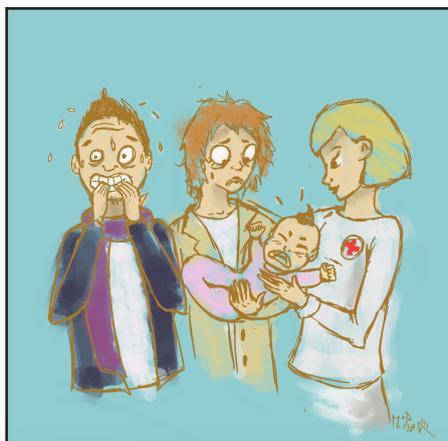


## Mémoire

---

Une relation triangulaire, au coeur d'un soin

---



Soutenance orale: 31 mai 2021

## **Remerciements:**

Tout d'abord, je tiens à remercier mon guidant mémoire, Monsieur Lamarre Laurent, pour m'avoir accompagné, guidé et conseillé tout au long de cette année dans la réalisation de ce travail de fin d'études.

Ainsi que ma référente pédagogique Madame Delangue Elisabeth, pour son accompagnement, ses conseils et encouragements durant ses trois années au sein de l'institut.

Je remercie aussi tous les professionnels et parents qui ont accepté de me consacrer du temps afin de répondre à mes questionnaires.

Enfin, un grand merci à mes parents Laurence et Marc, à mon frère, sa compagne et ma grand-mère, ma famille au sens large, pour leurs nombreuses relectures, conseils et également pour leur soutien sans fail, tout au long de mes études.

## **Sommaire:**

- Introduction

### **I- Contextualisation**

- Situation
- Questionnement

### **II- L'enfant de 0 à 12ans**

- Son développement
- Ses besoins
- Le ressenti durant un acte invasif

### **III- Les parents**

- Le rôle de parent avec notion de parentalité
- Attachement et transfert
- Le ressenti durant un acte invasif

### **IV- La relation triangulaire enfant/parent/soignant**

- Le rôle du soignant
- La relation triangulaire
- Prise en charge double

- Hypothèses

### **V- Enquête**

- Présentation de l'enquête
- Analyses des questionnaires
- Synthèse

- Les critiques du mémoire
- Conclusion
- Bibliographie
- Annexes

## Introduction

Lors de mes stages et de mes expériences professionnelles et personnelles, j'ai pu observer les spécificités des soins et de la prise en charge des enfants, j'ai ainsi constaté à quel point il était difficile pour un professionnel de santé comme un infirmier de réaliser des soins pourtant nécessaire et fondamental chez ces petits êtres. Tout être humain arrivant dans un endroit inconnu, constitué de personnes tout aussi inconnues en blouses blanches. Où règne une atmosphère de soin et parfois de douleur, de la peur et de l'anxiété peuvent apparaître chez l'enfant et c'est un comportement caractéristique de la normalité.

Et c'est ainsi qu'un enfant éprouve le besoin de la présence de ses parents auprès de lui dans cette période de stress. Les parents, eux aussi, ressentent ce besoin maternel/ paternel d'être au côté de leur enfant malade. Mais la présence des parents est-elle toujours bénéfique aux soins, ne met-elle pas en difficulté la prise en charge de l'enfant.

Une enquête<sup>1</sup> (2003) sur la place des parents à l'hôpital a été réalisée par l'Association Sparadrap, mettant en évidence les réponses de parents et professionnels de santé d'un service pédiatrique. Certaines données recueillies font l'objet de discussions et des propositions d'actions ont été proposées. 53% des professionnels de santé ont constaté que les parents contribuent au bon fonctionnement du service, mais 65% considèrent que les parents sont aussi parfois source de tension et que seulement 24% ne posent jamais de problèmes.

Les résultats de cette enquête sont mitigés et ne sont pas révélateurs. C'est en partie ce qui m'a amené à axer mon travail de fin d'études sur l'impact que peut avoir l'intégration des parents sur un soin invasif ou stérile.

---

<sup>1</sup> Association Sparadrap, enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital, 2003

## **I- Contextualisation**

### **Situation**

Durant un stage de deuxième année, en soins à domicile, j'ai eu la chance de prodiguer des soins à un enfant de 20 mois. Tout au long des soins que j'apportais quotidiennement au bébé, je me suis faite petit à petit une place dans la relation parents/ enfants, me rendant compte que la place des parents était fondamentale pour le bon déroulement du soin et le développement de l'enfant. Pas seulement dans le sens pratique du soin, mais dans la prise en charge globale de l'enfant, de sa sécurité, de ses habitudes, de son mode de vie et de son univers psychologique. Mais la place des parents n'est-elle pas une problématique pour les soignants, n'interfère-t-elle pas dans le bon déroulement du soin?

