation dépendra des raisons de son hospitalisation : si cette dernière est programmée ou si elle se déroule à la suite d'une urgence, et si l'enfant a déjà vécu des hospitalisations dans le passé. Ainsi, selon B. Minguet et F. Galland (2011) “s'informer auprès de l'enfant ou de ses parents sur ce que l'enfant connaît déjà de la situation, d'éventuelles expériences antérieures, de sa représentation de la maladie, de l'hôpital.” Il est indispensable de prendre en compte l'histoire individuelle de chaque enfant, de chaque famille, pour comprendre le vécu de l'enfant et de sa famille.

De plus, selon P. Thibault-Wanquet (2008), l'enfant hospitalisé a besoin de sécurité physique, de comprendre les raisons de son hospitalisation, de se sentir rassuré, écouté, de se sentir en confiance. En tant que soignant, on se doit donc de se montrer à l'écoute, disponible et attentionné, tout en adaptant nos moyens de communication, ce qui permettra à l'enfant de recevoir les informations dont il a besoin dans un langage compréhensible pour lui.

De plus, afin de rentrer petit à petit en contact avec l'enfant, il va falloir se présenter à lui, c'est ce que nous explique B. Minguet et F. Galland (2011) “Commencer par se présenter, donner son nom et sa fonction, éventuellement en essayant de se mettre physiquement à sa hauteur.”

Ainsi, l'hospitalisation, souvent nouvelle pour l'enfant, est remplie d'inconnues, d'anxiété et de stress, ce qui peut constituer un traumatisme. Mais il n'y a pas que l'hospitalisation qui peut-être nouvelle pour l'enfant, la réalisation d'un soin peut l'être tout autant.

2.1.3 L'enfant, sujet principal du soin

Le vécu de l'enfant lors d'un soin est propre à chacun d'entre eux. Il va dépendre des émotions que l'enfant va ressentir mais aussi des différentes étapes du soin que sont l'avant, le pendant et l'après soin, l'explication de chacune d'elles a une importance capitale pour que l'enfant comprenne ce qu'on lui fait, se sente rassuré et puisse faire confiance au soignant.

2.1.3.1 Les émotions de l'enfant

Les émotions, on en entend parler, on les connaît, on en rencontre tous les jours en fonction des situations que l'on vit. Avant de pouvoir les reconnaître, il est important de définir ce qu'est une émotion et d'en citer quelques-unes. Il est à noter que les définitions que je vais évoquer proviennent du dictionnaire Larousse. Les manifestations des émotions sont quant à elles évoquées dans le cours de C. Le Bihan (Document non publié [Support de cours], 10 février 2021).

Une émotion est définie comme étant une "réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement." Ainsi, les émotions sont des manifestations qui répondent à une situation vécue, elles s'expriment de manière différente chez les uns et les autres. Nous allons nous intéresser aux principales émotions, ou du moins à celles que l'enfant est susceptible de ressentir et d'exprimer au détour d'un soin : la peur, l'anxiété, la colère, la tristesse et la joie.

- La peur est une "appréhension, crainte devant un danger, qui pousse à fuir ou à éviter cette situation". Elle peut se manifester par des pleurs, des cris, le repli sur soi.

- L'anxiété est une "inquiétude pénible, tension nerveuse, causée par l'incertitude, l'attente ; angoisse". Elle se manifeste par des palpitations, une sensation de boule dans le ventre, ou encore par la transpiration.

- Une autre émotion est la colère ; il s'agit d'un "état affectif violent et passager, résultant du sentiment d'une agression, d'un désagrément, traduisant un vif mécontentement et accompagné de réactions brutales." Elle fait écho à une notion de combat. Le visage est crispé avec un froncement des sourcils.

- La tristesse est un "état de quelqu'un qui éprouve du chagrin, de la mélancolie ; affliction." La personne ressentant de la tristesse peut être repliée sur elle-même, tous les traits de son visage sont vers le bas, le regard est absent, les yeux sont humides et peuvent s'accompagner de pleurs.

- La seule émotion dite "positive" est la joie, elle est "ce qui provoque chez quelqu'un un sentiment de vif bonheur ou de vif plaisir." Une personne qui ressent de la joie va la manifester par un sourire, un visage détendu ou encore des rires.

Nous avons vu que chaque émotion se manifeste par des signes différents. Lors d'un soin, l'enfant peut les verbaliser à travers le langage corporel. En connaissant celles-ci, l'accompagnement de l'enfant lors d'un soin sera plus aisé et les soignants pourront l'adapter.

2.1.3.2 Le déroulement du soin

Selon F. Galland (2013), avant de débiter le soin, nous nous devons d'expliquer à l'enfant les modalités du soin et sa nécessité pour que l'enfant comprenne "pourquoi". De plus, un extrait de l'article 6 de la circulaire de 1983 relative à l'hospitalisation des enfants complète : "Tout acte pratiqué pour la première fois, surtout s'il peut provoquer douleur ou crainte chez l'enfant, doit lui être expliqué à l'avance en fonction de ses possibilités de compréhension".

C. Devoldère (2012) nous explique qu'il faudra informer l'enfant en adaptant nos mots en fonction de son âge et donc de son développement. Pour cela, les soignants peuvent aussi donner des fiches explicatives sur les soins : et ici, on prendra l'exemple de la pose d'une sonde naso-gastrique [Annexe n°2]. Une autre solution peut être de l'informer par le biais de jeux, car selon B. Minguet et F. Galland (2011), cela peut aider l'enfant à connaître le

matériel en le manipulant. Elles précisent qu'il sera également important de contextualiser le déroulement du soin et demander à l'enfant s'il souhaite être prévenu ou s'il préfère être distrait - tout dépendra en effet de chaque enfant. Les soignants peuvent également proposer à l'enfant de garder son doudou, car d'après F. Galland et B. Minguet (2011) : "Cet « objet transitionnel », qui fait partie de son monde, le rassure et l'aide à faire la transition entre un espace connu et un autre inconnu qui génère une certaine crainte."

Pour F. Galland (2013), pendant le soin, il faudra avoir une constante interaction avec l'enfant ; voir avec l'enfant s'il veut qu'on le prévienne du geste, s'il veut observer, l'installer de manière confortable... Il peut arriver, par exemple, que l'enfant se mette à pleurer, il faut alors accueillir ses pleurs afin que l'enfant puisse décharger l'émotion. S'il pleure c'est qu'il en ressent le besoin, et il faut le laisser s'exprimer. Ces pleurs sont synonymes de verbalisation des émotions ressenties, et l'écoute fait aussi partie de l'accompagnement de l'infirmier ; c'est ce que nous dit le docteur S. Tomkiewicz (2000) dans soins en pédiatrie avec ou sans les parents.

De plus, selon le même auteur, après le soin, nous devons valoriser l'enfant, essayer de lui demander comment il a vécu son soin - peut-être a-t-il pleuré alors qu'il a très bien vécu le soin ; ou au contraire, qu'il n'a verbalisé aucune émotion alors qu'il l'a très mal vécu ?

Les soignants ne sont pas les seuls à aider l'enfant lors d'un soin : les parents peuvent aussi avoir un rôle à jouer. Plus l'enfant grandit, plus il sera en capacité d'exprimer le souhait et le besoin que son parent soit présent ou non pendant le soin. Mais quel que soit l'âge de l'enfant, il est important de souligner que les parents peuvent rester pendant l'hospitalisation ou même pendant un soin. Ainsi, il semble nécessaire d'évoquer la place des parents dans le soin à l'hôpital.

2.2 La place des parents dans le soin à l'hôpital

Autre que l'enfant, l'un des partenaires essentiels en pédiatrie est le parent. Sa place s'est de plus en plus développée au fil des années. Lors de l'hospitalisation de leur enfant, les parents vivent un moment de fragilité, ils perdent le contrôle et leur enfant est laissé à quelqu'un, ils se sentent impuissants. Avant d'être accompagnants, ils sont avant tout parents de leur enfant et fondateurs d'une famille.

2.2.1 Etre parent et fondateur d'une famille

L'enfant né et se développe au sein d'une cellule familiale. D'après le cours de G. Robin, "La famille est un groupe social élémentaire composé de parents et d'enfants, c'est l'unité sociale de base des sociétés." (Document non publié [Support de cours], 10 février 2021). Lors d'une hospitalisation, c'est toute cette sphère qui est bouleversée. Selon M. Formarier (1984) "ce sont les parents, véritables références sociales de l'enfant, qui servent de lien entre le service hospitalier et lui" (p.14). En effet, les parents gravitent autour de leur enfant mais aussi de l'équipe soignante. Mais alors qu'en est-il de l'évolution dans le temps de la place des parents dans l'hôpital et dans les soins de leur enfant ?

2.2.2 Législation : L'évolution de la place des parents dans le soin

La législation de la place des parents à l'hôpital a fortement évolué au fil des années, laissant de plus en

plus de liberté aux parents. Il y a une soixantaine d'années, la place des parents à l'hôpital et dans les soins était quasi-inexistante. Selon P. Thibault-Wanquet (2008) ce sont les événements de mai 1968 et le manque de personnel lié à ces événements qui ont permis aux parents d'être de plus en plus présents à l'hôpital et dans les soins de leur enfant.

Il a tout de même fallu attendre 1983 pour avoir une circulaire autorisant la place des parents dans les soins.

Selon l'article 8 : "Le père, la mère, ou une autre personne qui s'occupe de l'enfant doit pouvoir rester auprès de lui aussi longtemps qu'il le souhaite, à condition de ne pas contrarier l'action médicale ni de troubler le repos des autres malades."

De plus, c'est à partir de 1998 que les parents ont pu rester la nuit auprès de leurs enfants. En effet, selon l'article 2 de la circulaire du 23/11/1998 :

La mère, le père ou toute autre personne qui s'occupe habituellement de l'enfant doit pouvoir accéder au service de pédiatrie quelle que soit l'heure et rester auprès de son enfant aussi longtemps que ce dernier le souhaite, y compris la nuit.

En 2011, la Haute Autorité de Santé a publié un guide pour venir en aide aux établissements. Dans ce guide, il est évoqué que les enfants, adolescents et parents doivent être accueillis dans des conditions respectueuses.

Tous les établissements de santé et tous les services d'hospitalisation qui acceptent d'accueillir des enfants et des adolescents doivent se donner les moyens de les accueillir avec leur entourage dans des conditions de sécurité, de confidentialité et de dignité adaptées à leur âge et à leur situation de confort moral et physique. [...]. L'accueil de l'entourage doit être organisé, pour son hébergement comme pour la possibilité d'accès permanent des parents auprès de l'enfant (hormis prescription particulière dans l'intérêt de l'enfant). Les enfants et les adolescents doivent être hospitalisés dans une structure où les locaux et matériels sont adaptés aux différentes classes d'âge, où les compétences nécessaires en pédiatrie sont présentes et où les effectifs sont en nombre suffisant pour prendre en charge les enfants.

Depuis l'apparition de tous ces textes, les parents sont présents dans les soins à l'hôpital, ce qui amène l'infirmier à s'adapter à leur présence.

2.2.3 La présence des parents lors du soin

L'ensemble des textes de lois évoqués précédemment nous montre que les parents sont encouragés à rester auprès de l'enfant lors du soin. Comme pour l'enfant, les parents doivent recevoir les informations nécessaires sur le déroulement d'un soin : C. Devoldère (2012) écrit que "tout soignant ne peut que proposer aux parents de rester quel que soit le geste, s'ils le souhaitent, à condition que le parent ait reçu l'information concernant le déroulement." (p.3). Elle ajoute que le soignant doit lui préciser ce qu'il peut faire pour aider son enfant, le rassurer, le consoler. Il devra guider les parents sur la place qu'ils peuvent avoir dans le soin et comment ils peuvent accompagner leur enfant. Selon F. Galland et al., (2000) il est possible pour les parents d'accompagner leur enfant dans le soin en lui tenant la main, en le rassurant, en l'encourageant, en lui racontant une histoire... F. Galland (2013) ajoute que les parents peuvent s'installer sur une chaise près de leur enfant, mettre ce dernier sur leurs genoux, se mettre debout à côté... Il faudra donc donner un rôle aux parents, selon F. Galland (2013) cela peut-être : "le rassurer, le distraire ou encore aider les soignants à comprendre les besoins de l'enfant." Ce sont autant de méthodes que chaque parent peut utiliser selon ses souhaits, ceux de l'enfant, et selon de l'environnement de soin ;

les parents se sentiront donc acteurs dans les soins de l'enfant.

Les parents sont fondateurs d'une famille et sont une ressource pour leur enfant. Pour C. Devoldère (2012) "la présence des parents a un impact sur le plan psychologique en diminuant l'anxiété des parents et des enfants." (p.1). Mais ils sont aussi des ressources pour les soignants. En effet, ils restent un partenaire incontournable tout au long de l'hospitalisation et dans les soins : ils connaissent leur enfant, ils sauront dire aux soignants si l'enfant a mal, comment l'enfant se sent, ce qu'il aime. En effet, C. Devoldère (2012) ajoute : "Les parents connaissent leur enfant et sont de précieux alliés, ils savent comment le distraire au mieux et pourront aider les soignants en ce sens."(p.3). Cependant, le respect des choix des parents reste primordial et le soignant doit laisser le droit aux parents d'assister ou de ne pas assister au soin, donc les laisser maître de leurs choix sans les forcer. En effet, selon F.Galland et al., (2000)

Il est vrai que certains parents sont très anxieux lorsque leur enfant est malade et les soignants peuvent craindre qu'ils ne transmettent leur anxiété à l'enfant. Mais est-ce à eux d'en juger ? Personne ne peut dire si, même dans ce cas, la présence du parent n'est pas préférable pour lui et pour l'enfant... (p.3).

Comme chez l'enfant, les émotions des parents sont à prendre en compte pour favoriser la construction de la relation avec les soignants. Ces émotions vont s'exprimer de différentes manières, en fonction des parents, par : "de l'agressivité, de la violence, du déni, un l'état de sidération, une absence ou une fuite" selon P. Thibault-Wanquet (2015) (p.80). Ainsi, d'après J. Pettelat (2022), il faut prendre le temps de faire verbaliser le parent sur ce qu'il peut ressentir face au soin : peur, incompréhension, inquiétude...

Les parents étant intégrés aux soins, nous nous trouvons donc associés à trois types de partenaires différents que sont : l'enfant, les parents et le soignant. Une relation entre ces trois partenaires va donc se créer dans le but d'aider l'enfant tout au long de son hospitalisation.

2.3 La relation enfant-parent-soignant

Avant d'aboutir à cette relation, il va falloir construire une relation soignant/soigné, donc soignant/enfant, puis une relation de confiance sera nécessaire à développer que cela soit avec l'enfant mais aussi avec les parents.

2.3.1 La relation soignant-soigné

D'après le cours du CHU de Nantes (document publié [support de cours]), A. Manoukian définit la relation comme une "rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires." Plus précisément, et selon ce même cours, dans le domaine du soin, la relation est dite relation soignant-soigné, elle est définie par le Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers comme étant "Le lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé." Cette relation a une place fondamentale dans les soins.

D'après le cours de G. Robin (document non publié [support de cours], 17 février 2021), la relation soignant-soigné nécessite, de la part de l'infirmier, trois attitudes : l'engagement personnel, l'objectivité et la disponibilité. De plus, elle se construit à partir de différentes relations : une relation sociale, qui se définit comme étant "une interaction de deux personnes occupant une place particulière", une relation de coopération, qui est "une action de participer à une oeuvre commune", une relation de confiance,

Dans le contexte de la pédiatrie, nous allons davantage développer la relation de confiance parce qu'elle participe grandement à la construction de la relation enfant-parent-soignant.

2.3.1.1 La relation de confiance

La relation de confiance est l'une des relations qui amène à la construction de l'alliance thérapeutique. Selon le dictionnaire Larousse, la confiance est le "sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose". D'après P. Sureau (2018), la relation de confiance se construit entre "deux libertés : celle du malade de confier à l'autre ce qui lui est cher, celle du soignant d'accepter ou de refuser. Mais que ce dernier accepte ou refuse, il devra s'engager, et c'est justement ce qui est attendu de lui." (p.2). La relation de confiance doit alors se baser sur une entente mutuelle entre le patient et l'infirmier. Ainsi, le soignant devra s'impliquer dans la relation de confiance et le soigné devra faire confiance au soignant. Mais il est important de préciser que le patient doit lui aussi s'impliquer afin qu'il reste acteur de ses soins et qu'il puisse se confier comme il le souhaite. Selon P. Sureau (2018), "attribuer au seul professionnel le pouvoir d'instaurer la confiance dans la relation signifierait supprimer la part de décision libre qui revient au malade" (p.2). Il se peut que la relation de confiance se modifie au cours de l'hospitalisation, P. Sureau l'a évoqué en comparant cette relation à la "métaphore de l'élastique" : "selon qu'ils seront proches ou distants, selon que l'élastique sera tendu ou non, l'enjeu de la relation changera." (p.3). En effet, plus le soignant et le soigné seront proches dans la relation de confiance, moins l'élastique sera tendu ; moins le soignant et le soigné seront proches, et plus l'élastique sera tendu et risque de se casser. Et si l'élastique se casse, la relation de confiance sera rompue.

En pédiatrie, la relation de confiance se construit avec le temps, par l'utilisation de mots simples, de gestes, d'attitudes, de postures, par l'attention que portera l'infirmier à l'enfant, par l'écoute des émotions et des besoins des enfants car, d'après F. Galland et al., (2000) "C'est aussi parce qu'il se sent "écouté" par une personne de confiance que l'enfant pleure." (p.2).

Mais il faudra être vigilant aux besoins des parents, selon P. Thibault-Wanquet (2008) "Les parents ont également besoin d'écoute, de soutien, d'une relation de confiance avec les soignants."(p.138). Il peut s'agir aussi de répondre aux différentes questions que peuvent avoir l'enfant et les parents. En effet, d'après J. Petellat (2022) : "lorsque les explications échangées entre l'enfant, le parent et le soignant sont simples et cohérentes, la confiance peut s'installer." (p.37). Il s'agit également d'un droit rédigé dans l'article 4 de la Charte de l'enfant hospitalisé (1986) : "Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant." Ainsi, il faudra expliquer l'ensemble des éléments à l'enfant et aux parents, que cela soit l'organisation de l'hospitalisation ou le déroulement d'un soin pour ne pas qu'ils ressentent que quelque chose leur a été caché. Construire une relation de confiance mutuelle entre les parents et le soignant peut permettre à ces derniers de rester présents lors des soins, c'est ce que nous évoque C. Pénet (2004), une maman qui a témoigné lors de l'hospitalisation de son fils Maxime : "et surtout la confiance réciproque qui s'est instaurée, nous avons pu participer activement à la toilette de Maxime et rester présents pendant tous les soins."(p.8)

Ainsi, cette relation permet tant aux parents qu'à l'enfant de se sentir en confiance lors de la réalisation d'un soin.

Plus spécifiquement, dans le domaine de la pédiatrie, l'alliance thérapeutique est un partenariat entre le soignant, l'enfant et les parents. Il s'agit donc d'un trio où chacun doit agir pour que cette alliance soit la plus bénéfique possible.

2.3.2 L'Alliance Thérapeutique

Aujourd'hui, l'alliance thérapeutique fait partie de la prise en soin du patient. Margot Phaneuf (2016) définit l'alliance thérapeutique en soins infirmiers comme "la création d'une relation de confiance entre l'infirmière et son client par laquelle ils s'entendent pour travailler ensemble à son engagement dans un processus de changement et sa progression vers un mieux-être" (p.2). Mais alors, d'où vient cette alliance thérapeutique ?

2.3.2.1 Ses origines

On ne peut pas parler d'alliance thérapeutique sans en comprendre les origines. C'est Sigmund Freud qui, en 1913, a utilisé pour la première fois ce terme et "insistait en conséquence sur l'importance d'une relation forte entre le patient et son thérapeute" ; c'est ce qu'évoque M. Phaneuf (2016) (p.1).