En effet, lors des soins auprès de ce petit garçon, nommé H, de 20 mois, ayant plusieurs pathologies l'empêchant de se développer correctement, et de se nourrir autrement que par perfusion parentérale. Notamment:

- Une entérococolite ulcéro-nécrosante sévère: une nécrose de la muqueuse intestinale plus ou moins profonde, ici avec mise en place d'une stomie
- Une hémorragie intra-ventriculaire bilatérale modérée grade 2: pouvant causer des séquelles motrices, neuro-sensorielles et cognitive, grade II: sans dilatation ventriculaire. Causant des retards, notamment à ce moment du stage: la marche dans le cas du bébé H
- Un syndrome de grêle court de type II: c'est une malabsorption résultant d'une résection étendue de l'intestin grêle. Entraînant diarrhée sévère et carences nutritionnelles.
- Une maladie des membranes hyalines, sevrage de l'oxygénothérapie: déficit quantitatif et qualitatif du surfactant: permettant la respiration, entraînant une détresse respiratoire avec une mise sous oxygène.

Nous y allions 2 fois par jour pour brancher la perfusion le soir et la débrancher le matin. Ce soin se fait avec l'aide de la maman, le branchement se fait sur un cathéter veineux central (Broviac) directement relié au coeur. C'est pour cela que l'aide de la mère est nécessaire, celle-ci a été formée au soin, ainsi que les infirmières de centre de soins, par le CHU de Lille qui suit l'enfant et qui livre au domicile le matériel nécessaire, 2 fois par semaine.

Durant le soin, la maman est dite « d'aide », elle s'assure du bon déroulement et contribue au déroulé du soin, en nous déballant de manière stérile le matériel. Il est

nécessaire également que la mère maintienne l'enfant et le distrait afin qu'il ne touche pas le champ stérile situé sur son torse, par exemple.

Mais la maman a également un rôle important de préparation et d'information pour l'équipe soignante. Elle prépare l'enfant avant le soin, puisqu'il doit être changé, propre et avec des constantes dans les normes. Elle surveille aussi le comportement et l'état du bébé après le soin, pendant la nuit et au cours de la journée, renseigne l'équipe soignante lorsqu'il y a eu un comportement anormal ou un incident. Elle connaît les habitudes de son enfant et sait ce qui peut le rassurer et le calmer en cas de pleurs ou d'agitation pendant le soin. Ce qui pour moi, facilite et améliore la prise en charge du bébé, étant donné que c'est une personne, une voix, une odeur reconnaissable et rassurante pour l'enfant.

## Questionnement

Durant les nombreuses fois où je me suis occupée de prodiguer le soin à l'enfant<sup>2</sup>, je me suis questionnée sur le fait d'être ou non essentielle au soin. La présence d'un soignant, d'une infirmière est-elle nécessaire, étant donné que la mère a assisté à la formation, la même formation que les soignants du centre de soins, afin de procéder au branchement et débranchement du petit garçon. La mère est donc capable de réaliser le soin à son enfant, dans sa totalité? Alors en quoi ma présence ou celle d'une infirmière est obligatoire et nécessaire? Ne serait-il pas plus judicieux d'être présent simplement en cas de questions, de doutes ou de problèmes? À quel point et dans quelle mesure il est important pour chaque acteur que les parents soient présents lors de soins prodiguer à leur enfant?

De plus, n'est-il pas judicieux si dans la mesure du possible, ce soient les parents qui effectuent les soins, à leurs enfants. Serait-ce bénéfique ou dangereux pour l'enfant et notre profession?

Durant ce questionnement, je me suis sentie quelque peu inutile et impuissante face à la mère qui à ce moment précis avait la même posture que moi. Nous étions au même niveau, formées toutes les deux pour ce soin, je n'avais donc rien à apporter avec ma présence. J'ai ressenti un mélange des rôles, la mère prenait inconsciemment le rôle de soignant, la raison pour laquelle j'étais présente.

La relation triangulaire parents-enfants-soignants me semble nécessaire lors de soins, encore plus lors de soins invasifs et stériles, mais à quel point. Il me paraît fondamental de montrer à travers mon TFE, d'identifier les spécificités de la relation triangulaire et de son incidence dans les soins infirmiers.

Dans quelles mesures l'**intégration des parents** peut-elle avoir un impact lors d'un **soin invasif ou stérile** prodigué par un infirmier auprès d'un **enfant de moins de 12 ans**?

Mots clés: enfants, parents, infirmiers, relation triangulaire, soin invasif/stérile, ressentis, impact.

---

<sup>2</sup> *Bébé H, situation exposée dans 'I-Contextualisation - Situation »*

## **II- L'enfant de 0 à 12ans**

### **Son développement**

Le développement d'un enfant est souvent divisé en domaines spécifiques, comme la motricité, le langage, la cognition et le développement social et affectif. Un professeur de psychologie de l'enfant et de l'éducation, Agnès Florin a publié un livre<sup>3</sup> développant les caractéristiques majeures du développement psychologique de la naissance à l'âge adulte.

Au sujet du bébé H, nommé dans ma situation, son développement été fortement altéré en raison de ses nombreux problèmes de santé. En effet, il présentait un retard dans le développement de la motricité. Malgré son âge<sup>4</sup> l'enfant tenait difficilement debout avec une aide, ne savait pas marcher, ni se déplacer autrement qu'à « quatre pattes ».

Dans cet ouvrage, A. Florin décrit les différentes phases du développement de l'homme. Ici nous nous intéressons à la tranche d'âge 0-12 ans, puisque c'est sur cette limite d'âge qu'axe mon travail de fin d'études.

Passons au théorique, l'enfant évolue et progresse dans chaque domaine, énoncé ci-dessus, en fonction de son âge. Cela peut bien évidemment varier en fonction de sa condition physique et de la stimulation du monde qui l'entoure.

L'enfant à partir de sa naissance et jusqu'à ses 3 mois, produit des cris différents selon les stimulations, comme des rires, des vocalises. Il réagit à la voix et reconnaît celle de sa mère. Il anticipe du regard la trajectoire d'un objet, tourne les yeux en direction de la partie du corps touchée, avec des mimiques de surprise.

Entre ses 4 et 6 mois, ce sont ses premiers échanges communicationnels, il tourne la tête vers une source sonore et prolonge l'interaction en souriant. Il prend les objets et les transferts. Et s'assoit seul.

À ses 7-9mois, l'enfant est capable de produire plusieurs syllabés, chantonne, comprend des mots. Il fait preuve de réciprocité dans les échanges et manifeste un attachement sélectif. Il se tient debout avec un support et montre un objet du doigt.

Entre 10 et 12mois, c'est la production des premiers mots, l'enfant nomme des objets. Il sait réagir différemment avec des proches et des inconnus, puis s'ajuste aux demandes. C'est également l'âge des premiers pas.

---

<sup>3</sup> Florin, A. (2003). *Introduction à la psychologie du développement. Enfance et adolescence.*

<sup>4</sup> Rappelons-le, l'enfant nommé H dans la situation est âgé de 20 mois

Entre sa première et deuxième année, le discours de l'enfant est télégraphique, comprend les mots familiers, c'est le développement du premier lexique, de 20 à 200 mots. Identifie les parties du corps, comprend les expressions faciales. Il marche seul, descend les escaliers à reculons et a une préférence pour une main.

De ses 2 à 3 ans, l'enfant produit 200 à 300 mots, comprend les demandes directes et les demandes indirectes. Il se reconnaît dans un miroir, sait monter et descendre des escaliers et tourner les pages d'un livre.

À l'âge de 3-4 ans, c'est l'extension du vocabulaire et des phrases courtes sont produites, il peut donc suivre une conversation. C'est l'acquisition de concepts d'espace, de temps et de quantité, également de l'attente et de l'aide autrui. Il court avec avance, tape dans un ballon avec le pied et sait faire du tricycle.

De ses 4 ans à ses 6 ans, l'enfant acquiert la marche en arrière, la montée d'une échelle. Il sait rouler à vélo sans roulettes, sait lacer ses chaussures et sait tenir un papier d'une main et écrire de l'autre. Il se reconnaît comme fille ou garçon, connaît la stabilité du genre. Il sait et apprend à se contrôler, commence la négociation avec l'adulte, ainsi que les conversations.

Enfin, de l'âge de 7 ans à ses 12 ans, il développe son activité physique et sportive, sait différencier le réel du virtuel. Il connaît la logique du nombre, connaît les conséquences des actions en déterminant la valeur morale.

Selon un psychologue, J.PIAGET<sup>5</sup> l'enfance est divisée en différents stades. Cette théorie explique les différents stades du développement infantile en fonction de l'âge. Selon Mr Piaget ces stades, sont les mêmes pour tous les enfants, quelque soit leur origine ou leur culture, seul l'âge peut parfois varier d'un enfant à l'autre.

La théorie de J.Piaget est développée dans son ouvrage<sup>6</sup> « Le langage et la pensée chez l'enfant », traitant principalement de l'acquisition du langage au développement de la raison.

La plus grande partie des recherches de J.Piaget est portée sur l'analyse des comportements des jeunes enfants. Il fut l'un des premiers à analyser les méthodes de pensée chez les tout petits.

D'après ses observations, recherches et études, qui portent essentiellement sur ses propres enfants, la pensée de l'enfant et son développement cognitif peuvent se découper en plusieurs stades.

---

<sup>5</sup> Jean PIAGET (1896-1980): psychologue et biologiste suisse, ayant réalisé de nombreuses études sur l'enfance

<sup>6</sup> Livre datant de 1923, écrit par Jean Piaget

Le stade sensori-moteur comprend entre la naissance et la seconde année. Le développement avance en partant des réflexes innés, c'est selon J.Piaget un stade expérimental, tâtonnant et non conceptuel.

Suivi par le stade préopératoire de 2 à 7ans, comprenant un aspect social très important.