Cependant, elle ajoute que c'est à Carl Rogers que nous devons les fondamentaux de l'alliance thérapeutique. Il mettait au centre de la relation la personne soignée, et cela a donc donné naissance à la relation d'aide d'où découlent écoute, considération de la personne, empathie et bienveillance. L'alliance thérapeutique devient ainsi un lien qui s'établit entre le soignant et le soigné.

2.3.2.2 La construction de l'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique va se construire au fur et à mesure du temps, et il y a des relations de base pour tendre vers l'alliance thérapeutique. Selon M. Phaneuf (2016), il existe quatre types de relations successives qui mènent à la construction de cette alliance. La première est la "relation de civilité" (p.2) et correspond aux présentations mutuelles ; le soignant se présente au "client" et inversement. La deuxième est la "relation fonctionnelle" (p.2) où le "client" et ses besoins sont au centre de la relation. Puis, au fur et à mesure va se développer la "relation de confiance" (p.2) : le "client" va pouvoir se confier aux soignants. La quatrième relation est la "relation d'aide", qui est l'acceptation par le "client" de l'aide que lui propose l'infirmier.

Pour que l'alliance thérapeutique existe, M. Phaneuf nous indique qu'il faut, de la part du soignant, une écoute active non jugeante, de l'empathie, que le patient accepte la relation et qu'une confiance mutuelle se crée ; elle ajoute (2016) "qu'il s'établit une espèce de symbiose entre eux". (p.3). La relation est donc réciproquement profitable. Tout ceci forme le cercle vertueux de l'alliance thérapeutique. Elle ne pourra donc pas fonctionner si les partenaires ne s'impliquent pas.

En pédiatrie, vient s'ajouter le parent, autre partenaire à la prise en soin de l'enfant : nous arrivons donc à un trio.

2.3.2.3 Un travail de "trio"

Le prendre soin d'un enfant signifie, entre autre, prendre en considération ses parents, et une place devra leur être accordée dès le début de l'hospitalisation. Laisser une place aux parents oblige les soignants à travailler en leur présence et à se rendre disponibles.

En pédiatrie, l'alliance thérapeutique porte le nom de "relation triangulaire", où chaque sommet du triangle correspond respectivement à l'enfant, aux soignants et aux parents. [Annexe n°3]

P. Thibault-Wanquet (2008) définit cette relation comme "une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation avec les autres" (p.51). C. Roche (2022) ajoute que "ce qui définit les soins apportés aux plus jeunes, et les différences de ceux prodigués aux adultes, réside dans l'existence d'une relation triangulaire entre l'enfant, le parent et le soignant" (p.18). Ainsi, la relation triangulaire est fondamentale en pédiatrie.

Selon P. Thibault-Wanquet (2008), pour s'inscrire dans la relation triangulaire, les soignants doivent avoir des capacités d'écoute, d'empathie, de respect et doivent connaître et répondre aux besoins des enfants et des parents.

De plus, elle ajoute qu'il va falloir informer enfant et parents "s'adresser à l'enfant en fonction de son âge et de son développement, d'autre part savoir s'adresser à ses parents, et communiquer au sein de cette relation triangulaire." (p.103). Ainsi, l'infirmier travaille donc avec l'enfant mais également avec les parents - il faudra prendre en compte les deux identités lors du soin. Lors de chaque moment passé dans la chambre, l'infirmier devra faire attention au comportement verbal et au comportement non-verbal de l'enfant et des parents.

Comme évoqué précédemment, les parents sont présents lors des soins. Cependant, il arrive qu'ils soient absents et cela entraîne des conséquences pour l'enfant, pour les parents et pour les soignants.

2.3.3 L'absence des parents dans le soin

Nous l'avons vu, les parents peuvent être présents pendant l'hospitalisation et les soins prodigués à leur enfant ; ils peuvent aussi être absents, et il existe différents cas de figure : leur absence peut-être liée à des causes personnelles, professionnelles, ou familiales, les parents peuvent ne pas vouloir assister au soin de leur enfant. L'absence des parents peut aussi être un souhait du soignant, et c'est alors celui-ci qui prend la décision de faire sortir les parents de la chambre lors du soin.

2.3.3.1 L'infirmier impose l'absence des parents

Tout d'abord, lors des soins, cette présence est assez disparate et elle est souvent soignant-dépendante, elle découle des typologies de services mais aussi des types de soins réalisés. C'est ce qu'évoque E. Debelleix (2011) : "leur place varie toujours beaucoup, d'un service à l'autre, selon la nature des soins" (p.12).

Selon F. Galland (2018), l'équipe soignante peut demander aux parents de quitter la chambre pour plusieurs raisons : les soignants craignent que les parents transmettent leurs inquiétudes à l'enfant, gênent leur travail, pour des raisons d'hygiène. De plus, selon F.Galland et al., (2000) d'autres causes peuvent justifier que les soignants demandent aux parents de quitter la chambre : "un manque d'habitude et de formation, la difficulté à travailler sous le regard des parents, la peur d'être jugés (...)" (p.4). Une autre raison de faire sortir les parents lors du soin est la peur des soignants d'avoir à gérer des parents difficiles, c'est ce qu'évoque C. Devoldère (2012) : "dans de nombreux services, la présence des parents est encore refusée lors des soins, surtout si les soignants redoutent d'avoir à gérer des parents difficiles" (p.1).

De ce fait, il existe des conséquences tant pour l'enfant, que pour les parents et les soignants.

2.3.3.2 Les conséquences pour l'enfant

On rappelle qu'ici, le parent est absent du soin car c'est l'infirmier qui a pris cette décision. Selon F.

Galland et al., (2000) “les enfants, et principalement les plus jeunes, tiennent à ce que leurs parents restent avec eux” (p.2). L’enfant aurait donc besoin d’une présence parentale auprès de lui et ce pendant le déroulement du soin car cela pourrait avoir des conséquences sur les ressentis de l’enfant, et ce dernier pourrait croire que ses parents l’ont abandonné car, d’après F. Galland et al., (2000) “Quand ses parents sont exclus, un jeune enfant peut croire qu’ils l’ont abandonné, au moment même où il a le plus besoin d’eux et alors qu’il a mal et qu’il ne connaît personne.” (p.2)

De plus, B. Golse (2004) précise que l’enfant vit l’absence de ses parents lors du soin comme une rupture “En cas de séparation, la rupture d’avec l’environnement et les personnages relationnels familiaux joue, bien entendu, comme une perte d’objet, au sens habituel du terme, pour les enfants et les adolescents.” (p.53).

La décision du soignant de faire sortir les parents de la chambre a également des conséquences sur les parents.

2.3.3.3 Les conséquences pour les parents

Pour les parents, l’exclusion du soin peut être difficile à vivre. Selon F. Galland et al., (2000) sortir de la chambre et entendre, par exemple, leur enfant pleurer peut amener les parents à imaginer beaucoup de choses : “Comment distinguer, derrière la porte, les pleurs liés à la peur, à la colère ou à la douleur ?” (p.3).

De plus, selon les mêmes auteurs, la mise à l’écart des parents dans le soins peut créer chez les parents le sentiment d’être rejetés, ils “perdent confiance dans l’équipe et risquent de devenir suspicieux et revendicatifs.” (p.4). et s’ils perdent confiance, cela aura obligatoirement des conséquences sur la relation triangulaire. Enfin, la demande des soignants de faire sortir le parent de la chambre peut entraîner, chez ce dernier, une incompréhension, selon C. Penet (2004) “le choc fut rude, la vie soumise à un règlement, pour nous, incompréhensible : à chaque soin nous devons sortir.” (p.8)

Le dernier sommet du triangle concerne les soignants ; l’absence des parents pourrait bien avoir aussi des conséquences sur ces derniers.

2.3.3.4 Les conséquences pour les soignants

Les auteurs n’ont pas recensé de conséquences à proprement parler. Cependant, ils ont évoqué certains désavantages à travailler en présence des parents, en effet, selon E. Debelleix (2011) “le principal obstacle à la présence des parents durant les soins est qu’elle suppose de bien maîtriser les gestes de soin.” (p.14). D’autres auteurs, F. Galland et al., (2000) précisent que les soignants pourraient stresser et donc avoir peur de faire des erreurs en présence des parents ; l’appréhension également de voir les parents craquer à ses côtés pendant la réalisation des soins et donc de devoir le stopper pour prendre soin d’eux.

3. Le dispositif méthodologique du recueil de données

Pour la phase exploratoire de mon mémoire, j'ai fait le choix de faire des entretiens semi-directifs, le but étant de poser des questions ouvertes et donc de laisser les soignants libres de s'exprimer sur ce qu'ils avaient à transmettre, sur leurs expériences et de pouvoir échanger sur mon sujet. Cela m'a permis d'avoir les informations nécessaires pour en réaliser une analyse pertinente.

La première étape a été la construction de mon guide d'entretien [Annexe n°4]. La principale difficulté a été de trouver des questions de relances ; mais en le reprenant je l'ai finalisé, il a été validé par ma tutrice MIRSI, et j'ai pu partir en entretien sereinement.

Mon guide d'entretien débute par une introduction où je me présente et où j'évoque le thème de mon mémoire. Je demande également si les professionnels acceptent d'être enregistrés et précise que l'anonymat sera respecté. Le corps de mon entretien est composé de 11 questions avec des questions de relances et de reformulations pour chacune d'entre elles. Vient ensuite la conclusion où je remercie les professionnels et précise de nouveau l'anonymat. Pour les enregistrements des entretiens j'ai pris, par sécurité, deux téléphones afin d'éviter que l'un des deux ne tombe en panne et que je sois pénalisée pour la retranscription.

Lors de l'un de mes stages de formation, j'ai pu échanger sur mon sujet avec l'une de mes tuteurs qui, par chance, connaissait deux infirmières qui travaillent en pédiatrie depuis leur diplomation. J'avais donc deux contacts, ce qui était une chose rassurante. Je les ai contactées par mail et j'ai eu une réponse favorable de leur part. Nous n'avons pas eu de difficultés à croiser nos emplois du temps, ce qui a facilité la prise de rendez-vous. J'ai pu faire les deux entretiens l'un à la suite de l'autre directement dans le service de soins, dans le bureau que la cadre du service nous avait prêté ; il s'agissait donc d'un endroit calme où je savais que nous ne serions pas dérangées. J'ai réussi à me sentir tout de suite à l'aise et en totale confiance.

Les deux entretiens se sont très bien passés. Le premier entretien a duré 22 minutes [Annexe n° 5] et le deuxième entretien a duré 21 minutes [Annexe n°6]. C'était un moment très intéressant, de partage d'expériences, qui me fera évoluer sur ma pratique professionnelle et sur les connaissances à apporter pour mon mémoire. Les entretiens m'ont permis d'avoir des ressentis de professionnels sur le terrain et de les compléter avec les informations que j'avais recueillies lors des mes lectures.

Cependant, en discutant avec les deux infirmières suite aux entretiens, elles m'ont indiqué avoir eu l'impression de se répéter sur plusieurs questions. Néanmoins, je reste très contente du déroulement de ces deux entretiens et ai trouvé cela très enrichissant !

Les retranscriptions ne m'ont pas posé de problème particulier et je pensais même que cela allait me prendre plus de temps. Les retranscrire m'ont permis de réentendre ce que les professionnels avaient dit et donc de cerner les informations, les mots qui revenaient le plus souvent chez les deux infirmières.

Il a donc fallu les analyser [Annexe n°7] pour cela j'ai utilisé la méthode par code couleur. Cette méthode m'a permis de faire ressortir les éléments importants, les éléments semblables et les éléments différents entre les deux entretiens. Par la suite, je les ai rangés dans un tableau afin d'identifier des mots clés puis j'ai rassemblé ces mots clés par notions ; j'ai utilisé la même méthode pour l'ensemble de mes questions. Nous allons donc découvrir l'analyse de mes entretiens, qui complétera les éléments du cadre théorique et en apportera de nouveaux.

4. L'analyse descriptive des entretiens

4.1 L'accompagnement de l'enfant tout au long du soin

Il est important de mettre en place des moyens qui permettent de favoriser le déroulement et l'accompagnement de l'enfant dans les soins.

Tout d'abord, il va falloir créer une approche avant même de rentrer dans le soin à proprement parler. Cette approche est abordée de manière différente selon les deux infirmières. En effet, l'infirmière 1 va être davantage dans la création d'un contact, dans la création d'un lien qui va débiter avant le soin et qui se terminera après le soin en lui-même : *“toujours dans l'approche”, “le contact avec l'enfant qui va être le plus important”, “lien qu'on aura créé avant le soin”*. Pour l'infirmière 2 l'approche va plus se construire par des présentations mutuelles permettant de savoir pour l'enfant et les parents avec quel type de professionnel ils vont interagir, et pour les soignants de savoir qui est l'enfant et qui est son accompagnant (ce dernier pouvant être par exemple des grands-parents) *“ça commence par des présentations”, “nous en tant que professionnels et aussi dans la chambre”*. On constate également qu'elles s'accordent sur la nécessité de faire entrer l'enfant dans le soin en expliquant les modalités, les raisons de la réalisation du soin : infirmière 1 *“annonce quand même on ne leur cache rien aux enfants”,* pour l'infirmière 2 *“expliquer les modalités”, “pourquoi est-ce que l'on vient”, “quelle manière ils vont être réalisés”*. Les deux professionnelles s'accordent à dire qu'il peut être intéressant de mettre en place une distraction - infirmière 1 *“une chanson”,* infirmière 2 *“s'il veut de la musique”*.

De plus, l'infirmière 1 nous fait part qu'il peut être nécessaire d'avoir recours à une aide extérieure pour que le soin se déroule de la meilleure des façons *“on travaille énormément en binôme donc avec l'auxiliaire de puériculture”*. L'infirmière 2 quant à elle évoque plus l'importance de respecter ce qui a été décidé entre l'enfant et le professionnel comme une sorte de pacte à conserver du début à la fin du soin *“réaliser le soin dans des conditions qui ont été choisies par l'enfant”, “respecter le pacte qu'on a fait avec les parents et l'enfant”*.

Cependant, selon l'infirmière 1, il est important de prendre en compte les soins que l'enfant a eus au préalable et qui peuvent donc avoir des conséquences sur le vécu de l'enfant dans le soin et donc dans l'approche qu'il faudra mettre en place *“si ce soin là s'est mal passé, ça fait des mémoires des fois un peu compliqué et l'approche peut-être compliquée pour les prochains”*.

Le soin de l'enfant est commencé, et le parent est présent lors du soin, nous allons donc voir l'impact de la présence des parents selon les professionnelles interrogées.

4.2 Les impacts de la présence des parents dans le soin

Premièrement, les deux infirmières parlent des impacts de la présence des parents lors du soin de deux manières différentes : d'une manière “positive” où les parents ont une présence rassurante et peuvent être des personnes aidantes tout en étant accompagnants ; il y a donc des avantages à la présence des parents dans le soin. En effet, l'infirmière 1 nous explique *“certains parents vont être aidant”, “aider à accompagner l'enfant dans une histoire”*. La deuxième infirmière précise et voit le parent plutôt comme une ressource pour l'enfant *“avoir un repère ça peut-être aidant pour l'enfant”*.

L'autre manière est dite "négative" : les parents auront tendance à transmettre leur inquiétude, leur stress à leur enfant et nous remarquons que les deux infirmières ont le même ressenti ; infirmière 1 "*parents pour qui le soin est très stressant.*", "*ce stress se fait ressentir auprès des enfants*", pour l'infirmière 2 "*des parents qui sont beaucoup plus stressés*", "*ils communiquent leur stress*". Enfin, les deux infirmières s'accordent à dire qu'il est nécessaire de demander l'avis de l'enfant et des parents et ainsi respecter le choix de chacun quant à la présence des parents dans le soin. La présence des parents est donc parents/enfants dépendants : pour l'infirmière 1 "*c'est vraiment selon le ressenti des parents*", "*y a des parents qui ne veulent pas être présents pendant le soin*", pour l'infirmière 2 "*selon les parents aussi*". Elles précisent toutes les deux que c'est aussi selon l'enfant, infirmière 1 "*selon l'enfant*", l'infirmière 2 "*c'est spécifique à chaque enfant*", "*on s'adapte en fonction des souhaits de l'enfant*".

L'infirmière 2 ajoute que la présence des parents est propre à chaque situation "*adaptée en fonction de chaque situation*".

Peu à peu, la relation entre l'enfant et le professionnel va se construire, une des relations fondamentales en pédiatrie est la relation de confiance. Nous allons donc aborder la construction de la relation de confiance entre l'enfant et les soignants. Nous poursuivrons par les expressions que l'enfant montrera quand il se sentira en confiance face au professionnel. Et enfin, nous évoquerons les freins à la construction de la relation de confiance entre l'enfant et le soignant.

4.3 La relation de confiance entre l'enfant et le soignant

Lorsque nous construisons une relation de confiance, il y a des facteurs qui la favorisent. Parfois, la relation de confiance entre l'enfant et le soignant va fonctionner et il pourra nous le montrer par des gestes, par des paroles. Cependant, certaines fois, l'enfant aura du mal à accorder sa confiance aux soignants.

4.3.1 Les facteurs qui favorisent la relation de confiance

Plusieurs facteurs permettent de construire une relation de confiance. En effet, les deux infirmières s'accordent à dire que rentrer en relation par une approche, par des présentations seraient des éléments facilitateurs pour développer la relation de confiance. En effet, c'est ce qui ressort le plus au sein de mes deux entretiens. Selon l'infirmière 1 "*on parle avec l'enfant*", "*commence d'abord par une approche globale*" ; pour l'infirmière 2 "*la façon dont on se présente*", "*une approche avant un peu plus douce*".

De plus, elles précisent toutes les deux que proposer des méthodes de distraction participe à la relation de confiance : infirmière 1 "*des boîtes de distraction*", "*beaucoup de choses dans nos poches*" ; pour l'infirmière 2 "*les méthodes de distractions*", "*on a des petits ustensiles dans nos poches*".

Enfin, elles ont souligné que la construction de la relation va dépendre de l'enfant et de ses besoins. Selon l'infirmière 1 "*enfants avec qui on arrive à la créer*", "*selon les âges*". Pour l'infirmière 2 "*selon les besoins de l'enfant*". L'infirmière 1 précise que la relation de confiance est propre à chaque soignant et propre au soin qu'on réalise "*propre à chaque soignant*", "*fonction du soin*". Elle fournit des informations sur les moyens pouvant favoriser la construction de la relation de confiance et deux moyens ressortent davantage : il s'agit de l'enfant qui est lui-même acteur de son soin, elle nous dit "*est-ce que tu peux me donner ton bras, ou me montrer ton bras, et là l'enfant nous montre son bras*", "*lui dire de participer*". De plus, elle ajoute que les soignants peuvent utiliser des

objets transitionnels en passant par le doudou par exemple *“plutôt amener par le doudou”, “est-ce que tu veux faire la même chose avec ton bras ?”*.

L’infirmière 2 quant à elle met un point d’honneur à ce que l’enfant apprenne à connaître le soignant et à ce que le soignant connaisse l’enfant *“l’enfant nous apprivoise”, “que nous on apprivoise l’enfant”*.

Nous avons vu les moyens qui peuvent favoriser la relation de confiance. Mais comment savoir, en tant que soignant, que l’enfant nous fait confiance ?

4.3.2 Les signes qui montrent que l’enfant a confiance en le professionnel

Plusieurs signes ont été mentionnés, que cela soit pour l’infirmière 1 ou pour l’infirmière 2. L’enfant peut exprimer sa confiance par la communication non verbale en montrant qu’il accepte que le soin soit fait, qu’il va participer au soin : l’infirmière 1 *“juste un regard”, “qu’il accepte d’emmener quelque chose vers nous”,* l’infirmière 2 partage le même avis *“l’enfant nous fera confiance quand il acceptera ou qu’il adhérera à notre soin”*. L’infirmière 1 précise que l’enfant peut utiliser la communication verbale pour manifester sa confiance envers le professionnel. En effet, elle dit *“une parole”, “par le dialogue”*.