Puis, le stade opératoire concret situé entre 7 et 11ans. Dans celui-ci, il y a le développement cognitif, où l'enfant ne peut appliquer la logique qu'avec certaines limitations

Et enfin, le stade opération formelle de l'âge de 11ans à l'âge adulte, comprenant l'acquisition du raisonnement logique avec production d'hypothèses.

## Ses besoins

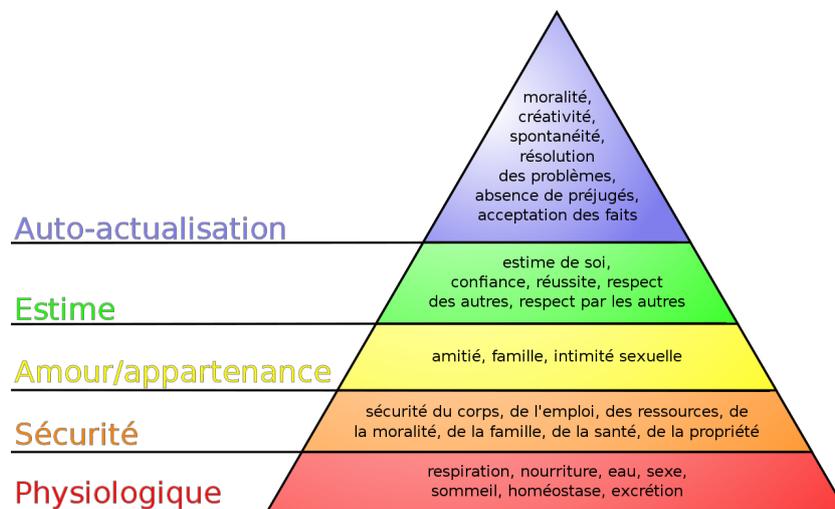
Les besoins de l'enfant, comme ceux de tout être humain sont des besoins qui ont une réelle nécessité et sont indispensables à la vie.

Chez l'enfant, le néocortex, n'est pas encore pleinement mature. Le néocortex est une des trois parties du cerveau avec le cerveau reptilien et le limbique.

Le néocortex, appelé aussi le nouveau cerveau, est la partie qui contrôle les émotions et les capacités cognitives. Comme la mémorisation, la concentration, l'auto-réflexion et la capacité à choisir le bon comportement. Il joue également un rôle important dans des fonctions telles que la perception sensorielle, la génération de commandes motrices, le raisonnement spatial, la pensée consciente et le langage.

Par conséquent, le non-respect des besoins de l'enfant se transforme très rapidement en comportement inapproprié et peut être considéré comme maltraitance.

Abraham Maslow<sup>7</sup>, psychologue humaniste, connu pour son explication de la motivation par la hiérarchie des besoins humains, souvent représentée par la suite sous la forme d'une pyramide, comme ci-dessous.



Ils sont au nombre de cinq: les besoins physiologiques/vitaux, le besoin de sécurité, le besoin d'appartenance, le besoin d'estime de soi et le besoin de réalisation de soi.

---

<sup>7</sup> Abraham Harold Maslow, né en 1908 à New York est un psychologue américain humaniste, considéré comme le père de l'approche humaniste en psychologie.

Ces cinq besoins, toujours d'après la théorie de A.Maslow, sont eux classés en deux types: les besoins de nature physiologique (faim, soif, sommeil, sexualité) et psychologique: besoin de sécurité (se sentir à l'abri de menaces, avoir des repères), besoin d'appartenance et d'affection (être intégré à un groupe familial ou social, être aimé), besoin d'estime (être respecté et reconnu, réussir) et besoin de réalisation de soi: développer son potentiel.

Notre cerveau et notre corps, peuvent nous signaler qu'un de ces besoins fondamentaux n'est pas satisfait, par le biais de sensations. Par exemple, pour exprimer le besoin vital de sommeil, nous ressentons la fatigue, pour la sécurité, la peur et pour le besoin de se nourrir, la faim.

C'est en général les besoins physiologiques que nous apprenons en premier à identifier. Cependant, chez les tout-petits, les sensations peuvent être difficiles à relier au besoin et à mettre en mots ou attitude. Plus on avance dans les besoins psychologiques au sein de la pyramide, plus il est difficile de les exprimer.

Connaitre les besoins d'un enfant facilite la création d'une relation de confiance dans un contexte de soins et ainsi amorce une vraie coopération avec le patient et sa famille. Cela permet la compréhension de l'autre et crée une harmonie de sécurité.

Si respecter ces cinq besoins de l'enfant est une priorité, il ne faut pas les confondre avec les fantasmes. Ceux-ci sont des envies, et non un besoin nécessaire à un équilibre biologique et psychologique, il est donc primordial d'en connaître la différence.

Parlons maintenant d'une infirmière célèbre pour ses recherches, Virginia Henderson<sup>8</sup>. Elle a contribué à ce que la profession d'infirmière évolue vers un rôle différent de la simple exécution des soins, comme cela était au XX<sup>e</sup> siècle.