Cependant, dans certains cas, et ce malgré les méthodes utilisées, le soignant ne réussira pas à gagner la confiance de l’enfant.

4.3.3 Ce qui pourrait altérer la relation de confiance

Il y a des enfants avec qui les professionnels parviennent à créer une relation de confiance, d'autres malheureusement où cela va être plus compliqué. Selon l’infirmière 1 cela va dépendre de l’enfant, de son âge et du vécu des soins qu’il aurait pu avoir en amont : *“il y a des âges où l’approche est plus difficile”, “selon leur vécu de soin, des soins qui ont pu être douloureux du coup ils vont avoir peur que tous les soins soient douloureux”*. De plus, l’infirmière 2 nous fait part d’un avis semblable à celui de l’infirmière 1. En effet, *“ça dépend de l’âge”, “ça dépend s’il y a eu des soins qui ont déjà été fait avant où si c’est vraiment les premiers soins”*.

Enfin, selon les deux infirmières, l’enfant peut exprimer son manque de confiance envers l’équipe soignante par une communication verbale et non verbale qui peut d’ailleurs être une expression de ses émotions ou d’une lassitude de ses hospitalisations. Pour l’infirmière 1 cela peut se manifester par *“des cris”, “ils peuvent beaucoup bouger”, “ne veulent plus qu’on les approche”*. Pour l’infirmière 2 *“mais parfois la peur peut prendre le dessus”, “ils se replient sur soi”*.

En pédiatrie, la relation de confiance doit également se construire avec le parent, ce dernier ayant une place fondamentale dans la prise en soin de son enfant. Le soignant doit donc construire une relation de confiance avec le parent.

4.4 La construction de la relation de confiance entre les parents et les soignants

En pédiatrie, nous prenons soin et accompagnons l’enfant. Mais il s’avère important d’accompagner également les parents pendant toute l’hospitalisation de leur enfant ; une relation de confiance va donc se créer

entre le soignant et le parent. Les deux infirmières que j'ai interrogées sont toutes les deux d'accord pour dire que l'accompagnement du parent est nécessaire ; et c'est d'ailleurs ce qui ressort le plus, il faut rester disponible, se montrer à l'écoute et renseigner les parents sur les soins que nous faisons à l'enfant : infirmière 1 *"rien leur cacher"*, *"ils ont besoin d'entendre les choses"*, *"leur expliquer"*. L'infirmière 2 complète *"le relationnel est hyper important"*, *"répondre à leurs inquiétudes"*, *"pourquoi on fait les choses"*.

De plus, selon l'infirmière 1 *"la finalité est la même"*, la construction de la relation de confiance entre enfant/soignant et entre les parents et le soignant se base donc sur des similitudes, car selon l'infirmière 2 *"le but est le même"*.

Cependant, il y a tout de même des différences dans la construction de la relation de confiance. En effet, pour s'adresser aux parents, les soignants auront une attitude différente et n'utiliseront pas le même vocabulaire. Pour l'infirmière 1 *"évidemment, on ne va pas utiliser les mêmes mots ni les mêmes approches"*, l'infirmière 2 précise *"les parents peuvent avoir besoin d'un peu plus de renseignements."* et qu'il est important, selon elle, d'aller à l'essentiel *"pas besoin de passer par divers chemins ou diverses étapes"*.

Pour rappel, en pédiatrie, on retrouve un partenariat entre enfants, parents et soignants. P. Thibault-Wanquet (2008) définit l'alliance thérapeutique en pédiatrie comme "Une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation avec les autres." (p.51). Mais qu'en est-il de la définition de l'alliance thérapeutique selon les professionnels de terrain ?

4.5 Le point de vue soignant sur l'alliance thérapeutique en pédiatrie

Les deux infirmières utilisent plusieurs mots pour définir l'alliance thérapeutique. En effet, elles l'évoquent comme étant une relation de confiance. Ainsi, il faut d'abord construire cette confiance avant d'aboutir à l'alliance thérapeutique : l'infirmière 1 *"une relation de confiance"*, pour l'infirmière 2 *"arrive à gagner sa confiance"*. Les deux infirmières précisent qu'il s'agit d'un ensemble entre enfant, parents et soignants comme une triade, comme une relation triangulaire. Selon l'infirmière 1 *"l'équipe pour moi, ça va être l'équipe soignante, l'enfant et les parents"*, pour l'infirmière 2 *"c'est vraiment des soins que l'on réalise avec l'enfant et avec le parent si le parent est présent"*. Cependant, l'infirmière 2 voit également l'alliance thérapeutique comme un pacte, mais un pacte à ne construire au départ qu'avec l'enfant *"un pacte avec l'enfant dans un premier temps"*.

De plus, la construction de l'alliance thérapeutique aura notamment pour conséquence de réaliser le soin dans de bonnes conditions pour qu'enfant, parents et soignants se sentent en sécurité. En effet, selon l'infirmière 1 *"une relation de confiance qui va nous mener à pouvoir exécuter ou effectuer un soin pour le bien de l'enfant et des parents."*, pour l'infirmière 2 *"les soins soient réalisés ensemble dans de bonnes conditions"*.

Enfin, l'infirmière 2 nous fait part que l'alliance thérapeutique peut être tout à fait correcte en l'absence du parent *"une alliance thérapeutique peut-être très efficace et très bonne même si le parent n'est pas là"*. Elle ajoute *"des fois, le parent a un rôle à jouer pour ne pas être là"*, nous allons donc évoquer les raisons pour lesquelles les soignants peuvent être amenés à faire sortir les parents et enfin la façon dont les soignants vont l'aborder avec le parent.

4.6 L'absence des parents dans le soin

4.6.1 Les arguments pour faire sortir les parents lors d'un soin

La raison principale évoquée par les deux infirmières est une demande de la part des parents. En effet, selon l'infirmière 1 *“ils nous demandent à sortir”, “selon les envies des parents”*. Pour l'infirmière 2 *“c'est plutôt le parent qui décide de sortir parce que c'est un soin qui dérange”*. En effet, les parents sortent pour divers motifs *“des parents qui ne supportent pas les soins sur leur enfant”,* pour l'infirmière 2 *“un soin qu'ils n'ont pas forcément envie de voir sur leur enfant”, “parce que pour eux l'hôpital c'est compliqué”* ou encore *“un soin qu'ils appréhendent”*.

Bien entendu, faire sortir les parents dépend des moments pour l'infirmière 1 *“c'est propre à la situation”,* pour l'infirmière 2 *“dépend du soin que l'on réalise”*. Si c'est un soin invasif les infirmières auront peut-être plus de facilité à demander aux parents de sortir, pour l'infirmière 1 *“un soin, à un moment donné est difficile et qu'on est obligé des fois malheureusement de maintenir un petit peu l'enfant”* et l'infirmière 2 *“quand on sait que ça va être des soins encore plus invasifs”*. De plus, pour l'infirmière 1, si les soins réalisés auparavant ne se sont pas bien passés et que les parents étaient présents : *“on avait fait un soin et on a vu que ça ne se passait pas bien”,* il faudra peut-être voir pour que les parents sortent pour éviter de renouveler cette *“mauvaise expérience”* qui ne sera bénéfique ni pour l'enfant, ni pour le parent et ni pour le soignant.

L'infirmière 1 peut être amenée à faire sortir les parents pendant le soin parce que *“les parents craquent à côté”*. Cela peut faire paniquer l'enfant, car il ressent que le parent est stressé ; cela en devient un cercle vicieux : selon l'infirmière 2 *“parce que si l'enfant voit son parent complètement paniqué, c'est un cercle vicieux : le parent panique, l'enfant voit que le parent panique et du coup lui il panique et du coup le parent voit son enfant paniqué donc il panique encore plus”*. Enfin, il arrive que les parents soient stressés par l'hospitalisation de leur enfant ou par les soins réalisés et ils vont donc communiquer ce stress à leur enfant *“c'est surtout pour ça les parents qui communiquent leur stress à leur enfant”* ; au-delà de préserver l'enfant, préserver les parents est également nécessaire selon l'infirmière 2 car c'est un *“soin hyper invasif qui peut être traumatisant pour le parent.”*

La dernière raison que les deux infirmières ont citée est liée au refus de l'enfant lui-même, il ne souhaite pas que ses parents soient là - pour l'infirmière 1 *“propres aux enfants”* et l'infirmière 2 *“enfant qui ne veut pas (généralement c'est sur des enfants qui sont beaucoup plus grands)”*.

Les deux infirmières se rejoignent pour préciser l'importance d'expliquer le déroulement du soin aux parents après sa réalisation. En effet, cela permet une continuité de l'alliance thérapeutique. Pour l'infirmière 1 *“on leur explique, ça permet de consolider l'alliance thérapeutique”, “c'est toujours important d'expliquer”* ; pour l'infirmière 2 *“leur expliquer un peu ce qu'on fait”*.

Après avoir vu les raisons de faire sortir les parents de la chambre lors d'un soin, nous allons voir la façon dont les infirmières annoncent aux parents qu'il est préférable pour eux de sortir.

4.6.2 Expliquer les raisons de faire sortir les parents lors d'un soin.

Il est important de prendre le temps d'expliquer les raisons, important de dialoguer avec les parents ; selon l'infirmière 1 *“c'est de bien expliquer aux parents pourquoi ils doivent sortir”* quant à l'infirmière 2 elle précise *“il*

faut expliquer en fait les raisons : là je pense que pour votre bien-être à vous et celui de votre enfant c'est peut-être plus bénéfique". Cela permettra aux parents de comprendre et surtout qu'ils ne se sentent pas mis à l'écart de la prise en soin de leur enfant. Il faut donc communiquer avec les parents et nouer une relation avec ces derniers, selon l'infirmière 2 : *"hyper important car tout passe par la communication"*.

Dans notre situation, les parents sont sortis de la chambre lors de la réalisation d'un soin. Nous allons maintenant voir si la demande du soignant d'avoir fait sortir le parent influe sur l'alliance thérapeutique.

4.7 Les conséquences de l'absence des parents dans le soin sur l'alliance thérapeutique ?

Pour rappel, il va falloir nouer une relation de confiance avec l'enfant et les parents. Lorsque les parents sont amenés à sortir, il est important d'exposer les raisons et de prévenir l'enfant. Prévenir l'enfant a en effet une importance car il pourrait se sentir trahi, voire même se sentir abandonné par ses parents, pour l'infirmière 1 *"on va expliquer à ce moment-là à l'enfant"*, pour l'infirmière 2 *"papa et maman ils vont aller faire un tour dehors"*.

Les deux infirmières évoquent l'intérêt d'expliquer l'importance de faire sortir les parents, selon l'infirmière 1 *"la première fois on a essayé de faire tous ensemble, on a vu que ce n'était pas concluant"* ; selon l'infirmière 2 *"pris le temps de leur expliquer avant pourquoi il est préférable qu'ils sortent et tant aux parents qu'à l'enfant d'ailleurs"*. De plus, il va falloir avoir l'accord du parent, selon l'infirmière 1 *"ça fait aussi partie d'une alliance parce qu'en fait la maman était d'accord dans cette façon de faire"*, *"qu'il soit d'accord avec le fait d'être présent ou pas présent"*, pour l'infirmière 2 *"le parent en fait il est dans l'acceptation"*.

Au-delà d'avoir l'accord du parent, il faut, selon l'infirmière 1 avoir l'accord : enfant/parent/soignant *"méthode que l'on met en place finalement tous ensemble avec le trio"*.

Enfin, les infirmières ont toutes les deux relevé qu'il pourrait y avoir un impact "positif" à l'absence des parents dans le soin. En effet, cela permet de créer un contact différent avec l'enfant. Selon l'infirmière 1 *"on a discuté tout en faisant le soin"*, pour la seconde infirmière *"enfant est plus accessible sans les parents"*.

Les deux infirmières sont d'accord pour nous dire qu'en l'absence des parents, l'alliance sera toujours présente entre l'enfant et le soignant, selon l'infirmière 1 *"on est toujours dans une alliance peu importe si la maman, ou le parent soit présent ou pas présent"* et, pour l'infirmière 2 *"on va avoir une alliance thérapeutique beaucoup plus forte avec l'enfant"*.

Ainsi, selon les deux infirmières les moyens pour qu'il n'y ait pas de conséquences sur l'alliance thérapeutique seraient de prévenir l'enfant, de prévenir les parents, leur expliquer les raisons, avoir l'accord du trio (enfant, parents et soignant) et surtout s'adapter à chaque situation car selon l'infirmière 1 *"c'est justement ne pas s'adapter qui casserait l'alliance thérapeutique"*.

4.7.1 La variabilité de l'alliance thérapeutique.

Infirmière 1 *"une alliance n'est pas figée"*, l'alliance thérapeutique en pédiatrie est flexible et est donc d'une grande variabilité : elle va dépendre de la situation, selon l'infirmière 1 *"au cas par cas"* et pour l'infirmière 2 elle va dépendre de l'enfant *"suivant le parcours de l'enfant"*, *"suivant son âge"*.

5. La discussion

Après avoir étudié l'état de l'art et analysé les réponses des deux infirmières, je vais confronter l'opinion des auteurs, ceux des infirmières et mon point de vue professionnel.

Pour cela, nous allons découper cette dernière partie en 4 axes différents, que sont : l'accompagnement de l'enfant dans le soin, la relation de confiance entre l'enfant/soignant et parent/soignant, le troisième axe portera sur l'alliance thérapeutique, et nous terminerons par l'absence des parents dans le soin.

Afin de resituer mon sujet dans son contexte, il me semble nécessaire de rappeler ma question de départ :

En quoi la demande de l'infirmier de faire sortir les parents de la chambre lors d'un soin auprès de leur enfant impacte-t-elle l'alliance thérapeutique ?

5.1 L'accompagnement de l'enfant dans le soin

De mon point de vue, accompagner l'enfant dans son soin fait partie prenante de notre travail en tant qu'infirmière en pédiatrie.

Tout d'abord, l'accompagnement va débiter par des présentations, et autant les auteurs que les infirmières sont d'accord sur ce point : selon B. Minguet et F. Galland (2011) "Commencer par se présenter, donner son nom et sa fonction, éventuellement en essayant de se mettre physiquement à sa hauteur.", la deuxième infirmière que j'ai interrogée va dans le même sens "*ça commence par des présentations*". Et, selon moi, dire notre nom et notre fonction sont des éléments qui vont permettre à l'enfant de savoir qui rentre dans sa chambre, qui va prendre soin de lui, de repérer son nom, de repérer son visage ; aux parents de savoir qui va prendre soin de leur enfant, de repérer ainsi les membres de l'équipe pour qu'il sache à qui s'adresser s'ils ont des questions. De plus, il faudra également laisser l'enfant se présenter ; il nous dira son prénom et l'appeler ainsi favorisera la relation qui sera mise en place au fur et à mesure, l'accompagnant devra à son tour se présenter, ce qui nous permettra de savoir qui est présent dans la chambre avec l'enfant, de connaître le statut (parents ? grands parents ?) et si nous avons le droit de donner des informations sur la santé de l'enfant à cet accompagnant, autrement dit respecter le secret médical. Enfin, les présentations facilitent la mise en place de la relation entre enfant, parent et soignant.

D'après mon expérience, la réalisation du soin doit toujours débiter par son explication, ce qui permet de situer le soin dans son contexte : pourquoi faire tel soin à ce moment-là ? Pourquoi ce soin ? Elle permet aussi de mettre en mot les gestes, le matériel qui va être utilisé. L'explication intègre l'enfant dans son soin pour qu'il comprenne ce qu'on va lui faire, que l'objectif est qu'il se sente mieux. L'enfant verra ainsi que nous ne lui cachons rien. Pour faire un parallèle avec ma situation de départ, j'avais pris le temps d'expliquer les modalités du soin à la maman et à Vanessa en utilisant un langage adapté à chacune ; de part mes lectures et les interviews que j'ai réalisées, l'importance d'expliquer le déroulement du soin a été identifiée.

Pour cela, plusieurs méthodes pourront être mises en place : pour C. Devoldère (2012) il faudra adapter nos mots en fonction de l'âge de l'enfant ; pour B. Minguet, F. Galland et les professionnels, l'informer par le jeu. Enfin, un dernier moyen évoqué par les auteurs est : l'utilisation du doudou car, d'après F. Galland et B. Minguet (2011) "Cet « objet transitionnel », qui fait partie de son monde, le rassure et l'aide à faire la transition entre un espace connu et un autre inconnu qui génère une certaine crainte" ; la première infirmière que j'ai interviewée partage le même avis "*plutôt amener par le doudou*". Les soignants peuvent aussi donner des fiches explicatives, comme celles faites par

l'association Sparadrapp, ce qui permet à l'enfant de comprendre, par le biais des images, les mots des professionnels et de visualiser le soin qu'il va avoir.

Il me semble nécessaire d'adapter nos mots à l'âge de l'enfant, de se mettre à sa portée pour qu'il comprenne, pour ne pas qu'il se sente brusqué par les mots "médicaux" que les professionnels utilisent car ils peuvent procurer chez l'enfant des émotions telles que la peur ou de l'anxiété.

J'approuve l'idée d'utiliser le principe des boîtes de distraction comme les malles de docteurs ou les malles infirmières car l'enfant peut toucher, peut apprivoiser le matériel qui va être utilisé pour la réalisation de son soin.

Il pourra l'utiliser sur son doudou pour tenter de reproduire le soin que lui a expliqué l'infirmière. De cette manière, il aura tendance à mieux accepter le soin qui va être fait et montrer à son doudou "qu'il est super fort" ; d'où l'importance d'utiliser celui-ci. De plus, avant de rentrer dans la réalisation du soin à proprement parler, contextualiser le soin avec l'enfant est essentiel : B. Minguet et F. Galland (2011) évoquent l'importance de demander à l'enfant s'il souhaite être prévenu ou s'il préfère, comme le disent les deux professionnelles interrogées, être distrait.

Pendant le soin, il nous faudra, comme, d'ailleurs, pour l'explication du soin, utiliser des mots simples, qui n'ont pas de connotation "brutales" : éviter de dire "je pique", mais plutôt "inspire". La distraction est, en effet, un bon moyen pour aider l'enfant pendant le soin, mais selon moi, il est essentiel que l'enfant choisisse sa distraction, qu'il soit acteur de celle-ci - d'ailleurs, si lors du soin on s'aperçoit que la distraction choisie n'a pas fonctionné (que l'enfant a pleuré, qu'il a mal vécu son soin), il ne faudra pas hésiter à échanger avec l'enfant et essayer un autre moyen de distraction la fois prochaine ! Je pense que quoique l'enfant décide, distraction/pas distraction, être prévenu/ne pas être prévenu, nous devons respecter ce qui a été choisi car il pourrait se sentir trahi ; l'infirmière 2 parle d'un pacte à respecter tout au long du déroulement du soin.

Après le soin, pour moi, il faut expliquer à l'enfant que le soin est fini, rester un petit peu dans sa chambre pour discuter avec lui et surtout terminer le "pacte" que l'on avait fait avec l'enfant. Selon S. Tomkiewicz (2000) il pourrait être important de valoriser l'enfant. En effet, je pense que valoriser l'enfant par des mots comme "c'est très bien", "tu as été un(e) champion(e)" peut permettre à l'enfant de prendre confiance en lui et l'enfant verra qu'il a bien collaboré. De plus, S. Tomkiewicz (2000) évoque également l'importance de demander à l'enfant comment il a vécu son soin. À mon sens, si le soin ne s'est pas bien déroulé, il sera important de revenir en discuter avec l'enfant et de modifier l'organisation et la méthode la prochaine fois. À l'inverse, si le soin s'est bien passé, l'enfant se sentira rassuré et plus serein pour la suite de son hospitalisation, il verra aussi qu'avec les professionnels le contact se passe bien et qu'il pourra avoir confiance pour la suite de la prise en soin.

5.2 La relation de confiance entre l'enfant/soignant et parent/soignant

Traiter la relation de confiance me semble important, c'est, en effet, l'une des relations qui va aboutir au sujet de mon mémoire : l'alliance thérapeutique.