Infirmière n'acceptant pas les conditions de traitement des patients, et plus généralement de l'ambiance de travail de l'époque en milieu hospitalier, elle théorise les 14 besoins fondamentaux de l'être humain. Et les place au centre de la réflexion lorsqu'il s'agit d'aider, de diagnostiquer ou de prodiguer des soins à une personne.

---

<sup>8</sup> V.HENDERSON: Née en 1897 aux États-Unis. Elle est à la fois infirmière, enseignante et chercheuse américaine.

Pour Virginia Henderson, un être humain présente 14 besoins fondamentaux, essentiels pour se maintenir en vie et assurer son bien-être. Les soins infirmiers doivent considérer l'humain dans sa totalité, ayant de besoins fondamentaux.

C'est en ayant cette pensée que V.Henderson est à l'origine du modèle des quatorze besoins fondamentaux et devenant par la suite une référence en se répandant partout dans le monde.

C'est 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson, sont:

- Le besoin de respirer: nécessité pour chaque individu, de disposer d'une oxygénation cellulaire satisfaisante.
- Le besoin de boire et de manger: nécessité pour chaque individu, d'entretenir son métabolisme.
- Le besoin d'éliminer: éliminer les déchets qui résultent du fonctionnement de l'organisme.
- Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position: entretenir l'intégrité et l'efficacité des systèmes biophysiques, permettant la réalisation des activités sociales, la construction et le maintien de l'équilibre mental.
- Le besoin de dormir et de se reposer: prévenir et réparer la fatigue, diminuer les tensions, conserver et promouvoir l'énergie.
- Le besoin de se vêtir et de se dévêtir: se protéger et exprimer son identité physique, mentale et sociale.
- Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normale (37°2): assurer le rendement optimal des fonctions métaboliques, maintenir les systèmes biophysiques et une sensation de chaleur corporelle satisfaisante.
- Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments: maintenir l'intégrité de la peau, des muqueuses et des phanères, éliminer les germes et les souillures, et avoir une sensation de propreté corporelle, un sentiment de bien être.
- Le besoin d'éviter les dangers: se protéger contre toute agression externe, réelle ou imaginaire et promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale.
- Le besoin de communiquer: transmettre et percevoir des messages cognitifs ou affectifs, établir des relations avec autrui par la transmission et la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions.
- Le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances: être reconnu comme sujet humain, se réapproprier sa vie, croire en la continuité de l'homme, chercher un sens à sa vie et s'ouvrir à la transcendance.
- Le besoin de s'occuper et de se réaliser: exercer ces rôles, d'assumer ses responsabilités, et de s'actualiser par le développement de son potentiel.

- Le besoin de se récréer: se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit.
- Le besoin d'apprendre: évoluer, s'adapter, interagir en vue de la restauration, du maintien et de la promotion de sa santé.

Cette théorie, basée sur ces 14 besoins énoncés ci-dessus, vise à mettre l'accent sur l'importance d'augmenter l'indépendance du patient et de se concentrer sur les besoins humains fondamentaux. Afin de ne pas retarder les progrès post-hospitalisation. D'après Virginia Henderson: « *un besoin ne peut être atteint que si les besoins précédents sont déjà satisfaits* ».

## **Le ressenti durant un acte invasif**

Je ne pouvais pas terminer cette partie de mon cadre conceptuel, sans aborder le ressenti de l'enfant durant un soin invasif. Mes différents stages m'ont montré qu'un patient de n'importe quel âge face aux soins, peut réagir de manière brutale, par des gestes, des cris ou des pleurs. Il ne comprend pas systématiquement ce qu'on va lui faire, s'interroge, est souvent apeuré et ce pouvant entraîner de l'agitation et donc une difficulté pour poursuivre le soin.

Pour un enfant, c'est la même chose et cela peut également impliqué par la suite des traumatismes ou phobies. Nous aborderons ce sujet dans la suite de cette partie.

Un jeune enfant n'a pas la notion du temps, et peut ainsi se sentir abandonné au moment où il aurait besoin de l'aide ou du réconfort de ses parents. Et les adolescents eux-aussi peuvent vouloir être accompagnés pour se sentir soutenus. Nous verrons plus tard dans ce Travail de Fin de Travail, quelle place a le parent durant le soin et s'il a le droit d'être présent.

Un soin invasif, selon le dictionnaire le *Larousse*, est: « *une méthode d'exploration médicale ou de soins nécessitant une lésion de l'organisme* »<sup>9</sup> ou « *un examen médical qui peut affecter l'organisme parce qu'il nécessite une petite intervention chirurgicale, et qu'il fait appel à une injection, ou à un prélèvement de sang* »<sup>10</sup> d'après *Vulgaris médical*. En effet, les soins invasifs les plus courants, sont les bilans sanguins, les poses de cathéters veineux périphériques avec injection ou perfusion, les poses de sondes (vésicales, gastriques).

Les soins aussi divers et variés, ont tous un sens commun, l'entretien ou le rétablissement de l'état de santé d'un patient. Mais il est probable que certains soins soient plus difficiles à vivre que d'autre. Certains facteurs peuvent jouer, tels l'âge du patient, ses antécédents, ses appréhensions, sa douleur ou sa pathologie.

Comme dit précédemment, un enfant arrivant dans un endroit inconnu, avec des personnes anonymes, peut ressentir des sentiments, tels que de la peur ou de l'anxiété. Ces sentiments sont multipliés lorsque l'enfant comprend qu'il est à cet endroit pour subir des soins, parfois désagréables et invasifs. Ces émotions ressenties sont normales, au vu de l'âge de l'enfant. Rappelons-le, nous travaillons dans ce TFE, sur des enfants âgés de 0 à 12 ans.

---

<sup>9</sup> Tiré du dictionnaire en ligne: « *Larousse* »

<sup>10</sup> Tiré de l'encyclopédie médicale en ligne: « *Vulgaris médical* »

Durant un séjour d'hospitalisation, un acte invasif ou un soin, l'enfant passe par un ensemble de sentiments néfastes et négatifs. Il est de notre devoir, nous soignants, de savoir rassurer, comprendre et expliquer nos gestes. Afin de rendre cette expérience le moins désagréable et traumatisante pour l'enfant et ses parents.

En effet, les parents peuvent être présents lors des soins prodigués, mais ceux-ci ne savent pas comment réagir, rassurer ou encore distraire leur progéniture. Nous aborderons ce sujet plus tard dans ce travail.

Il est parfois difficile de savoir ce que ressent un enfant. Effectivement, nous l'avons vu dans la partie nommée « II- L'enfant de 0 à 12 ans - Son développement », un nouveau-né et ce jusqu'à l'âge de 5 ans, est incapable de ressentir et de mettre des mots sur un sentiment éprouvé. Il est compliqué également pour un enfant atteint de certaines pathologies, comme un trouble du spectre autistique ou souffrant d'alexithymie de ressentir certaines émotions.

L'alexithymie est un « *trouble de la régulation émotionnelle, largement observée dans les maladies psychosomatiques. Elle se concrétise par de grandes difficultés à identifier et à décrire ses sentiments et ceux des autres* »<sup>11</sup>.

Céline Jouanne<sup>12</sup>, autrice de *L'alexithymie*, présente une thèse sur la difficulté émotionnelle des malades de ce déficit émotionnel et explique très bien cette incapacité à identifier clairement ses émotions.

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA)<sup>13</sup> regroupe un ensemble de troubles neurobiologiques qui agissent sur le développement des personnes dites « autistes ». Ces troubles sont caractérisés par des déficits persistants de la communication sociale et des interactions sociales, incluant l'incapacité de réciprocité sociale ou émotionnelle dans plusieurs contextes.

L'enfant même nouveau-né, ne sachant pas s'exprimer, sait tout de même se faire comprendre. Par des gestes, mimiques et bruitages, l'enfant peut faire ressentir à son entourage qu'il se sent mal.

L'observation est primordiale, s'il cambre le dos, étend les bras, met les jambes en l'air ou écarte les doigts et les orteils, s'il grimace et fronce les sourcils, pleure ou gémi, ces comportements sont signes d'inconfort. De même si pendant un échange, il détourne le

---

<sup>11</sup> Définition tirée de « Passeport santé »

<sup>12</sup> Céline JOUANE, psychologue et autrice. A porté une thèse sur l'alexithymie: « *L'alexithymie: entre déficit émotionnel et processus adaptatif* », publié dans la revue *Psychotropes* de 2006

<sup>13</sup> Définition, tirée d' « Autisme info service »

regard, baille à répétition ou a le hoquet, ces signes montrent que l'enfant est en souffrance et que nous devons l'aider et comprendre son mal-être.

Il est important d'analyser le comportement et le faciès de l'enfant, avant, pendant et après le soin. Et de s'assurer que celui-ci est en condition optimale pour le soin. Par exemple préalablement à celui-ci, nous devons vérifier que l'enfant n'a ni chaud, ni froid, qu'il n'a pas faim et qu'il ne ressent pas le besoin d'aller aux toilettes, ou qu'il soit propre, avec une couche propre et adaptée. S'assurer que l'enfant soit dans une position confortable et sécurisante, allongé, assis, en position fœtale, auprès ou sur ses parents. Vérifier également que l'enfant puisse avoir un contact physique, visuel ou auditif avec ses parents, si cela est son désir.

L'observation est elle aussi primordiale pour la prise en charge de la douleur.