Selon moi, en pédiatrie, la relation de confiance se construit avec le temps, le temps à l'enfant et aux parents de nous connaître. De plus, qu'enfant, parents et soignants communiquent entre eux ; c'est en communiquant que la relation de confiance commence à se créer. Selon, P. Sureau (2018), la relation de confiance se construit entre "deux libertés : celle du malade de confier à l'autre ce qui lui est cher, celle du soignant d'accepter ou de refuser. Mais que ce dernier accepte ou refuse, il devra s'engager, et c'est justement ce qui est attendu de lui."(p.2). À mon

sens, le soignant devrait donc s'impliquer : expliquer à l'enfant le déroulement de l'hospitalisation, le déroulement des soins, être présent pour l'enfant, être à son écoute, le rassurer, laisser l'enfant s'exprimer, lui proposer des jeux, lui faire une visite du service, lui montrer la salle de jeux. L'enfant le sentira, verra que nous le laissons s'exprimer, qu'on est à l'écoute de ses besoins... En effet, c'est selon moi tout le travail d'une infirmière en pédiatrie. Il aura donc tendance à commencer à nous parler pour ainsi rentrer dans cette relation de confiance. Voir que l'enfant nous fait confiance est, pour moi, la plus belle des récompenses !

À part le soignant, le soigné (ici l'enfant) devra s'impliquer car une relation où seul le professionnel s'implique ne sera pas bénéfique. En effet, P. Sureau nous montre que le patient doit lui aussi s'impliquer, tout autant d'ailleurs que l'infirmière. Ainsi, selon moi, le patient doit être acteur de sa prise en soin, et nous, soignants, sommes là pour l'accompagner et le guider dans celle-ci.

Les infirmières interrogées n'ont pas défini la relation de confiance, mais elles m'ont permis de comprendre qu'il y avait des outils pour la favoriser, comme : se présenter, créer une approche avec l'enfant. En effet, se présenter fait partie de la construction de la relation de confiance et fait d'ailleurs partie du début de l'accompagnement de l'enfant dans le soin. De plus, elles ajoutent que si l'enfant accepte la réalisation du soin, cela démontre que l'enfant nous accorde sa confiance. Ainsi, si l'enfant se sent en confiance, il sera plus détendu, et le soignant le sera également.

La relation de confiance peut se modifier au cours du temps. Reprenons "la métaphore de l'élastique" de P. Sureau (2018). J'apprécie cette métaphore, qui nous prouve bien que tout peut évoluer, que tout peut changer d'un moment à un autre ; la relation est pour ainsi dire unique mais non figée. De plus, les professionnels rejoignent l'avis de P. Sureau, et précise qu'avec certains enfants ils n'arriveront pas toujours à construire une relation de confiance.

Quoi qu'il arrive, le soignant devra, pour moi, tout mettre en place pour favoriser la relation de confiance avec l'enfant, mais dans certains cas, le soignant ne pourra pas la construire.

À mon sens, l'enfant peut avoir du mal à donner sa confiance pour plusieurs raisons : en fonction de son âge et de son développement, par exemple : la construction de la relation de confiance avec un adolescent pourrait être plus difficile, si l'enfant a eu des hospitalisations dans le passé, des soins qui se sont mal passés, des expériences dans le monde de l'hôpital qui ne se sont pas bien déroulées sont des éléments qui peuvent justifier que l'enfant ne nous accordera pas sa confiance.

En parallèle de construire une relation de confiance avec l'enfant, il faut créer cette dernière avec les parents.

D'après moi, cela commence avec des présentations mutuelles. Les soignants devront être à l'écoute des inquiétudes des parents, les rassurer et les soutenir, leur présenter le service, leur donner les horaires de visites, les possibilités de dormir auprès de leur enfant. Je me permets de faire un focus qui à mon sens est fondamental et qui apparaît d'ailleurs dans le déroulement de ma situation de départ, il s'agit de prendre le temps d'expliquer le déroulement du soin aux parents, et je partage donc l'avis de C. Devoldère (2012) qui écrit que "tout soignant ne peut que proposer aux parents de rester quel que soit le geste, s'ils le souhaitent, à condition que le parent ait reçu l'information concernant le déroulement."(p.3).

D'après moi, ils pourront ainsi comprendre l'utilité du soin, le matériel qui va être utilisé et pourront prendre la décision de rester ou de ne pas rester - nous devons respecter le choix des parents car, sinon, cela peut couper la relation de confiance. C'est d'ailleurs ce qui ressort du côté des professionnels l'infirmière 1 "*leur expliquer*" et l'infirmière 2 complète, "*répondre à leurs inquiétudes*". Nous remarquons que J. Petellat (2022) rejoint l'avis des

professionnels de terrain “lorsque les explications échangées entre l’enfant, le parent et le soignant sont simples et cohérentes, la confiance peut s’installer.” (p.37).

Je rappelle que la communication entre soignants et parents est fondamentale. De plus, je pense également que si l’enfant voit que ses parents font confiance au soignant, l’enfant aura donc plus de chances de faire confiance au soignant...

Nous l’avons vu, la relation de confiance est nécessaire pour que le soin et l’hospitalisation se passent bien. En effet, pour faire un parallèle avec ma situation de départ, je pense que si le soin s’est bien déroulé, c’est que la relation de confiance enfant/soignant et parent/soignant était construite. De plus, un bon accompagnement dans le soin va favoriser la relation de confiance. Ainsi, c’est par toutes ces étapes que la relation de confiance devient solide avec l’enfant et les parents. Établir une relation de confiance avec l’enfant et les parents pour ainsi aboutir à la construction de l’alliance thérapeutique.

5.3 L’alliance thérapeutique

Nous l’avons vu, en pédiatrie, l’alliance thérapeutique porte le nom de relation triangulaire. Il s’agit d’une relation enfant/parent/soignant ; les trois sommets sont liés ensemble dans un but commun : le bien-être de l’enfant. En effet, je pense que si le parent est intégré à la prise en soin de son enfant, il se sentira valorisé et pourra aider ce dernier en diminuant son anxiété. Les parents sont une présence rassurante pour l’enfant car ce sont les personnes que l’enfant connaît le mieux. Ils pourront aussi aider les soignants en leur disant ce que l’enfant aime, ce dont l’enfant a besoin mais aussi ils pourront être utile dans la prise en soin en général ; les parents pourront renseigner les soignants sur les éventuels pleurs de l’enfant (pleurs de douleur, d’anxiété), mais aussi sur ses antécédents, sur ses allergies, si leur enfant a déjà eu des hospitalisations ...

Pour moi, la relation triangulaire est un pacte où chacun des sommets devra communiquer et s’impliquer - comme la relation de confiance d’ailleurs, si l’un des sommets ne s’implique pas la relation est instable. La relation triangulaire est donc centrale dans les services de pédiatrie. Deux auteurs parlent eux aussi de relation triangulaire : P. Thibault-Wanquet (2008) définit cette relation comme “une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation avec les autres” (p.51). C. Roche (2022) ajoute que “ce qui définit les soins apportés aux plus jeunes, et les différences de ceux prodigués aux adultes, réside dans l’existence d’une relation triangulaire entre l’enfant, le parent et le soignant” (p.18). Les deux infirmières sont du même avis et parle également de relation enfant/parent/soignant pour définir l’alliance thérapeutique en pédiatrie.

Selon moi, la relation triangulaire doit être fondée sur une communication orale des trois sommets : chaque partenaire pourra s’exprimer librement, poser des questions et devra, par conséquent, y répondre de manière compréhensible. Les soignants se doivent aussi d’être sincères envers l’enfant et les parents, je rejoins donc P. Thibault-Wanquet (2008) “s’adresser à l’enfant en fonction de son âge et de son développement, d’autre part savoir s’adresser à ses parents, et communiquer au sein de cette relation triangulaire.” (p.103).

Divers éléments permettent, selon moi, la construction de l’alliance thérapeutique en pédiatrie : appeler l’enfant par son prénom, adapter une communication unique avec chaque enfant et chaque parent. Être à l’écoute des besoins respectifs, faire preuve de patience, prendre le temps avec l’enfant et ses parents. Une alliance thérapeutique permet à l’enfant de se sentir confortable et en confiance pendant le soin et donc de rendre le soin un peu plus agréable.

À mon sens, comme pour la relation de confiance, enfant/parents/soignants devront tous comprendre l'importance de cette alliance ; il faudra donc de la volonté, une collaboration active et un engagement mutuel des trois partenaires. Les infirmières interviewées complètent : la construction de l'alliance thérapeutique aura notamment pour conséquence de réaliser le soin dans de bonnes conditions pour qu'enfant, parents et soignants se sentent en sécurité. L'enfant reste tout de même au centre même de la prise en soin.

Comme pour la relation de confiance, il faut accepter que la relation triangulaire n'aboutisse pas. Cependant, il ne faut pas considérer ce non aboutissement comme définitif car la relation n'est pas figée et tout peut évoluer !

Reprenons la situation de départ. Dans cette dernière, l'infirmière a demandé à la maman de sortir de la chambre pendant le soin, les conséquences de cette démarche en est devenue ma question de départ. Ainsi, pour faire le lien avec cette dernière, j'aimerais m'intéresser aux conséquences de l'absence des parents dans le soin, et plus particulièrement, sur l'alliance thérapeutique.

5.4 L'absence des parents dans le soin

Une fois que les parents ont été informés du déroulement du soin, ils peuvent choisir de rester ou de quitter la chambre : ici, s'ils choisissent de ne pas rester, la décision leur est propre. Après avoir interrogé les deux infirmières, j'ai relevé que la demande de sortir de la chambre émane fréquemment du parent lui-même.

À mon sens, le respect du choix des parents reste primordial, et le soignant doit laisser le droit aux parents d'assister ou de ne pas assister au soin. Cela favorise l'alliance thérapeutique : s'ils ne veulent pas rester, il faudra les rassurer, leur dire que c'est un droit et que les soignants vont tout mettre en œuvre pour accompagner l'enfant.

Il arrive aussi que l'absence des parents soit une demande du soignant. Celle-ci peut provenir de la complexité du soin. En effet, lors de mes entretiens, j'ai pu comprendre que les infirmières ont plus de facilités à faire sortir les parents quand elles savent que le soin est invasif, il peut être traumatisant pour l'enfant mais tout aussi traumatisant pour les parents.

À mon sens, ces derniers peuvent être choqués, peuvent ne pas aimer les éventuels pleurs de leur enfant et cela pourrait générer de l'anxiété pour la suite - d'autant plus si les soins qui ont été fait auparavant ne se sont pas bien déroulés et que les parents étaient présents. En effet, tout est modifiable, il ne faut pas hésiter à changer la méthode et c'est à nous soignants de proposer des ajustements.

Les soignants peuvent appréhender la réaction des parents qui pourrait être difficile à gérer et elle pourrait générer des inquiétudes chez l'enfant. Comme le disent auteurs et professionnels : ils appréhendent que les parents transmettent leur stress à leur enfant.

Pour moi, l'enfant est une "éponge émotionnelle" et ressent énormément quand ses parents sont stressés. Et dans ce cas, faire sortir les parents pourrait s'avérer bénéfique pour l'enfant, il ne ressentira pas le stress que ses parents pourront transmettre et sera donc plus serein ; un enfant serein promet un soin qui se passe bien ! C'est notre rôle de protéger les enfants mais également de protéger les parents en leur demandant de sortir car, dans certains cas, cela peut être trop impressionnant pour eux et l'idée n'est en aucun cas d'accentuer leur anxiété qui est déjà présente du fait de l'hospitalisation de leur enfant.

De plus, je dirai que l'inquiétude des parents peut également se manifester par des pleurs, par des questionnements durant le soin, par le besoin de contrôler en permanence ce que font les soignants ; ils peuvent donc perturber

l'environnement de soin et gêner le travail des soignants. Je rappelle ainsi l'article 8 de la circulaire de 1983 "Le père, la mère, ou une autre personne qui s'occupe de l'enfant doit pouvoir rester auprès de lui aussi longtemps qu'il le souhaite, à condition de ne pas contrarier l'action médicale ni de troubler le repos des autres malades."

La dernière raison à l'absence des parents que j'ai relevée lors de l'analyse de mes entretiens est la suivante : il s'agit du souhait de l'enfant. Il est à noter que seules les professionnelles m'en ont fait part, et cette demande est surtout présente chez les adolescents. Mais, après y avoir réfléchi, laisser le choix à l'enfant est intéressant, certains enfants et principalement les adolescents peuvent avoir besoin d'être seuls pour maintenir leur intimité. Faire choisir le patient lui permet aussi de rester acteur de sa prise en soin et pendant ce moment, il peut se confier au soignant sans que ses parents ne soient au courant.

Si le parent sort, il peut se poser des questions : est-ce que le soin va bien se passer ? Est-ce que mon enfant va pleurer, avoir mal ? Si l'enfant voit son parent sortir il peut se demander : pourquoi mon parent sort ? Est-ce que le soin va bien se passer si mon parent est absent ? Si enfant et parents viennent à se poser ce genre de question, est-il possible que cela entrave la relation de confiance et donc l'alliance thérapeutique ? À présent, nous allons nous focaliser, comme l'évoque ma question d'appel, sur l'impact de la demande de l'infirmière de faire sortir le parent de la chambre sur l'alliance thérapeutique.

Tout d'abord, en ce qui concerne l'enfant, les professionnels ont souligné l'importance de le prévenir, de prévenir que ses parents vont sortir pendant la durée du soin.

Je rajouterai l'importance d'attendre l'accord de l'enfant et d'expliquer à l'enfant les raisons de faire sortir ses parents, on pourrait même laisser le parent prévenir lui-même son enfant. En effet, il ne se sentira pas abandonné par ses parents, il ne les cherchera pas pendant le soin ; rien n'est plus difficile pour l'enfant que de chercher une figure parentale pendant un moment de vulnérabilité. De plus, je trouve que cela renforce la communication soignant/enfant, et que ce dernier voit que le soignant est honnête envers lui, et l'honnêteté favorise la relation de confiance. Ce qui m'a surpris, c'est que les professionnelles n'aient pas relevé de conséquences négatives pour l'enfant, ce qui n'est pas le cas des auteurs ; pour F. Galland et al., (2000) "Quand ses parents sont exclus, un jeune enfant peut croire qu'ils l'ont abandonné, au moment même où il a le plus besoin d'eux et alors qu'il a mal et qu'il ne connaît personne "(p.2). Or, selon moi, si les raisons sont expliquées, l'enfant ne ressentira pas le sentiment d'abandon. Les soignantes ont, quant à elles, révélé un impact positif à faire sortir les parents et parlent d'une consolidation de l'alliance thérapeutique. Je partage également cet avis, la relation enfant/soignant pourrait même se renforcer.

En plus d'expliquer les raisons à l'enfant, il faudra également renseigner les parents ; sur ce point les deux infirmières ont un avis commun : selon l'infirmière 1 "*c'est de bien expliquer aux parents pourquoi ils doivent sortir*" et l'infirmière 2 ajoute "*il faut expliquer en fait les raisons : je pense que pour votre bien-être à vous et celui de votre enfant c'est peut-être plus bénéfique*". Cela permet aux parents de comprendre pourquoi les soignants leur demandent de quitter la chambre, et surtout qu'ils ne se sentent pas mis à l'écart de la prise en soin de leur enfant ou aient le sentiment qu'on leur cache quelque chose. Pour les deux infirmières, il faut attendre, si on en a la possibilité, l'accord des parents avant de leur demander de sortir ; pour elles, ne pas avoir l'accord pourrait aboutir à une altération de la confiance. A contrario, selon C. Penet (2004), faire sortir les parents de la chambre peut se

révéler délicat. Ainsi, faire sortir les parents peut poser problème parce qu'ils ne savent pas si leur enfant pleure, ils ne savent pas dans quelle circonstance se déroule le soin.

Or, selon moi, afin de préserver l'alliance thérapeutique, on se doit d'expliquer le soin, les raisons pour lesquelles les parents doivent sortir et à leur retour le déroulement du soin.

Lors de ma situation, l'infirmière a pris le temps, avant de sortir de la chambre, d'expliquer à l'enfant et à la maman le déroulement du soin, ce qui a favorisé la relation de confiance et la continuité de l'alliance thérapeutique. Cependant, elle n'a fourni aucune explication à Vanessa et sa maman, et cette absence d'explication pourrait avoir des conséquences sur l'alliance thérapeutique. En effet, comment s'assurer, dans ce cas, qu'enfant et parent aient bien compris la démarche de l'infirmière ?

Au début de mon travail de recherche, je suis partie de la demande de l'infirmière de faire sortir le parent de la chambre pendant la réalisation d'un soin et des conséquences qui pourraient en découler. Ainsi, l'ensemble de mes recherches m'a permis d'approfondir ma question de départ. Dans mon cadre théorique et dans mes entretiens, j'ai remarqué plusieurs origines à la sortie des parents de la chambre lors d'un soin ; une demande de l'enfant, une demande des parents et une demande des infirmiers. Il paraît donc intéressant de travailler sur l'impact de ces demandes et les conséquences que cela peut avoir sur la relation enfant/parent/soignant. En ce sens, j'ai élaboré ma question de recherche :

Dans un service de pédiatrie : en quoi l'origine de l'absence des parents dans le soin impacte-t-elle la relation enfant/parents/soignants ?

6. Conclusion

Durant mon stage en pédiatrie, j'ai remarqué que les parents étaient souvent présents auprès de leur enfant pendant les soins. Cependant, dans certaines situations, par une demande de l'infirmière, les parents étaient amenés à sortir de la chambre, ma situation d'appel en est d'ailleurs un exemple. De cette dernière a découlé un ensemble de questionnements en lien avec ce thème pour aboutir à ma question de départ, qui fut le début de mon travail de recherche : en quoi la demande de l'infirmier de faire sortir les parents de la chambre lors d'un soin auprès de leur enfant impacte-t-elle l'alliance thérapeutique ?

Tout d'abord, j'ai débuté ce travail par un ensemble de lectures : des articles, des textes législatifs, des ouvrages afin de pouvoir construire mon cadre théorique. De ces lectures, j'ai pu trier les informations recueillies afin d'aboutir à un plan en trois parties : la prise en soin de l'enfant en pédiatrie, la place des parents dans le soin à l'hôpital et enfin la relation enfant/parents/soignants. Par la suite, réaliser des entretiens m'a permis d'aller à la rencontre de professionnels infirmiers exerçant en pédiatrie. J'ai ainsi pu comprendre comment se construit la relation de confiance enfant/soignant et parent/soignant, pourquoi les parents pouvaient être amenés à sortir de la chambre, et quels étaient les impacts de cette absence sur l'alliance thérapeutique. La dernière partie de mon travail de recherche m'a permis de confronter les idées des auteurs avec celles des infirmières et j'ai pu apporter mon point de vue professionnel. Cette partie a été enrichissante et m'a permise de faire le lien entre l'ensemble des parties de mon mémoire et surtout, de se projeter en tant que future infirmière.

Avant de débiter cet écrit, je pensais que les parents étaient constamment présents lors des soins, que faire sortir les parents allait forcément engendrer des conséquences sur l'alliance thérapeutique. Or, tout dépend des mots que les soignants vont employer pour expliquer les raisons, expliquer le déroulement des soins. Ainsi, mon opinion au cours de ces neuf mois a fortement évolué, ce qui aura des conséquences sur mes pratiques professionnelles. En effet, en réalisant ce travail de recherche, j'ai pu comprendre l'importance d'accompagner l'enfant dans le soin, que cet accompagnement est propre à chaque enfant, propre à chaque soin, propre à chaque étape, et qu'il permet un bon déroulement du soin. Malgré l'accompagnement de l'enfant, il faudra accompagner les parents, en les intégrant à la prise en soin de l'enfant ; ils restent un pilier sur lequel enfant et soignants pourront se reposer. Grâce à mes recherches, j'ai pu comprendre comment se construit l'alliance thérapeutique, et qu'il faut passer par la construction d'une relation de confiance, que cela soit avec l'enfant ou avec le parent. Je retiendrai également qu'expliquer les raisons à l'enfant et aux parents de la sortie des parents pour un soin, qu'expliquer le déroulement du soin en amont à ces derniers et expliquer comment s'est passé le soin aux parents sont des éléments qui contribuent à la construction de la relation de confiance et par conséquent de l'alliance thérapeutique.