Il m'est difficile d'aborder cette partie sans parler de la douleur. En effet, l'expression de la douleur chez les bébés et les très jeunes enfants est difficile à percevoir, par l'impossibilité qu'ils ont de recourir à la parole, comme nous l'avons exposé dans la partie « II- L'enfant de 0 à 12ans - Son développement ». Mais, il est inacceptable et non considérable de ne pas prendre en charge la douleur d'un enfant, sous prétexte qu'il ne peut nous communiquer celle-ci. Des outils sont à disposition des soignants, dans les services, pour faciliter la prise en charge de la douleur chez les personnes non communicantes. Par exemple, l'échelle des visages, l'échelle des jetons, le schéma corporel, ensuite pour les douleurs aiguës: Neonatal Facial Coding System (NFCS), DAN, FLACC, Comfort Behavior, PIPP, CHEOPS, Evendol, pour les douleurs chroniques: EDIN, OPS, Amiel -Tison inversée, DEGR, HEDEN, QDSA<sup>14</sup>.

La douleur peut s'exprimer chez l'enfant par différents symptômes, au travers du comportement, par exemple: des cris et pleurs, de l'agitation, des difficultés à l'endormissement, de la transpiration ou de la tachycardie<sup>15</sup>, pour les douleurs aiguës. En ce qui concerne les douleurs chroniques, elles peuvent avoir des effets négatifs, des conséquences sur le long terme, comme: des troubles du sommeil, une perte significative de poids ou un ralentissement de la croissance.

Effectivement, comme dit précédemment, la douleur peut conduire à des conséquences, mais le soin en lui-même peut engendrer des traumatismes ou phobies. Et à terme amener à des blocages et incapacités à consulter des soignants pour problèmes médicaux, même sérieux.

---

<sup>14</sup> Données de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs

<sup>15</sup> Signifie une augmentation de la fréquence des battements du cœur. Définition tirée du Vidal

Une phobie est « *une condition en laquelle une personne souffre de la crainte forte d'un objectif ou d'une situation qui dure pendant un laps de temps prolongé et n'a aucune cause rationnelle. [...] Les enfants qui souffrent d'une ou plusieurs phobies ont continuellement l'inquiétude.* »<sup>16</sup>.

Les phobies les plus courantes chez l'enfant, sont: la peur du noir, des fantômes et autres monstres qui peuplent la nuit, la peur des chiens et de ses morsures ou des insectes comme l'abeille.

Mais en fonction de l'âge, de l'expérience et de l'influence, leurs phobies peuvent changer.

Un traumatisme, c'est « *Un ensemble des lésions locales intéressant les tissus et les organes provoqués par un agent extérieur ; troubles généraux qui en résultent.* » , « *Action violente provoquant ces lésions locales.* »<sup>17</sup>.

En effet, les raisons pouvant provoquer un traumatisme sont nombreuses, par exemple: les accidents graves, la guerre, être témoin d'une autre personne qui subit des sévices, être maltraité physiquement ou sexuellement ou subir une expérience désagréable.

Des fiches d'information sur les traumatismes des enfants et adolescent sont libres d'être consultés sur internet, l'une d'elle, précise que « *Les réactions à une expérience traumatique peuvent être différentes d'une personne à l'autre. Il est important de comprendre que même si un enfant ou un adolescent a subi un traumatisme, il ne faut pas croire qu'il en subira nécessairement des conséquences émotionnelles graves par la suite.* »<sup>18</sup> Il est donc important de se rappeler et de le rappeler aux parents que même si un soin ou acte invasif est désagréable, perturbant ou traumatisant pour l'enfant, il est possible qu'aucune séquelle apparaisse.

Enfin, rassurer et prévenir les parents, avant l'enfant, est parfois nécessaire dans certaines situations. En effet, il est probable que le parent soit anxieux et communique des sentiments néfastes à sa progéniture et ainsi influencer leur représentation du soin.

Nous allons maintenant nous intéresser à ceux-ci, aux parents, à leur rôle et sentiments.

---

<sup>16</sup> Définition tirée de « *New-médical* »

<sup>17</sup> Définition tiré du dictionnaire en ligne « *Larousse* »

<sup>18</sup> Extrait d'une fiche d'information sur les traumatismes de l'enfant et de l'adolescent », sur « *ESantéMentale* »

### **III- Les parents**

#### **Le rôle de parent avec notion de parentalité**

Le terme « parents », désigne la mère et le père, un lien affectif, sécurisant, attachant et de confiance lie l'enfant à ses parents.

En effet, la mère donne naissance à l'enfant, celui-ci a grandi dans le ventre de sa génitrice durant 9 mois. Il a pu ressentir les émotions, entendre, sentir ses parents et se développer au sein de cette atmosphère sécurisante. La présence de ses parents et l'odeur de leur peau, lui rappellera lors de moments difficiles de la vie, ce sentiment sécurisant et familial de la maternité.