Au cours de ces trois années d'école d'infirmière, je suis passée par beaucoup d'étapes, toutes plus enrichissantes les unes que les autres. Elles sont passées très vite et sont sur le point de se terminer avec émotion par l'écriture de mon mémoire. Ce dernier a été un véritable travail de recherche. J'ai été passionnée par ce sujet qui m'a permis de confirmer mon envie de travailler dans un service de pédiatrie. J'ai appris professionnellement et je sais que l'ensemble de ces connaissances me serviront quand je m'orienterai vers la spécialité de puériculture. Mais aussi et surtout, je ne pensais pas aboutir à l'écrit de mon mémoire mais au fil des mois, des lectures, des interviews, j'ai vu l'avancée de mon travail et reste fière du chemin parcouru : je garderai donc en mémoire ce mémoire.

De plus, je suis également passée par plusieurs difficultés, comme la peur de m'éloigner de ma question de

départ, de faire le tri entre toutes les informations, de trouver des lectures sur les conséquences de l'absence des parents dans le soin, j'ai d'ailleurs été surprise du peu d'ouvrages sur le sujet. La première phrase est toujours la plus difficile à écrire...

Il peut arriver que les enfants hospitalisés aient besoin de soins en extra-hospitalier, il existe donc une continuité des soins entre l'hôpital et le libéral. Nous pouvons nous poser la question de l'impact de l'absence des parents dans le soin lorsque l'infirmière est chez le parent et chez l'enfant.

L'infirmière pourra-t-elle demander aux parents de sortir de la chambre de l'enfant pour réaliser un soin ?

Bibliographie

1. Articles

- Debelleix, E. (2011, 02). Soins en pédiatrie, partenaires légitimes [Dossier]. *L'infirmière magazine*, 272, 12-15.
- Hellier, E. (2009, 08). Adapter sa communication à l'enfant ou à l'adolescent hospitalisé. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 249, 23-24.
- Petellat, J. (2022, 03/04). Améliorer la prise en charge en reconnaissant sa place à chaque acteur. *Soins pédiatrie/Puériculture*, 325, 35-37.
- Pillet, F. (2009, 08). Communiquer avec l'enfant hospitalisé et sa famille. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 249, 15.
- Roche, C. (2022, 03/04). Soignant-enfant-parent, un partenariat essentiel en pédiatrie. *Soins pédiatrie/Puériculture*, 325, 18-20.

2. Ouvrages

- Clément, C., & Demont, E. (2021). *Les 23 grandes notions de la psychologie du développement*. Dunod.
- Deldime, R., & Vermeulen, S. (2004). *Le développement psychologique de l'enfant*. De Boeck Supérieur.
- Formarier, M. (1984). *l'enfant hospitalisé au cœur des soins infirmiers*. Le Centurion.
- Thibault-Wanquet, P. (2008). *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital*. Elsevier Masson.

3. Webographie

- CHU de Nantes. *Psychologie du développement*.
https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/relation-soignant-soigne_1459520255564-pdf
- Devoldère, C. (2012, 12). *Soignants, parents : une place pour chacun*. pediadol.
https://pediadol.org/wp-content/uploads/2012/12/U2012_soignants_parents.pdf
- Galland, F., Carbajal, R., & Cohen-Salmon, D. (2000). *Soins douloureux en pédiatrie : avec ou sans les parents ?* Sparadrap.
https://www.sparadrap.org/sites/default/files/inline-files/GUIDE%20PROS_G03_AVEC%20OU%20SANS%20LE%20PARENTS_032018_BOUTIQUE%2001%202018.pdf
- Galland, F., & Minguet, B. (2011, 04). *Les inquiétudes de l'enfant avant un soin, un examen...* Sparadrap.
<https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/les-inquietudes-de-lenfant-avant-un-soin-un>
- Galland, F. (2013, 04). *Quel rôle, quelle place pour les parents lors des soins*. Sparadrap.
<https://www.sparadrap.org/professionnels/la-presence-des-proches/quel-role-quelle-place-pour-les-parents-lors-des-soins>
- Galland, F. (2018, 09). *Comment aider mon enfant lors d'un soin*. Sparadrap.
<https://www.sparadrap.org/parents/aider-mon-enfant-lors-des-soins/comment-aider-mon-enfant-lors-dun-soin>
- Graber, E (2021). *Développement de l'enfant - Pédiatrie - Édition professionnelle du Manuel MSD*.
<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/croissance-et-d%C3%A9veloppement/d%C3%A9veloppement-de-enfant>

Nightingale, F. (2022, 08 25). *80 puissantes citations de Florence Nightingale sur les soins infirmiers et la vie* (2022). Kiiky. <https://kiiky.com/fr/wealth/florence-nightingale-quotes/>

Phaneuf, M. (2016, 03). *L'alliance thérapeutique comme instrument de soins Les origines*. Prendre soin. <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf>

Sureau, P. (2018, 04). *De la confiance dans la relation de soin*. Soins Pédiatrie/Puériculture, 824, 1-3. https://ethna.net/medias/fichiers_ressources_documentaires/67-de-la-confiance-dans-la-relation-de-soin-p.-sureau-/fichiers/soins_avr.2018-confiance-des-relations_p.sureau.pdf

4. Les textes de lois

Charte de l'enfant hospitalisé. (n.d.). HUEP. https://huep.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/49/files/2012/11/charte_de_l_enfant_hospitalise.pdf

Circulaire n° 83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants. (n.d.). Direction des affaires juridiques.

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-83-24-du-1er-aout-1983-relative-a-lhospitalisation-des-enfants/#:~:text=La%20qualit%C3%A9%20et%20la%20prise,leur%20rapport%20%C3%A0%20l'enfant.>

Circulaire DH/EO 3 n° 98-688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie. (n.d.). Direction des affaires juridiques.

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dheo-3-n-98-688-du-23-novembre-1998-relative-au-regime-de-visite-des-enfants-hospitalises-en-pediatrie/#:~:text=La%20pr%C3%A9sence%20du%20p%C3%A8re%2C%20de,particulier%20%C3%A0%20des%20maladies%20contagieuses.>

Convention internationale des droits de l'enfant Convention des Nations-Unies du 20 novembre 1989 Préambule Les Etats parties. (n.d.). France Diplomatie. https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Conv_Droit_Enfant.pdf

Déclaration des droits de l'enfant 20 novembre 1959 (Texte intégral). (n.d.). Tout sur les droits de l'enfant. <http://www.toutsurlesdroitsdelenfant.fr/documents/declaration1959.pdf>

Déclaration de Genève 26 septembre 1924 (texte intégral). (n.d.). Tout sur les droits de l'enfant. <http://www.toutsurlesdroitsdelenfant.fr/documents/declaration1924.pdf>

Haute Autorité de santé. Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf

5. Document multimédia

Association Sparadrap. (2019). *Soins douloureux en pédiatrie : avec ou sans les parents?* [vidéo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=JPLM-w8zn2M&t=276s>

Booder et G. Falzerana. (2023). *Le Grand Cirque Bande Annonce*. [vidéo]. Youtube <https://www.youtube.com/watch?v=ueRf1ffxFUY>

6. Dictionnaire

Dictionnaire Larousse. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

7. Brochure

Association sparadrap. (2016). *Une fiche pour expliquer la sonde naso-gastrique aux enfants* [Brochure].
https://www.sparadrap.org/sites/default/files/inline-files/F20%20SNG_1.pdf

8. Colloque

Mr Douste-Blazy, P. (Dir.). (2004). *Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires : Actes du colloque de Paris, 5 octobre 2004*. Association Sparadrap.

https://www.sparadrap.org/sites/default/files/inline-files/actes-colloque-SPARADRAP-2004_Presence-Parents.pdf

Articles utilisés :

Golse, B. (2004, 10 05). *Retentissements psychologiques sur les enfants et les parents, des hospitalisations ou des séparations*. 52-55.

Penet, C. (2004, 10 05). *Enfants, parents, soignants, comment vivre ensemble ?* 7-11

9. Figure

Annexe : Canoui, P., & Davous, D. (n.d.). *Processus décisionnel, relation triangulaire* [image].

https://www.pediatriepalliative.org/wp-content/uploads/2018/10/sppdecision_d_davous_p_canoui.pdf

Illustration : Mr Douste-Blazy, P. (Dir.). (2004). *Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires : Actes du colloque de Paris, 5 octobre 2004*. Association Sparadrap. [image].

https://www.sparadrap.org/sites/default/files/inline-files/actes-colloque-SPARADRAP-2004_Presence-Parents.pdf

Annexes

Annexe I : La Charte de l'Enfant Hospitalisé de 1986

Annexe II : Une fiche pour expliquer la sonde naso-gastrique aux enfants

Annexe III : Le schéma de la relation triangulaire

Annexe IV : Le guide d'entretien

Annexe V : Retranscription de l'entretien avec l'infirmière 1

Annexe VI : Retranscription de l'entretien avec l'infirmière 2

Annexe VII : L'analyse descriptive des entretiens : tableaux



Charte de l'enfant hospitalisé



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.



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



On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.



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



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



Les enfants ne doivent pas être admis dans les services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives, adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.



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



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



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



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

Une fiche pour expliquer la sonde naso-gastrique aux enfants

Fiche
n° 20

La sonde naso-gastrique



On va te poser une sonde naso-gastrique.

C'est un petit tube très fin en plastique souple qui sert à apporter directement dans ton estomac un liquide pour te nourrir ou un médicament.

Parfois aussi, la sonde sert à vider le contenu de ton estomac.

La première fois, la pose de la sonde se fait à l'hôpital.

Mettre en place la sonde peut être désagréable mais heureusement il existe des solutions pour ça.

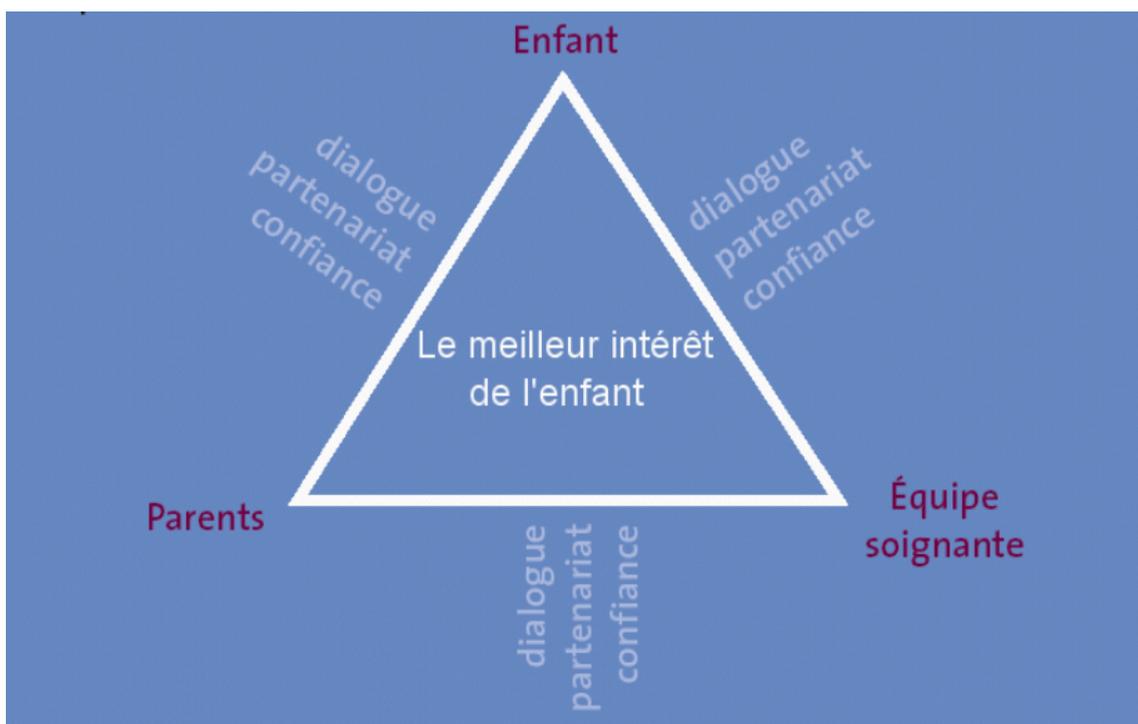
les fiches pratiques SPARADRAP



Je feuillette ↪

www.sparadrap.org

Annexe III : Le schéma de la relation triangulaire



Annexe IV : Le guide d'entretien

Bonjour je m'appelle Elysa et suis étudiante infirmière en 3ème année d'école d'infirmière. Je vous sollicite pour participer à mon mémoire de fin d'étude qui a pour thème de l'absence du parent lors des soins . Etes-vous d'accord pour que j'enregistre l'entretien ? Je vous garantis que l'enregistrement et que toutes les données fournies resteront anonymes et qu'il a pour but d'enrichir mon MIRSI.

Questions principales + Relances + reformulations	Objectifs de chaque question
<p>1- Pouvez-vous vous présenter ? Relance : Pouvez-vous évoquer votre parcours professionnel ?</p>	<p>Permet d'introduire l'entretien, de connaître l'expérience des professionnels dans le milieu hospitalier.</p>
<p>2- Comment décririez-vous votre accompagnement auprès de l'enfant tout au long du soin ? Relance : Avant le soin ? Pendant le soin ? Après le soin ? Reformulation : Comment décririez-vous votre présence auprès de l'enfant dans le soin ?</p>	<p>Permet de cibler les moyens/solutions que les infirmiers ont pour favoriser l'accompagnement de l'enfant dans les soins.</p>
<p>3- Quels sont les impacts de la présence des parents tout au long du soin ? Relance : Les avantages de leur présence ? Les inconvénients de leur présence ? Pour les parents, pour l'enfant et pour le soignant ? Reformulation : Quels bilans faites-vous de la présence des parents dans le soin ?</p>	<p>Déceler les avantages/inconvénients de la place du parent dans les soins afin de centrer si les parents ont une importance. Comprendre ce qu'ils peuvent apporter aux soignants et à l'enfant. Les conséquences de la place des parents dans le soin pour eux.</p>
<p>4- Comment la relation de confiance se crée entre vous et l'enfant ? Reformulation : Que mettez-vous en place pour que l'enfant ait confiance en vous ?</p>	<p>Avoir une expérience sur la construction de la relation de confiance entre l'enfant et le professionnel. Chercher des outils et méthodes pour favoriser/construire la relation de confiance.</p>
<p>5- Comment savez-vous que l'enfant vous fait confiance ? Relance : Communication verbale et non verbale ? Reformulation : Par quels comportements que manifeste l'enfant savez-vous qu'il vous fait confiance ?</p>	<p>Permet de développer sur les signes que l'enfant peut montrer lorsqu'il a confiance face au professionnel. Et de nous professionnel de savoir repérer les signes.</p>
<p>6- Comment la relation de confiance se construit entre vous et les parents ? Relance : En quoi la relation de confiance que vous entretenez avec les parents est</p>	<p>Avoir une expérience sur la construction de la relation de confiance entre les parents et le professionnel. Permet d'avoir des outils pour favoriser/construire cette</p>

différente de celle avec les enfants ?	relation Comprendre si la construction de la relation est différente entre les enfants et les parents
7- Selon vous, comment définiriez-vous l'alliance thérapeutique en pédiatrie Relance : Comment l'alliance thérapeutique se construit-elle ? Reformulation : Selon vous, comment se crée la relation enfant-parent-soignant ?	Cible le sujet de mémoire Permet d'avoir un avis de professionnels sur l'alliance thérapeutique et de comprendre les moyens qu'ils ont mis en oeuvre pour construire cette alliance
8- Pour quelles raisons pourriez-vous demander aux parents de sortir de la chambre lors d'un soin ? Reformulation : Pourquoi vous est-il arrivé de faire sortir le parent de la chambre lors d'un soin ?	Cible le sujet de mon mémoire. Connaître, selon les professionnels du terrain les différentes raisons de faire sortir les parents lors du soin.
9- De quelles manières expliquez-vous le fait que le parent doit sortir de la chambre lors de la réalisation d'un soin ? Relance : Auprès de l'enfant ? Auprès des parents ? Reformulation : Comment justifier la sortie du parent de la chambre lors de la réalisation d'un soin ?	Comment adapter son positionnement de soignant pour expliquer les raisons de faire sortir le parent lors du soin.
10- Quels sont les conséquences d'avoir demandé aux parents de sortir de la chambre lors d'un soin sur les suites de la prise en soin de l'enfant ? Relance : Dans la relation de confiance ? Sur l'alliance thérapeutique ? Pour l'enfant ? Pour les parents ? Reformulation : En quoi la relation est-elle différente quand le parent sort de la chambre ?	Cible le sujet de mon mémoire. Comprendre l'impact de l'absence des parents lors du soin sur l'alliance thérapeutique qui a été établie.
11- Au vu de l'ensemble de mes questions, avez-vous quelque chose à rajouter ?	Permet à l'infirmière de développer sur des informations auxquelles je n'aurais pas pensé.

Merci de m'avoir accordé ce temps. Ce fut un plaisir d'avoir pu échanger avec vous sur ces différentes questions.

Annexe V : Retranscription de l'entretien avec l'infirmière 1

Moi : Bonjour. Je m'appelle Elysa et je suis étudiante infirmière en 3ème année. Et je vous sollicite pour participer à mon mémoire de fin d'année d'étude qui a pour thème l'absence du parent dans le soin. Etes-vous d'accord pour que j'enregistre l'entretien ?

IDE : Oui bien sûr !

Moi : Super merci ! Je vous garantie que l'enregistrement et que toutes les données resteront anonymes et qu'il a pour but d'enrichir mon MIRSI. Pouvez-vous vous présenter ?

IDE : Alors, moi je m'appelle ... je suis infirmière depuis 4 ans et demi et je suis en depuis 4 ans. Avant, avant ça j'étais auxiliaire de puériculture et aide soignante en maternité. Voilà, donc beaucoup travailler auprès des enfants.

Moi : Ok, c'est intéressant. Comment décririez-vous votre accompagnement auprès de l'enfant tout au long du soin ?

IDE : Alors on a différents rôles, surtout auprès de l'enfant. Après il y a des liens avec l'adulte on a toujours l'approche. Mais l'approche de l'enfant par rapport à l'adulte va être différente. Donc nous l'approche, déjà on vient en binôme beaucoup, on travaille énormément en binôme donc avec l'auxiliaire de puériculture. On intègre ou pas les parents, selon la situation. Donc la on va plutôt parler, sans intégrer les parents ?

Moi : C'est ça oui tout à fait !

IDE : C'est bien ça. Et donc tout ce qui concerne le soin auprès de l'enfant, on va d'abord créer un contact avant même d'engager le soin. Donc voilà, pour moi dans tous les soins que l'on va faire auprès de l'enfant ça va être le contact que l'on va créer avec l'enfant qui va être le plus important en dehors de l'acte en lui-même.

Moi : Et du coup pendant le soin parce que vous disiez qu'avant le soin c'était plus l'accompagnement. Et pendant le soin ?

IDE : Pendant le soin, on va beaucoup s'appuyer sur l'auxiliaire justement, le travail en binôme parce que, il y a des soins techniques qui nous demandent de la concentration et c'est difficile des fois de regarder l'enfant, de voir ces réactions de l'emmener sur autres choses quand on doit être concentré sur vraiment un soin. Après il y a des soins ou ça demande un peu moins de concentration et là on arrive à continuer de créer le contact avec l'enfant, que ça soit dans une discussion, dans une chanson, je sais pas... s'il aime quelque chose. En fait on aura découvert tout ça grâce au lien qu'on aura créé avant le soin, pour savoir si quoi on part. Mais en tout, pour le soin en lui même on

l'annonce quand même on ne leur cache rien aux enfants, il faut vraiment... ils comprennent tous les enfants il faut vraiment leur expliquer. Après il faut faire beaucoup attention aux mots qu'on utilise.

Moi : Mmm d'accord. Et du coup, que mettez-vous en place après le soin ?

IDE : Après le soin, eu... alors ça dépend ce qu'on a mis en place pendant le soin. Mais si c'est par exemple une conversation, faut pas la stopper nette parce qu'on a fini le soin ; nous on a terminer notre soin mais on termine aussi notre approche, donc ça a une importance dans le vécu du soin parce qu'on s'est très bien potentiellement que les enfants vont avoir d'autres soins plus tard que ce soit le même ou un autre avec d'autres soignants ou avec nous-même et si ce soin là c'est mal passé, ça fait des mémoires des fois un peu compliqué et l'approche peut-être compliqué pour les prochains. Donc pour moi il y a l'avant, le pendant et l'après soin mais ça c'est lié en fonction de ce qu'on aura mis en place, faut vraiment pas finir le contact parce qu'on a fini le soin mais qu'en l'histoire ou quand le lien est terminé ou alors on va dire on revient tout à l'heure mais pas stopper parce que le soin est terminé.

Moi : Ça marche ! Selon vous, quels sont les impacts de la présence des parents tout au long du soin ?

IDE : Alors, ça va être différent selon le parent, (rires) selon l'enfant. On va dire qu'il y a certains parents qui vont être très aidants parce qu'ils vont aussi aider à accompagner l'enfant dans une histoire, pour lui changer les idées ou pour le canaliser. Et il y a d'autres parents pour qui le soin est très stressant et du coup ce stress se fait ressentir auprès des enfants. Donc selon la situation, selon si on a déjà et on voit comment ça s'est passé. Des fois ça peut arriver qu'on invite les parents à sortir ou justement on va pas réelement les inviter à sortir. C'est qu'on va leur dire d'en profiter par aller prendre un petit peu l'air parce que des fois les hospitalisations sont longues tout ça, donc on les invites à prendre un petit peu l'air, on leur dit qu'on s'occupe de leur enfant, qu'on va faire le soin, qu'on est à plusieurs et qu'on va faire en sorte que tout se passe au mieux. Après les parents peuvent avoir leur place, ou pas c'est vraiment selon le ressenti, alors c'est beaucoup notre ressenti à nous mais on fait aussi selon le ressenti des parents, parce qu'il y a des parents qui ne veulent pas être présent pendant les soins. Et ça on leur dit le rôle des parents et totalement là en accompagnement et déjà par leur présence mais pas forcément lors de soin qui peuvent être douloureux ou mal perçu.

Moi : Du coup, je vais évoquer la relation de confiance, comment elle va se créer entre vous et l'enfant ?

IDE : Alors comment elle se crée ? Alors elle se crée pas en 30 secondes ça c'est sur. Il y a des enfants avec qui on arrive à la créer et d'autres malheureusement c'est difficile. Selon les âges aussi parce qu'ici on a de tous les âges. Et on s'est très bien qu'il y a des âges où l'approche est plus difficile. Déjà on est des inconnus, on est en blouse blanche et puis selon leur vécu de soin, s'ils ont déjà eu des soins qui ont pu être douloureux du coup ils vont avoir peur que tous les soins soient douloureux. Donc après l'approche... Attends, c'était quoi ta question ?

Moi : Alors, que mettez-vous en place pour que l'enfant ait confiance en vous ?

IDE : Déjà je dirai l'approche. Donc la voix et pas directement aller vers l'enfant. On va dire que déjà quand je rentre dans la chambre, il y a déjà la présentation, la présentation de ma collègue, de moi. On parle avec l'enfant avant même de l'approcher, on va pas directement aller le toucher ou je ne sais quoi, on va parler de l'environnement ; on va vraiment avoir une approche plutôt globale de son environnement puis après on va plutôt aller lui demander "est-ce que je peux regarder ton bras ?", ou là je vais regarder ton bras. Fin voilà par exemple pour une prise de sang. Plutôt "est-ce que tu peux me donner ton bras, ou me montrer ton bras" pour lui dire de participer en fait tout simplement à ce qu'on est entrain de faire. Après il y a des enfants qui sont réticents donc on va plutôt amener par le doudou ou par la poupée, en disant "tiens regarde avec le doudou on peut faire comme ça" du coup "est-ce que tu veux faire la même chose avec ton bras " ou des choses comme ça.

Donc voilà, je dirai plutôt une approche qui n'est pas d'abord le soin mais c'est vraiment une approche de confiance, créer un contact de confiance avant même de faire un soin technique et puis on utilise énormément l'environnement de l'enfant que ce soit s'il y a des doudous, si on voit qu'ils sont fan de pat patrouille ou je ne sais quoi, un dessin animé, du coup on essaie de parler, on a aussi beaucoup de choses nous dans les poches, du style des crayons qui soit s'illuminent, soit qui tournent, du coup ça c'est des approches aussi qui sont intéressantes pour les enfants, on a des badges souvent un peu rigolo, moi j'ai des princesses qui font des grimaces des choses comme ça. Et au sein du service on a aussi des boites de distraction donc les boites de distraction aident aussi à l'approche de l'enfant, parce que je sais pas si c'est un enfant qui aime les bulles on va faire des petites bulles, on va d'abord s'amuser avec les bulles, hop puis après on va dire "hop la bulle elle se pose sur ton bras" et puis moi du coup je vais regarder là où la bulle s'est posée et puis là on arrive à approcher l'enfant. Fin c'est des petites idées.

Et du coup, voilà après c'est propre à chaque soignant, de l'enfant en fonction du soin aussi tout simplement. Mais en tout cas je dirai que tout soin commence d'abord par une approche globale dans la chambre avant même d'aller droit sur l'enfant pour pas qui s'effraie de voir quelqu'un arriver, quelqu'un, un inconnu auprès de lui.

Moi : Merci pour toutes ces informations ! Comment savez-vous que l'enfant vous fait confiance ?

IDE : Alors c'est difficile, de savoir. Je dirai qu'on a déjà un retour, alors le retour ça peut-être juste un regard c'est pas forcément une parole. Quand juste on lui demande de montrer son bras, qui nous montre son bras, qu'il accepte d'emmener quelque chose vers nous. Ça déjà ça veut dire, ça montre qu'il a quand même confiance pour nous montrer, qu'il participe aussi à ce que je lui demande. Après je dirai le dialogue, le comportement de l'enfant. Après il y a des enfants qui sont très fuyants, qui crient, qui peuvent beaucoup bouger, donc pour eux c'est difficile, mais je suis pas sur que ça soit forcément un manque de confiance en fait, c'est qu'il y a aussi des enfants qui ne veulent plus qu'on les approche qui en n'ont marre... Après je ne sais pas comment dire mais je dirai que la relation de confiance malheureusement on arrive pas toujours à l'établir mais en tout cas on essaie un maximum.

Par notre approche, par toutes les méthodes que l'on va utiliser pour créer la confiance auprès de l'enfant.**Moi :** Ok. Maintenant on va passer sur le parent, sur la relation de confiance avec le parent, comment elle se

construit ?

IDE : Avec le parent, alors déjà c'est pareil, on fait la même chose, c'est un peu la même démarche quand on arrive dans la chambre c'est déjà la présentation, c'est hyper important. L'explication du soin, ne rien leur cacher parce

que s'ils voient qu'on leur cache que ça va être un soin qui peut potentiellement être douloureux ; faut le dire, alors faut pas dire "oui ça va lui faire mal" mais "c'est un soin qui n'est pas très agréable" fin voilà ils ont besoin d'entendre les choses "mais c'est nécessaire pour analyser ou pour sa guérison... et je pense que la relation de confiance se crée sur la vérité et ne pas leur cacher des choses, qu'ils n'aient pas la sensation qu'on fasse des choses derrière leur dos. Si on va faire des soins et qu'ils vont être absents, bah on va leur dire "tout à l'heure on viendra faire un soin", voilà les prévenir et leur expliquer aussi nos méthodes tout simplement et pourquoi on fait les choses ; que ce n'est pas juste pour embêter leur enfant.

Moi : Ok. Donc c'est un peu la même relation enfant et parent au final ?

IDE : Ouais c'est tout à fait ça. La relation avec l'enfant et le parent c'est à peu près la même chose. Évidemment on ne va pas utiliser les mêmes mots ni les mêmes approches mais oui, la finalité est la même ou c'est vraiment leur dire la vérité, leur expliquer ce que l'on va faire c'est vraiment beaucoup dans le dialogue.

Moi : Du coup, sur l'alliance thérapeutique, comment la définiriez-vous ?

IDE : Alors comment ça ?

Moi : Mmm... Sur la relation parents, enfants, soignants

IDE : Alors, on va dire le trio ? Le triangle c'est bien ça ?

Moi : Oui oui c'est ça le triangle !

IDE : Alors on peut être complémentaire, pour moi ça peut-être complètement complémentaire à l'alliance des 3 personnes. Comment la définir... je ne sais pas trop où aller...

Moi : Mmm.. Juste définir la relation triangulaire ; parents, enfants, soignants

IDE : Mmm ok, vraiment une définition. L'alliance thérapeutique c'est ça en fait, ça va être une relation de confiance qui va nous mener à pouvoir exécuter ou effectuer un soin pour le bien de l'enfant et des parents pour tout le monde. Je dirai que ça va être cette cohésion et c'est une démarche d'équipe pour aller dans le même sens. Donc l'équipe pour moi ça va être l'équipe soignante, l'enfant et les parents.

Moi : D'accord. Très bien parfait c'était ça que j'attendais ! (Rires mutuelles...)

Pour quelles raisons demanderiez-vous au parent de sortir de la chambre ?

IDE : Eu... Alors c'est déjà arrivé. J'avoue que je ne les fais pas énormément sortir.

Moi : Ok

IDE : Ouais, je les laisse beaucoup dans la chambre parce qu'en général j'arrive beaucoup à les intégrer dans la prise en charge ou on va dire dans l'occupation avec l'enfant ; tout ça.

Ou ça met arrivé de les faire sortir c'est quand on avait déjà fait un soin et qu'on a vu que ça ne se passait pas bien que l'enfant malgré la coopération des parents ont y arrivaient pas, bah on test autre chose et du coup on va dire au parent "bah écouté la dernière fois ça ne s'est pas bien passé quand on a fait ça, on va essayer de faire les choses autrement. Peut-être que si vous sortez on va créer un autre contact parce que des fois il y a des enfants aussi qui "mènent la vie dure à leur parent" et du coup on veut pas non plus qu'ils leur reprochent les soins. Quand un soin, à un moment donné est difficile et qu'on est obligé des fois malheureusement de maintenir un petit peu l'enfant malgré la relation de confiance, malgré tout ce que l'on a pu mettre en place, il y a des moments ou bah il faut quand même maintenir l'enfant parce que s'il bouge ça peut-être dangereux pour tout le monde. Donc quand on a l'échec de cette alliance on va dire, et bien faut trouver une autre solution et pour moi le parent est là pour avoir les bons côtés aussi fin ils sont pas là... je veux pas que les enfants voient les parents dans un soin qui est difficile, donc si à un moment donné on doit allé maintenir l'enfant je préfère que les parents aient "le bon rôle" parce qu'ils ont un rôle d'accompagnement du coup je préfère les faire sortir, ça va être difficile, on leur dit d'aller boire un petit café, un petit thé et puis de revenir, je ne sais pas, dans 5-10 minutes. Et puis quand ils reviennent du coup ; au moins l'enfant les voient, il est généralement très content et il va dans leur bras. Et après on explique aux parents comme s'est passé le soin, que ce soit bien ou pas bien ont leur explique parce que du coup ça aussi c'est dans la continuité de l'alliance thérapeutique et ça leur permet de... de réexpliquer à l'enfant ce qui s'est passé, que c'était pour son bien, que c'était important. Voilà !

Après des fois aussi ça se passe aussi très bien parce qu'en fait les enfants, nous, nous craigne un petit peu plus, jouent plus du tout avec le parent et et du coup ils s'arrêtent et ils rentrent dans notre distraction tout ça et puis voilà ça se passe très bien.

Et une autre situation ou j'ai pu faire sortir les parents, c'est quand les parents craquent à côté. Parce que ça peut-être difficile et si les parents craquent à côté, les enfants voient que les parents craquent et c'est un peu difficile. Donc on va dire "oh bah papa et maman vont aller boire, vont aller faire un petit tour, pendant que nous on s'occupe de toi" et puis on explique ce que l'on va faire. Mais voilà c'est vrai que c'est propre à la situation, propre aux parents, propres aux enfants. Je ne vais pas dire que sur ce soin là forcément je fais sortir le parent. Ça va être aussi selon les envies des parents, il y a aussi des parents qui ne supportent pas les soins sur leur enfant et ça ça s'entend totalement et du coup ils nous demandent à sortir. Et nous on fait les soins et ils reviennent quand les soins sont terminés tout en leur expliquant ce qui a été fait parce que je pense que c'est toujours important d'expliquer ce qui a été fait même s'ils ont pas présents parce que l'enfant potentiellement va avoir envie de parler après, donc ils va en parler aux parents et du coup ça permet de continuer à aller tous dans le même sens.

Moi : Super intéressant ! Et du coup là le parent il est sorti est-ce qu'il y a des conséquences sur la relation lors de la suite de la prise en soin de l'enfant ?

IDE : Comme je disais, ça dépend, c'est difficile parce que du coup tu ne peux pas me parler de la situation donc il y en a pas. Mais si, là j'ai une situation en tête ou l'on avait fait sortir le parent parce que le soin d'avant ça avait été très très compliqué. L'enfant se blottissait dans les parents , ils criaient, ils étaient tout le temps "maman,

maman maman...” Peu importe ce qu’on faisait, on n’avait même pas commencé le soin, on était juste dans l’approche et en fait il ne voulait même pas qu’on l’approche.

Donc ça avait été très compliqué au final ça avait été la bagarre, la mère l’avait maintenu, fin vraiment pas le soin comme on aime faire. Donc on s’était dit pour refaire le même soin on va faire les choses différemment, on avait vu avec la maman et la maman était sortie, elle avait dit à son enfant “qu’elle allait boire un petit café” et elle nous a dit “bah c’est bon je sors” donc nous on y va, on va faire le soin. On va expliquer à ce moment-là à l’enfant “bah tiens on a le soin là à faire”. Et finalement à aucun moment il n’a crié “maman maman maman”. Et on avait créé un contact autour de jouets... style super héros un peu dans le lit. Donc voilà et on avait joué avec les supers héros et on lui a dit que lui aussi c’était un super héros. On a discuté tout en faisant le soin, il y a eu un moment où ça avait été un peu plus difficile mais tout de suite hop on avait repris rapidement le contact avec l’enfant et du coup il s’était calmé, il s’était apaisé. Et quand la maman est revenue il était super fière de dire “on a fait le soin et ça s’est bien passé et je n’ai pas crié !” Voilà, alors qu’il avait crié une fois mais pour lui il n’avait pas crié et du coup on lui avait dit “bah oui tu es comme tes figurines, tu es un super héros, tu es super fort !” Et il était super fière de dire ça et du coup on était parti en rigolant qu’on pourrait lui mettre une cap à lui aussi de super héros et il avait cette fierté auprès de sa maman de lui expliquer qu’il avait été très très fort et voilà alors que le soin d’avant ça avait été compliqué, compliqué.

Moi : C’est touchant cette histoire ! Du coup, comme quoi il n’y a pas forcément de conséquence sur la relation, sur le triangle...

IDE : Et bah non, parce que je pense qu’une alliance n’est pas figée, c’est que la première fois a essayé de faire tous ensemble, on a vu que ce n’était pas concluant. La deux fois on s’est dit qu’on allait faire les choses autrement. Mais en même temps ça fait aussi partie d’une alliance parce qu’en fait la maman était d’accord dans cette façon de faire. Donc on a quand même réussi, que ça soit dans un sens ou dans un autre pour moi on est toujours dans une alliance peu importe si la maman, ou le parent soit présent ou pas présent, il faut qu’il soit d’accord avec le fait d’être présent ou pas présent ! Donc ça fait partie d’une alliance et ça fait partie d’une méthode que l’on met en place finalement tous ensemble avec le trio !

Moi : Merci beaucoup ! Du coup au niveau de l’ensemble de mes questions, avez-vous quelques choses à rajouter ?

IDE : Comme ça je ne vois pas. Je dirai que non, vraiment au cas par cas, selon la situation, selon les personnes que l’on a en face de nous et que rien n’est figé, il faut toujours réévaluer les choses et que même finalement pendant un soin on peut changer une méthode, c’est qu’on commence d’une façon et l’on se rend compte que ça le fait pas et que personne n’est bien ni les parents, ni nous, ni l’enfant on stop, on peut stopper, à tout moment on peut dire stop ; on sort un peu on laisse l’enfant soufflé un peu parce que l’enfant peut être dans un état qu’on peut rien faire. Et après on prévient l’enfant et on lui dit “mais on va revenir parce que le soin est important”.

Comme quoi tout peut-être modulable avec, sans parent, distraction pas distraction. Il y a aussi des enfants qui ne rentrent pas du tout dedans, juste un fond de musique. En fait, il y a pas de méthode idéale je dirai, je dirai que la méthode idéale c’est de s’adapter à l’enfant, à l’adulte qui est en face de nous ; aux parents et puis à la situation. Et

que chaque situation demande de l'adaptabilité, de l'écoute, de l'accompagnement ! C'est justement ne pas s'adapter qui casserait l'alliance thérapeutique !

Moi : Merci beaucoup ! De m'avoir permis d'échanger avec toi et c'était un plaisir de pouvoir échanger !

IDE : Plaisir partagée Elysa !

Annexe VI : Retranscription de l'entretien avec l'infirmière 2

Moi : Bonjour, je m'appelle Elysa et je suis étudiante infirmière en 3ème année. Et je vous sollicite pour participer à mon mémoire de fin d'année d'étude qui a pour thème l'absence du parent dans le soin.

IDE : D'accord !

Moi : Etes-vous d'accord pour que j'enregistre l'entretien ?

IDE : Oui !

Moi : Super ! Je vous garantis que l'enregistrement est que toutes les données fournies resteront anonymes et qu'il a pour but d'enrichir mon mémoire.

Pouvez-vous vous présenter ?

IDE : Je suis ... une infirmière de ... Je suis diplômée depuis Juillet 2016. J'ai commencé par travailler dans le service de nuit après mon diplôme, après je suis passée de jour dans un autre service de pédiatrie et du coup ça fait l'ans que je suis en ...

Moi : Ok ! Comment décririez-vous votre accompagnement auprès de l'enfant tout au long du soin ?

IDE : Déjà pour moi ça commence par des présentations, que chacun se présente, qui est qui, autant nous en tant que professionnels et aussi dans la chambre l'enfant, que l'enfant se présente, que les parents se présentent parce que ça peut-être un parent où une mamie, où une tata, où un tonton.

Donc chacun se présente pour savoir à qui on a à faire !

Expliquer les modalités, pourquoi est-ce qu'on vient, les modalités des soins qui vont être effectués prochainement et de quelle manière ils vont être réalisés. Recueillir les appréhensions ou pas des enfants et des parents. Et après du coup réaliser le soin dans des conditions qui ont été choisies par l'enfant, s'il veut de la distraction, s'il veut de la musique, s'il veut écouter une histoire... toutes les modalités du soin en général.

Moi : Et l'accompagnement pendant le soin ?

IDE : Bah pendant le soin, c'est déjà respecter le pacte qu'on a fait avec les parents et l'enfant avant de réaliser le soin, si voilà on lui a dit que ça se passait de telle ou telle manière et donc bien respecter ça pour mettre le parent et l'enfant en confiance. Voilà pour qu'il ait confiance pour les soins d'après aussi et qu'il ne se sente pas trahi. Et puis, lui expliquer ce qu'on fait s'il en a le besoin ou pas, il y a des enfants qui ne veulent pas savoir ce qu'on fait, il y en a qui préfèrent savoir donc tout dépend de ce qui est choisi au préalable.

Moi : Et pour l'après soin ?

IDE : Pour l'après soin, on peut finir la pacte que l'on a fait, ou valoriser l'enfant, et lui expliquer que l'on va revenir le voir... oui on peut aussi lui proposer des jeux ou autres.

Moi : Quels sont les impacts de la présence des parents tout au long du soin ?

IDE : Je dirai que c'est spécifique à chaque enfant et à chaque situation. Il y a des enfants qui sont extrêmement anxieux du fait d'être dans un environnement qu'ils ne connaissent pas, les soins qu'ils ne connaissent pas forcément donc beaucoup d'appréhension et je pense que des fois avoir le parent, fin d'avoir une personne référente à côté de lui parce que nous ils nous connaissent pas non plus donc d'avoir un repère ça peut-être aidant pour l'enfant comme ça peut ne pas l'être du tout dans le sens où des fois on a des parents qui sont beaucoup plus stressés, beaucoup plus angoissés que l'autre propre enfant et que pour le coup il communique leur stress et donc du coup ça peut-être des soins qui sont beaucoup plus difficile donc des fois c'est même plus facile de faire un soin quand le parent n'est pas là que quand il est là. En fait c'est adapté en fonction de chaque situation et de préférence de l'enfant et des parents aussi. Il y a des enfants qui nous disent qu'ils veulent que leurs parents sortent et du coup ils sortent et ont respecté ça. Fin tout dépend de la situation. De ce qui a été fait avant le soin et de ce que chacun souhaite. Nous on s'adapte à tous en soi parents, pas parents. Fin voilà on peut faire tellement de choses qu'on s'adapte en fonction des souhaits de l'enfant. Rien ne nous dérange, on fait ce qu'il y a de mieux pour l'enfant et pour sa famille.

Moi : Ok ! Comment la relation de confiance se crée entre vous et l'enfant ?

IDE : Ça reprend un peu ce que je disais avant. Je pense que déjà la présentation et la façon dont on se présente et quand on arrive dans une chambre je pense que ça compte énormément. Si on arrive comme une "grosse brute" et qu'on prend pas le temps d'expliquer ce qu'on fait, pourquoi on le fait. Faut aussi que l'enfant nous apprivoise, que nous on apprivoise l'enfant, sa famille, de voir qu'elles sont les besoins de l'enfant. Donc ça passe par la connaissance de l'enfant. Après je peux pas dire qu'en 10 minutes l'enfant va nous connaître et va nous faire confiance mais qu'il est déjà une approche. Moi en générale je commence par les choses un peu plus classiques : déjà savoir comment ils vont, se présenter tout ça. Et quand je démarre les soins, je démarre les soins de façon à ce qu'ils prennent confiance, ça peut-être une température pour qu'ils voient que ça se passe bien, une tension avant de démarrer des fois des gros soins ou posé une perf ou un bilan ça peut-être des fois hyper stressant donc si on commence par ça d'emblée ça peut-être compliqué si on a pas une approche avant un peu plus douce.

Moi : Du coup, comment savez-vous que l'enfant vous fait confiance ?

IDE : Eu... Comment peut-on savoir si l'enfant nous fait confiance... ? Ça dépend de l'âge...

Il y a les bébés où ils se rendent un peu moins compte. Après les jeunes enfants, ça dépend de sa pathologie, ça dépend s'il y a eu des soins qui ont déjà été fait avant ou si c'est vraiment les premiers soins avec une approche soignante au préalable ou pas. S'il est hospitalisé depuis longtemps comme J3 ou J4 voilà il connaît un peu donc je pense que c'est à prendre en considération. Ou est-ce que l'enfant en ait dans son parcours. On fonction des échanges que l'on peut faire avec eux, des sourires. Qu'un enfant accepte de se laisser faire, accepte de faire le soin. Je pense qu'il y a des enfants qui ont confiance en nous mais que parfois la peur peut prendre le dessus et que

pour le coup c'est instinctif ils se replient sur soi, ils pleurent parce qu'ils ont peur. Ouais aussi, de voir que l'enfant de laisser un petit peu petit faire. Après on a toute les méthodes de distractions, on a beaucoup de choses : on a les tablettes (si les parents acceptent que leur enfant fasse de l'écran bien entendu), voilà on a plein de carte mémo, on a des sortes de petits ustensiles dans nos poches, fin ça peut-être des chansons, parfois le MEOPA qui peut aussi être une aide à la réalisation du soin du fait que les enfants soient un peu moins stressés on arrive à faire des fois un peu plus de choses aussi. Et la présence où non des parents et aussi de l'auxiliaire avec laquelle on travaille, avec qui ont peut effectuer des distractions des fois de qualité et il y a pas forcément des fois besoins d'aide médicamenteuse ou autres pour réaliser des soins dans de bonnes conditions, que l'enfant se sente bien, qu'il nous fasse confiance, que le parent aussi. Il y a plein de choses qui peuvent nous aider à mettre les enfants en confiance mais le relationnel c'est primordial. Et voilà pour répondre à ta question c'est vraiment tout ça qui amène la relation de confiance et l'enfant nous fera confiance quand il acceptera ou qu'il adhérera à notre soin. Mais après c'est notre métier et c'est toute la difficulté justement d'avoir la confiance de ces enfants là pour que ça se passe bien.

Moi : Alors, maintenant on va passer sur la relation avec le parent et plus particulièrement sur la relation de confiance, comme elle va se créer ?

IDE : Je dirais pareil, un peu le relationnel. On est déjà dans un métier où le relationnel est hyper important. En pédiatrie on a pas que le patient ou aussi les parents donc bien expliquer à l'enfant ce qu'on va faire avec un vocabulaire adapté et puis faire pareil auprès des parents. Et les parents peuvent avoir besoin d'un peu plus de renseignements, ils ont besoin de choses un peu plus claires donc adapter le vocabulaire en fonction de si on s'adresse au parent ou si on s'adresse à l'enfant.

Répondre à ses questions, répondre à ses inquiétudes, répondre aux angoisses des parents et les rassurer au maximum. En leur expliquant toujours la finalité des choses et pourquoi on fait les choses.

Et quand les parents acceptent déjà ça c'est gagné !

C'est la même chose que pour l'enfant mais de façon différente, on n'a pas besoin de passer par divers chemins ou diverses étapes. Les parents voilà on leur explique que l'enfant doit s'adapter à son âge, s'adapter à ce qui sait, à ce qui veut. Pour le parent on s'adresse à lui comme une personne adulte c'est pas la même chose mais le but est le même.

Moi : Ok. Sur l'alliance thérapeutique, comme vous la définissez ?

IDE : L'alliance thérapeutique en pédiatrie j'imagine ?

Moi : Tout à fait !

IDE : Eu... Je définirai ça comme un pacte. Une alliance, un pacte avec l'enfant dans un premier temps. Après la confiance fait partie de cette alliance. Mais pour le coup, l'alliance thérapeutique en pédiatrie c'est vraiment des soins que l'on réalise avec l'enfant et avec le parent si le parent est présent comme là dans ta situation il ne l'ait pas. Une alliance thérapeutique peut-être très efficace et très bonne même si le parent n'est pas là ! Si le parent a un

rôle à jouer mais dès fois il a un rôle à jouer à ne pas être là. Dans le sens ou si c'est très stressant pour l'enfant. Après chez l'enfant c'est rare que je fasse sortir les parents car ils ont souvent besoin d'être rassurés. Donc, pour l'alliance thérapeutique, que les soins soient réalisés ensemble dans de bonnes conditions et que si on a réitérer ce soin que ça ne génère pas d'angoisse, de stress ou qu'il soit traumatisé par ce qu'on fait. Qui soit toujours un peu stressé parce que c'est des choses nouvelles oui mais que petit à petit on arrive à gagner sa confiance et à lui montrer que si on fait comme si ou si l'on fait comme ça, ça se passe plutôt bien !

Moi : Pour quelles raisons pourriez-vous demander aux parents de sortir de la chambre lors du soin ?

IDE : Bah lorsqu'on a des parents beaucoup stressés, qui communiquent le stress à leur enfant. Parfois c'est même l'enfant qui ne veut pas que son parent restent (après en général c'est sur des enfants qui sont beaucoup plus grands). En général chez l'enfant c'est plutôt le parent qui déciderait de sortir parce que c'est un soin qui dérange, un soin qui s'appréhende ou un soin qu'ils n'ont pas forcément envie de voir sur leur enfant. Mais nous dans quelles cas on fait sortir le parent de la chambre ... ?

Tout dépend du soin qu'on réalise après c'est sur que si c'est un soin hyper invasif qui peut-être traumatisant pour le parent et qu'on leur explique que c'est des choses difficiles à voir sur leur enfant et qu'on préfère qu'il ne soit pas là. Après s'ils veulent rester ils le peuvent, c'est leur expliquer un peu ce qu'on fait et les préserver aussi car ça fait partie de notre métier je pense de préserver les parents, qu'ils soient pas non plus traumatisés de l'hospitalisation de leur enfant.

C'était quoi la question ?

Moi : Eu... Pourquoi vous est-il arrivé de faire sortir le parent de la chambre lors d'un soin ?

IDE : Ah oui c'est vrai ! En général c'est surtout pour ça les parents qui communiquent leur stress à leur enfant. Ou des parents qui sortent parce qu'ils n'aiment pas la vue du sang, parce qu'ils n'aiment pas les soins, parce que pour eux l'hôpital c'est compliqué. Donc quand on sait que c'est des parents qui peuvent faire des malaises pour "pas grand chose" des fois car quand je dis pas grand chose tout est relatif. Mais voilà juste de voir un pansement, juste... fin je dis juste parce que pour nous ça paraît simple mais pour eux ça ne l'ait peut être pas. Donc quand on sait que ça va être des soins encore plus invasifs, on leur dit "bah c'est préférable que vous sortiez.". Pour préserver eux et préserver l'enfant aussi parce que si l'enfant voit son parent complètement paniqué, c'est un cercle vicieux : le parent panique, l'enfant voit que le parent panique et bah du coup lui il panique et du coup le parent voit son enfant paniqué donc il panique encore plus...

Moi : Ok ! Et du coup, comment expliquez-vous le fait que le parent doit sortir de la chambre ?

IDE : Moi je pense par le dialogue, fin c'est quelque chose d'hyper important car tout passe par la communication, le relationnel. Et en fait, si un jour on dit "vous pouvez sortir s'il vous plaît". Le parent il va pas comprendre, il faut expliquer en fait les raisons : "bah là je pense que pour votre bien-être à vous et celui de votre enfant c'est peut-être plus bénéfique. Et que moi ça m'est déjà arrivé de dire "quand vous êtes pas là on arrive à faire beaucoup plus de choses et les soins se passent beaucoup mieux." Parce que juste de voir le parent je pense que l'enfant se met dans

des états... Ouais après on serait pas trop décrire, juste le fait que le parent soit présent, ça met l'enfant dans des états des fois un peu inexpliqués. Et on dit aux parents "quand vous êtes pas là votre enfant n'est pas comme ça, ça se passe, c'est plus facile, c'est plus facile parce qu'il n'est pas attiré par les parents parce que c'est son seul repère et pour le coup on arrive à le distraire en faisant autre chose qui est totalement nouveau avec une personne nouvelle aussi. Et pour le coup, quand l'enfant n'a pas toujours ses repères ça peut-être un bon moyen de le distraire pour arriver à mieux faire les soins.

Mais du coup le tout c'est de bien expliquer aux parents pourquoi ils sortent. Car dans un soin ça peut-être autant stressant pour le parent et autant plus stressant pour nous aussi parce qu'ils peuvent aussi dans nos soins nous communiquer leur stress et pour le coup pour nous ça peut-être aussi des fois un peu plus compliqué d'avoir le parent en plus à gérer. Mais toujours est-il qu'il faut prendre le parent en considération tout le temps mais des fois en les faisant sortir c'est faire le bon choix et les prendre en considération dans ce qu'ils peuvent être en mesure d'accepter.

Moi : Ok super merci ! Alors, quelles peuvent être les conséquences d'avoir demandé aux parents de sortir de la chambre lors du soin pour les suites de la prise en soin de l'enfant ?

IDE : Bah quand c'est à la demande de l'enfant... Les conséquences je dirai que j'ai jamais eu de conséquences négatives. Fin j'ai jamais eu de retour négatif de la part des parents et de parents qui se sont plaints parce qu'ils sont sortis de la chambre...

Parce qu'en fait on a pris le temps de leur expliquer avant pourquoi il est préférable qu'ils sortent et tant aux parents qu'à l'enfant d'ailleurs. Et quand ils acceptent parce qu'on ne les mets pas dehors de force, quand on demande à un parent de sortir il est en droit de dire "non je préfère rester" et pour le coup c'est à nous de temporer. Mais en général qu'en on arrive à faire comprendre aux parents et à l'enfant que c'est mieux que les parents sortent et pourquoi bah le parent en fait il est dans l'acceptation de ça et pour le coup c'est beaucoup plus facile après, et si c'est pour le bien de son enfant en général le parent comprend.

Moi : D'accord, ok. Donc il n'y a pas forcément de conséquence sur l'alliance thérapeutique ?

IDE : Bah pour le coup si ça peut-être bénéfique si on arrive... si l'enfant est plus accessible sans les parents pour le coup on va avoir une alliance thérapeutique beaucoup plus forte avec l'enfant surtout si les soins se passent bien. Et là des fois on leur dit "là on va faire si, là on va faire ça, comme la dernière fois, bon comme la dernière fois vu que ça s'est bien passé, papa et maman ils vont aller faire un tour dehors, ils vont aller boire un petit café puis nous on va faire ça ensemble, on va faire des jeux tout ça. Donc pour le coup ça a plutôt des conséquences, je pense, fin moi dans ce que j'ai vécu plutôt positive. Après des fois on a des parents qui s'acceptent, ils le font mais on sait que pour eux c'est compliqué d'accepter de voilà, c'est pas toujours évident mais en aucun cas on a une critique négative après, si c'est pour le bien de son enfant je pense que ils sont plus dans l'acceptation

Moi : Okay, ça marche ! Au vu de l'ensemble de mes questions, avez-vous quelque chose à rajouter ?

IDE : Mmm non pas spécialement ! Après voilà l'alliance thérapeutique est vraiment très variable suivant le parcours de l'enfant, suivant son âge, suivant son environnement socio-culturel. Il y a plein de choses à prendre en considération ; c'est l'environnement de l'enfant, sa famille, fin tout ça à prendre en considération avant tout ce qui est hôpital, comment est-ce qu'il vit de base, qu'elles sont ses habitudes de vie, tout ça c'est à prendre en considération et comme ça, ça nous permet d'adapter et d'avoir une bonne connaissance de l'environnement de l'enfant, de sa famille ça nous permet aussi d'adapter les soins et en fonction de son parcours aussi.

Moi : Merci beaucoup d'avoir participé, ça m'a fait plaisir d'avoir cet échange avec vous.

IDE : Drien !

Annexe VII : L'analyse descriptive des entretiens : tableaux

Tableau d'analyse de la question n°2 : Comment décririez-vous votre accompagnement auprès de l'enfant tout au long du soin ?

Notions	Moyens mis en oeuvre pour accompagner l'enfant dans les soins					Les ressentis de l'enfant
Mots clés	Approche / lien	Aide extérieure	Distraction	Pacte	L'entrée dans le soin	Vécu du soin
<p>IDE 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Toujours l'approche - Approche - D'abord créer un contact avant même d'engager le soin - Le contact que l'on va créer avec l'enfant qui va être le plus important - De créer le contact avec l'enfant - Une discussion - Lien qu'on aura créé avant le soin - Beaucoup attention aux mots qu'on utilise - On a terminer notre soin mais on termine aussi notre approche - Si ce soin là c'est mal passé, ça fait des mémoires des fois un peu compliqué et 	<ul style="list-style-type: none"> - Vient en binôme beaucoup, on travaille énormément en binôme donc avec l'auxiliaire de puériculture - Beaucoup s'appuyer sur l'auxiliaire justement - Travail en binôme 	<ul style="list-style-type: none"> - une chanson - aime quelque chose 		<ul style="list-style-type: none"> - Annonce quand même on ne leur cache rien aux enfants. 	<ul style="list-style-type: none"> - a une importance dans le vécu du soin - si ce soin là s'est mal passé, ça fait des mémoires des fois un peu compliqué et l'approche peut-être compliqué pour les prochains

	<p>l'approche peut-être compliqué pour les prochains</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vraiment pas finir le contact parce qu'on a fini le soin mais qu'en l'histoire ou quand le lien est terminé 					
IDE 2	<ul style="list-style-type: none"> - Ça commence par des présentations - Nous en tant que professionnels et aussi dans la chambre - Recueillir les appréhensions - Chacun se présente pour savoir à qui on a à faire - Valoriser l'enfant - Expliquer que l'on va revenir le voir 		<ul style="list-style-type: none"> - De la distraction - S'il veut de la musique - S'il veut écouter une histoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser le soin dans des conditions qui ont été choisies par l'enfant - Respecter le pacte qu'on a fait avec les parents et l'enfant - On lui a dit que ça se passait de telle ou telle manière et donc bien respecté 	<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer les modalités, - Pourquoi est-ce qu'on vient - Les modalités des soins - Quelle manière ils vont être réalisés, - Lui expliquer ce qu'on fait s'il en a le besoin ou pas tout dépend de ce qui est choisi au préalable - Finir le pacte que l'on a fait 	
Verbatim	18	3	5	3	7	2
Total	36					2

Tableau d'analyse de la question n°3 : Quels sont les impacts de la présence des parents tout au long du soin ?

Notions	Inconvénients de la place des parents dans les soins de l'enfant	Avantages de la place des parents dans les soins de l'enfant	Respecter les souhaits des enfants et des parents et faire selon chaque situation			Le rôle IDE	Les émotions de l'enfant
Mots clés	Parents stressants	Parents aidants	Selon les parents	Selon l'enfant	Propre à chaque situation	Les conseils pour les parents	Appréhensions de l'enfant
IDE 1	<ul style="list-style-type: none"> - parents pour qui le soin est très stressant - Ce stress se fait ressentir auprès des enfants. 	<ul style="list-style-type: none"> - Certains parents qui vont être très aidants - Aider à accompagner l'enfant dans une histoire - Changer les idées - Pour le canaliser 	<ul style="list-style-type: none"> - Différent selon le parent - C'est vraiment selon le ressenti des parents - Y a des parents qui ne veulent pas être présent pendant les soins. 	<ul style="list-style-type: none"> - selon l'enfant 		<ul style="list-style-type: none"> - Invite les parents à sortir - Pas réellement les inviter à sortir - Profiter par aller prendre un petit peu l'air - On leur dit qu'on s'occupe de leur enfant, qu'on va faire le soin - Qu'on est à plusieurs - Qu'on va faire en sorte que tout se passe au mieux. - On leur dit le rôle des parents et totalement là en accompagnement 	
IDE 2	<ul style="list-style-type: none"> - Des parents qui sont beaucoup plus stressés, - Beaucoup plus 	<ul style="list-style-type: none"> - Le pense que des fois avoir le parent 	<ul style="list-style-type: none"> - Parents aussi 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est spécifique à chaque enfant - De préférence 	<ul style="list-style-type: none"> - Chaque situation - Adapté en fonction de 	<ul style="list-style-type: none"> - déjà par leur présence mais pas forcément lors de soin qui peuvent 	<ul style="list-style-type: none"> - Des enfants qui sont

	<p>angoissés que l'autre propre enfant</p> <p>- Ils communiquent leur stress</p> <p>- Ça peut-être des soins qui sont beaucoup plus difficile</p>	<p>- Avoir une personne référente à côté de lui</p> <p>- Avoir un repère ça peut être aidant pour l'enfant.</p>		<p>de l'enfant</p> <p>- qu'on s'adapte en fonction des souhaits de l'enfant.</p>	<p>chaque situation</p> <p>- Tout dépend de la situation</p> <p>- De ce qui a été fait avant le soin</p> <p>- De ce que chacun souhaite</p> <p>- On fait ce qu'il y a de mieux pour l'enfant et pour sa famille</p>	<p>être douloureux ou mal perçus.</p>	<p>extrêmement anxieux</p> <p>- Dans un environnement qu'ils ne connaissent pas,</p> <p>- Les soins qu'ils ne connaissent pas forcément</p> <p>- Beaucoup d'appréhension</p> <p>- Nous ils nous connaissent pas non plus</p>
Verbatim	5	6	4	4	6	8	5
Total	5	6	14			8	5

Tableau d'analyse de la question n°4 : Comment la relation de confiance se crée entre vous et l'enfant ?

Notions	Favorise la construction de la relation de confiance									Freine la construction de la relation de confiance	
Mots clés	Approche	Environnements de l'enfant	Enfant acteur de son soin	Objets transitionnel	Distractif	Apprendre à connaître	Apprivoiser	Méthode unique	Selon l'enfant (selon leur âge, vécu dans les soins)	Selon l'enfant (selon leur âge, vécu dans les soins)	Les soignants
<p>IDE 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Approche - La Voix - La présentation - La présentation de ma collègue, de moi - On parle avec l'enfant - Une approche qui n'est pas d'abord le soin mais c'est vraiment une approche 	<ul style="list-style-type: none"> - On va parler de l'environnement - Avoir une approche plutôt globale de son environnement - On utilise énormément l'environnement 	<ul style="list-style-type: none"> - "Est-ce que je peux regarder ton bras ?" - Ou là je vais regarder ton bras. - "est-ce que tu peux me donner ton bras, ou me montrer ton bras?" - Lui dire de participer 	<ul style="list-style-type: none"> - Plutôt amener par le doudou - Par la poupée - "Tiens regarde avec le doudou on peut faire comme ça" - "Est-ce que tu veux faire la même chose avec ton bras" - Des doudous - Fan de patrouille - Un 	<ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup de choses nous dans les poches - Des crayons qui soit s'illuminent, soit qui tournent - On a des badges souvent un peu rigolo - Des boîtes de distraction - Si c'est un enfant qui aime les bulles 			<ul style="list-style-type: none"> - Pas directement aller le toucher 	<ul style="list-style-type: none"> - Propre à chaque soignant - Propre à l'enfant - Fonction du soin aussi tout simplement 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfants avec qui on arrive à la créer - Selon les âges 	<ul style="list-style-type: none"> - Des enfants malheureusement c'est difficile - Il y a des âges ou l'approche est plus difficile. - Selon leur vécu de soin des soins qui ont pu être douloureux du coup ils vont avoir peur que tous les soins soient douloureux. 	<ul style="list-style-type: none"> - On est des inconnus, - On est en blouse blanche

	<p>de confiance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Créer un contact de confiance - La bulle s'est posée et puis là on arrive à approcher l'enfant - Commence d'abord par une approche globale 			<p>dessin animé-</p>	<p>on va faire des petites bulles</p>						
IDE 2	<ul style="list-style-type: none"> - La présentation - La façon dont on se présente - Une approche - Déjà savoir comment ils vont - Se présenter - Une approche avant un peu plus 				<ul style="list-style-type: none"> - Les méthodes de distractions - On a les tablettes - Plein de carte mémo - Petits ustensiles dans nos poche - Peut-être 	<ul style="list-style-type: none"> - L'enfant nous apprivoise - Que nous on apprivoise l'enfant - Sa famille - La connaissance de l'enfant. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ça peut-être une température pour qu'ils voient que ça se passe bien - Une tension avant de démarrer des fois des gros soins 		<ul style="list-style-type: none"> - Qu'elles sont les besoins de l'enfant. 		

	douce -Que l'enfant se sente bien - Le relationnel c'est primordial				deschans ons						
Verbatim	17	3	4	7	10	4	3	3	3	3	2
Verbatim	54									5	

Tableau d'analyse de la question n°5 : Comment savez-vous que l'enfant vous fait confiance ?

Notions	Les signes qui montrent que l'enfant a confiance en le professionnel			Ce qui pourrait altérer la relation de confiance	
Mots clés	Communication verbale	Communication non verbale	Un retour de la part de l'enfant	Les raisons de l'hospitalisation	Communication verbale et non verbale
IDE 1	<ul style="list-style-type: none"> - Une parole - Le dialogue 	<ul style="list-style-type: none"> - Juste un regard - Lui demande de montrer son bras - Qui nous montre son bras - Qu'il accepte d'emmener quelque chose vers nous - Ça montre qu'il a quand même confiance pour nous montrer - Il participe aussi à ce que je lui demande - Le comportement de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'on a déjà un retour - Le retour 		<ul style="list-style-type: none"> - Très fuyants - Qui crient, qui - Peuvent beaucoup bouger - Pour eux c'est difficile - Ne veulent plus qu'on les approche - Qui en n'ont marre
IDE 2		<ul style="list-style-type: none"> - L'enfant nous fera confiance quand il acceptera ou qu'il adhérera à notre soin. - Qu'un enfant accepte de se laisser faire - Accepte de faire le soin - De voir que l'enfant se laisse un petit peu faire 		<ul style="list-style-type: none"> - Ça dépend de l'âge - Ça dépend de sa pathologie - Ça dépend s'il y a eu des soins qui ont déjà été fait avant ou si c'est vraiment les premiers soins - S'il est hospitalisé depuis longtemps comme J3 ou J4 voilà il connaît un peu 	<ul style="list-style-type: none"> - Mais que parfois la peur peut prendre le dessus - Ils se replient sur soi - Ils pleurent - Parce qu'ils ont peu
Verbatim	2	10	2	4	9

Verbatim	14	13
----------	----	----

Tableau d'analyse de la question n°6 : Comment la relation de confiance se construit entre vous et les parents ?

Notions	Construction de la relation de confiance entre les soignants et les parents		
Mots clés	L'Accompagnement	Les similitudes entre la relation de confiance enfant/soignant et parents/soignants	Les différences avec l'enfant
IDE 1	<ul style="list-style-type: none"> - C'est déjà la présentation - L'explication du soin - Rien leur cacher - "C'est un soin qui n'est pas très agréable" - Ils ont besoin d'entendre les choses - Se créer sur la vérité - Ne pas leur cacher des choses - N'aient pas la sensation qu'on fasse des choses derrière leur dos - Les prévenir - Leur expliquer - Pourquoi on fait les choses 	<ul style="list-style-type: none"> - Alors déjà c'est pareil - Fait la même chose - C'est à peu près la même chose - La finalité est la même 	<ul style="list-style-type: none"> - Évidement on ne va pas utiliser les mêmes mots, ni les mêmes approches
IDE 2	<ul style="list-style-type: none"> - Un peu le relationnel - Relationnel est hyper important - Bien expliquer - Ce qu'on va faire - Répondre à ses questions - Répondre à ses inquiétudes - Répondre aux angoisses - Les rassurer au maximum - Leur expliquant toujours la finalité des choses - Pourquoi on fait les choses - On leur explique - On s'adresse à lui comme une personne adulte 	<ul style="list-style-type: none"> - Mais le but est le même. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les parents peuvent avoir besoin d'un peu plus de renseignements - Besoin de choses un peu plus claires - Même chose que pour l'enfant mais de façon différente - Pas besoin de passer par divers chemins ou diverses étapes
Verbatim	23	5	5

Verbatim	33
----------	----

Tableau d'analyse de la question n°7 : Selon vous, comment définiriez-vous l'alliance thérapeutique en pédiatrie ?

Notions	Définition l'alliance thérapeutique			Ce qui peut favoriser l'alliance thérapeutique	Conséquence de l'alliance thérapeutique
Mots clés	Relation de confiance	Un ensemble entre enfants, parents et soignants	C'est un pacte	Absences des parents	Réaliser le soin dans de bonnes conditions
IDE 1	- Une relation de confiance	- Ça va être cette cohésion - Démarche d'équipe - L'équipe pour moi ça va être l'équipe soignante, l'enfant et les parents			- Mener à pouvoir exécuter ou effectuer un soin pour le bien de l'enfant et des parents
IDE 2	- La confiance fait partie de cette alliance - Arrive à gagner sa confiance	- Une alliance - C'est vraiment des soins que l'on réalise avec l'enfant et avec le parent si le parent est présent	- Un pacte - Un pacte avec l'enfant dans un premier temps	- Une alliance thérapeutique peut-être très efficace et très bonne même si le parent n'est pas là - Dès fois il a un rôle à jouer à ne pas être là	- Les soins soient réalisés ensemble dans de bonnes conditions - Réitérer ce soin que ça ne génère pas d'angoisse, de stress - Qu'il ne soit pas traumatisé par ce qu'on fait
Verbatim	3	5	2	2	4
Verbatim	10			2	4

Tableau d'analyse de la question n°8 : Pour quelles raisons pourriez-vous demander aux parents de sortir de la chambre lors d'un soin ?

Notions	La présence des parents		Les raisons de faire sortir les parents lors d'un soin										La démarche pour faire sortir les parents		Rôle des parents	Après le soin
Mots clés	Re ste présent	Intégrer les parents	Mauvaise expériences lors d'un soin	Soin invasif	Les parents qui craquent	Parents stressés	Refus de l'enfant	Préserver les parents	Préserver l'enfant	Demander des parents	Créer un autre contact	Dépend du soin	On test autre chose	Annoncer aux parents	Accompagner l'enfant	Expliquer le déroulement du soin
IDE 1	- Fais pas énormément sortir. - Je les laisse beaucoup dans la chambre.	- J'arrive beaucoup à intégrer. Dans l'occupation avec l'enfant, l'enfant les voit, il est généralement très content et il va dans leur bras.	- On avait déjà fait un soin et qu'on a vu que ça ne se passait pas bien. - L'enfant malgré la coopération des parents ont y arrivent pas.	- On veut pas non plus qu'il s'leur reprochent les soins. - Un soin, à un moment donné est difficile et qu'on est obligé des fois malheureusement.	- Quand les parents craquent à côté. - Ça peut-être difficile. - Si les parents craquent à côté.		- Propres aux enfants.			- Propre aux parents. - Selon les envies des parents. - Des parents qui ne supportent pas les soins sur leur enfant. - Ils nous demandent à sortir.	- Si vous sortez on va créer un autre contact. - quand on a l'échec de cette alliance on va dire, et bien faut trouver une autre solution. - Le parent est là pour avoir les bons côtés aussi s'ils sont pas là.	- c'est propre à la situation.	- On test autre chose. - On va dire au parent "bah écoute la dernière fois ça ne s'est pas bien passé quand on a fait ça, on va essayer de faire les choses autrement.	- Je préfère les faire sortir. - On leur dit d'aller boire un petit café, un petit thé. - "oh bah papa et maman vont aller boire, vont aller faire un petit tour.	- Je préfère que les parents aient "le bon rôle". - Ils ont un rôle d'accompagnement.	- Explique aux parents comme s'est passé le soin ou pas bien. - Ont leur explique. - Ça aussi c'est dans la continuité de l'alliance thérapeutique. - Explique ce que l'on va faire. - Tout en leur expliquant ce qui a été fait. - C'est toujours important d'expliquer.

				de main tenir un petit peu l'enf an -qua nd mêm e main tenir l'enf an - Je veux pas que les enfa nts voie nt les pare nts dans un soin qui est diffic ile											
IDE 2	-S' ils ve ule nt res			-qua nd on sait que ça	- Des parent s beauc oup stressé	-Enf ant qui ne veut pas	- de prése rver les paren ts, -	-Préser ver l'enfant - parce que si l'enfant	- C'est plutôt le parent qui décider		- Dépend du soin qu'on réalise		- "bah c'est préférable que vous sortiez."		- Leur explique que c'est des choses difficiles à voir sur leur enfant

ter
ils
le
pe
uv
ent

va
être
des
soin
s
enco
re
plus
inva
sifs

s
-Com
muniq
uent le
stress
à leur
enfant
-C'est
surtout
pour
ça les
parent
s qui
comm
unique
nt leur
stress
à leur
enfant

-(gén
éral
c'est
sur
des
enfa
nts
qui
sont
beau
coup
plus
gran
ds)

qu'ils
ne
soien
t pas
non
plus
trau
matis
és de
l'hos
pitali
satio
n de
leur
enfan
t
-Les
prése
rver
-soin
hype
r
invas
if qui
peut
être
trau
matis
ant
pour
le
paren
t

voit son
parent
complè
ment
paniqué
, c'est
un
cercle
vicieux
: le
parent
panique
l'enfant
voit que
le
parent
panique
et bah
du coup
lui il
panique
et du
coup le
parent
voit son
enfant
paniqué
donc il
panique
encore
plu

ait de
sortir
parce
que
c'est un
soin
qui
dérang
e. - Un
soin
qui
s'appré
hende
- Un
soin
qu'ils
n'ont
pas
forcém
ent
envie
de voir
sur leur
enfant
- Des
parents
qui
sortent
parce
qu'ils
n'aime
nt pas
la vue
du
sang.
- Parce
qu'ils
n'aime

- Leur expliquer
un peu ce qu'on
fait

										nt pas les soins - Parce que pour eux, l'hôpital c'est compliqué. - Des parents qui peuvent faire des malaises						
Verbatim	3	3	2	4	3	3	3	4	2	11	3	2	2	5	2	9
Verbatim	6		35									2	6	2	9	

Tableau d'analyse de la question n°9 : De quelles manières expliquez-vous le fait que le parent doit sortir de la chambre lors de la réalisation d'un soin ?

Notions	Communiquer / Dialoguer		Porter Attention
Mots clés	Le relationnel	Expliquer les raisons	Considération
IDE 1		- C'est de bien expliquer aux parents pourquoi ils sortent	- Prendre le parent en considération - Les prendre en considération
IDE 2	- Hyper important car tout passe par la communication - Par le dialogue - Le relationnel	- Il faut expliquer en fait les raisons - "bah là je pense que pour votre bien-être à vous et celui de votre enfant c'est peut-être plus bénéfique"	

		<ul style="list-style-type: none"> - “Quand vous êtes pas là, on arrive à faire beaucoup plus de choses et les soins se passent beaucoup mieux.” - Quand vous n’êtes pas là c’est plus facile, c’est plus facile 	
Verbatim	2	5	2
Verbatim	7		2

Tableau d’analyse de la question n°10 : Quelles sont les conséquences d’avoir demandé aux parents de sortir de la chambre lors d’un soin sur les suites de la prise en soin de l’enfant ?

Notions	Moyens pour qu’il y ait une absences d’impact sur l’alliance thérapeutique					Impact “positif” de l’absence des parents dans le soin
Mots clés	Expliquer les raisons de l’importance de faire sortir le parent	Prévenir les parents	Prévenir l’enfant	Accord des parents	Accord de l’ensemble du “trio”	Contact différent avec l’enfant
IDE 1	<ul style="list-style-type: none"> - Le soin d’avant ça avait été très très compliqué - La première fois a essayé de faire tous ensemble, on a vu que ce n’était pas concluant 	<ul style="list-style-type: none"> - On avait vu avec la maman - La maman était sortie 	<ul style="list-style-type: none"> - Elle avait dit à son enfant - On va expliquer à ce moment-là à l’enfant 	<ul style="list-style-type: none"> - Ça fait aussi partie d’une alliance parce qu’en fait la maman était d’accord dans cette façon de faire - Qu’il soit d’accord avec le fait d’être présent ou pas présent 	<ul style="list-style-type: none"> - Qu’une alliance n’est pas figée - On est toujours dans une alliance peu importe si la maman, ou le parent soit présent ou pas présent - Ça fait partie d’une alliance - Méthode que l’on met en place finalement tous ensemble avec le trio ! 	<ul style="list-style-type: none"> - Créer un contact autour de jouets - On a discuté tout en faisant le soin.

IDE 2	<ul style="list-style-type: none"> - Pris le temps de leur expliquer avant pourquoi il est préférable qu'ils sortent et tant aux parents qu'à l'enfant d'ailleurs - Faire comprendre aux parents et à l'enfant que c'est mieux que les parents sortent et pourquoi 		<ul style="list-style-type: none"> - Papa et maman ils vont aller faire un tour dehors 	<ul style="list-style-type: none"> - Quand ils acceptent - Le parent en fait il est dans l'acceptation - Si c'est pour le bien de son enfant je pense que ils sont plus dans l'acceptation 		<ul style="list-style-type: none"> - Ça peut-être bénéfique - Enfant est plus accessible sans les parents - On va avoir une alliance thérapeutique beaucoup plus forte avec l'enfant - J'ai vécu plutôt positive
Verbatim	4	2	3	5	4	6
Verbatim	18					6

Abstract

NOM : GENDRON

PRÉNOM : Elysa

TITRE DU MÉMOIRE : Quand les parents sont absents du soin ...

Présentation synthétique du travail en **Français** :

Je pensais que les parents étaient constamment présents dans les soins auprès de leur enfant. Dans une situation vécue en stage, l'infirmière a demandé à la maman de sortir de la chambre lors du soin. Suite à cette dernière, des questionnements sont apparus et ce travail de recherche a pour but de comprendre en quoi la demande de l'infirmier de faire sortir les parents de la chambre lors d'un soin auprès de leur enfant impacte-t-elle l'alliance thérapeutique ?

Pour répondre à cette problématique, il paraissait important de définir l'enfant, aborder son développement, la législation qui lui est associée, l'accompagnement que l'infirmier peut lui apporter pour que le soin se déroule de la meilleure des façons. Il m'a fallu comprendre l'évolution de la place des parents à l'hôpital et l'aide qu'ils pouvaient apporter à l'enfant et l'infirmier. Enfin, terminer par la relation enfant/parents/soignants m'a permis de comprendre comment elle se construit et faire un focus sur l'absence des parents dans le soin.

Par ce travail, j'ai eu l'opportunité d'interroger deux infirmières travaillant en pédiatrie.

J'ai pu confronter l'avis d'auteurs, le ressenti des professionnelles et mon point de vue lors de la dernière partie de mon mémoire. J'ai pris conscience de l'importance d'expliquer le déroulement du soin à l'enfant : elle permet à l'enfant de comprendre ce qui va se passer, comment ça va se passer ? De construire une relation de confiance enfant/soignants mais aussi parents/soignants par le biais d'une présence, d'écoute ... une relation de confiance à construire avant même de construire l'alliance thérapeutique. Enfin, les soignants doivent mettre en place un ensemble de choses pour éviter que l'absence des parents dans le soin ait des conséquences sur l'alliance thérapeutique. Ainsi, les conséquences de cette absence sur l'alliance thérapeutique dépendent de la façon dont les soignants ont amené cette demande.

Présentation synthétique du travail en **Anglais**

I thought that parents were always included in the treatment of their children. Nevertheless, during my internship in pediatrics, the nurse told the mother to leave the room before her child received care. Following this, questions arose and this research aims to clarify how does the nurse's request to have parents leave the room when their child is about to receive the care he / she needs affect the therapeutic alliance ?

To answer this question, it first seemed obvious to me to define the child and the legislation that concerns children, the support that the nurse can provide during child care. Furthermore, I have understood the development of the space that parents have in hospitals, and how they can help children and nurses. Finally, my last part focuses on the relationship between child/parents/caregivers and its structure, and I do focus on the absence of parents during child care. In order to conduct this research, I also met two health professionals who work in pediatrics.

Thanks to my readings, cross-referenced with the analysis of those interviews, I have been able to highlight the importance in explaining the treatment to the child. Indeed, it allows the child to understand what is going to happen, and how. It also creates a trusting relationship between child/caregiver and between parents/caregiver... such a relationship is to be built first, before building the therapeutic alliance. Finally, caregivers must implement a set of measures to prevent the absence of parents in care from having consequences on the therapeutic alliance. Likewise, the consequences of this absence on the therapeutic alliance depends on how the caregivers requested it.

MOTS CLÉS : Enfant, accompagnement, Confiance, Alliance thérapeutique, Absence des parents

KEY WORDS : Child, Accompanying, Trust, Therapeutic alliance, Parental absence

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.

2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES - Année de formation : 2020-2023