Le rôle de parent démarre bien avant que l'enfant pointe le bout de son nez. Il faut évidemment durant la maternité que les parents soient à l'écoute du corps de la femme, des besoins de l'enfant. Le quotidien est à adapter, certaines activités sont à limiter, ainsi que la consommation de substances addictives (alcool, tabac), si toutefois elles étaient consommées. Il est nécessaire de préparer la naissance, de penser aux linges, couches, au mode d'alimentation (allaitement ou biberon), au matériel nécessaire et se préparer psychologiquement à l'arrivée d'un nouveau-né.

La naissance peut être mal préparée ou mal vécue, il arrive parfois que les parents et plus particulièrement la mère présentent un « Baby-Blues ».

Un baby-blues signifie: « *Un épisode de déprime, il survient en général 3 jours après l'accouchement. Il s'agit d'un "orage" hormonal, émotionnel et existentiel. Le baby-blues est lié à [...] la chute des progestatifs (hormones de la grossesse) et au bouleversement psychologique que la naissance engendre.* »<sup>19</sup>. Celui-ci est connu surtout pour la mère, mais il peut être présent également chez le père et se traduit de la même manière que chez la femme, par de la tristesse, fatigue, irritabilité, stress, baisse de l'appétit ou repli sur soi. Ces symptômes sont la conséquence du délaissement de la maman, qui n'a d'yeux que pour sa progéniture. Ce syndrome ne possède pas de traitement, mais disparaît sur une courte durée, après repos et soutien.

Il existe également une deuxième manifestation psychologique, s'intitulant « la dépression post-natale ou Post-partum », c'est une dépression modérée, pouvant durer dans le temps. Celle-ci est plus grave que le baby-blues et est une aggravation de celui-ci. Elle se manifeste par un rejet du bébé, un désarroi extrême, de la fatigue, une modification de l'humeur, mais aussi des hallucinations (auditives/visuelles/olfactives). Elle peut conduire dans certains cas à une hospitalisation immédiate en psychiatrie.

---

<sup>19</sup> Définition tiré du site « PasseportSanté »

Ces syndromes post-accouchement, une fois traités n'ont plus de conséquences négatives sur l'enfant, son éducation ou son développement.

Le rôle d'un parent, est d'élever et d'éduquer leurs enfants et de les préparer pour la vie adulte, tout en étant un bon modèle de comportement, en établissant des règles et en le protégeant.

Le scientifique A.JACQUARD a écrit que: « *L'objectif premier de l'éducation est évidemment de révéler à un petit homme sa qualité d'homme, de lui apprendre à participer à la construction de l'humanité et, pour cela, de l'inciter à devenir son propre créateur [...]* »<sup>20</sup>.

Le souhait de tout parents, est de protéger son enfant, son bien le plus précieux. De l'élever dans les meilleures conditions et avec les meilleures manières qui soient. Il existe plusieurs méthodes d'éducation, dont 3 qui se démarquent.

On distingue la méthode éducative Freinet, Montessori et Steiner-Waldorf. Celles-ci ont fait leurs preuves auprès de nombreuses familles et instituteurs, en utilisant une pédagogie adaptée aux enfants de bas âge.

Celle dite de Freinet, est basée sur l'expression libre, la confiance en soi et les apprentissages concrets. Les enfants sont encouragés à pratiquer la coopération grâce à un système de classes multi-niveaux et des travaux en petits groupes.

La méthode Montessori, est à mon point de vue la plus connue. Elle est centrée sur l'éducation sensorielle, par des expériences ludiques et pédagogiques. L'enseignant est alors accompagnant, l'enfant observe dans un premier temps, puis il développe lui-même ses compétences tout en étant accompagné par le professeur.

Enfin, la méthode Steiner-Waldorf, qui laisse une place importante aux travaux artistiques, manuels et aux expériences scientifiques dans toutes matières (français, mathématiques, histoire, géographie). Celle-ci se réalise en groupes réduits, pour une optimisation de l'apprentissage.

Ces différentes méthodes peuvent être suivies par les écoles, mais également par les parents à la maison. Il existe sur internet des explications poussées et du matériel adapté, permettant d'éveiller chaque sens (tour d'observation/d'apprentissage, hochets, balle de préhension, instruments adaptés).

---

<sup>20</sup> Albert Jacquard scientifique né en 1925, extrait tiré du livre « *L'héritage de la liberté* »

## Attachement et transfert

Chaque parent possède un lien fort avec son enfant, celui de la maternité ou de la paternité. Ce lien affectif qui s'installe entre le bébé et les parents, est appelé « l'attachement » et signifie: « *un sentiment d'affection, de sympathie ou de vif intérêt qui lie fortement à quelqu'un* ». <sup>21</sup>

Il se présente de différentes manières, par les signes, le réconfort et l'attention qu'on porte à l'enfant. Les parents lui apporte sécurité et confiance, par leur présence, l'enfant bien qu'il ne puisse pas parler, le ressent.

Comme nous l'avons développé dans la partie « II- L'enfant de 0 à 12ans - Le ressenti durant un acte invasif », l'enfant ressent énormément d'émotions dès son plus jeune âge et à une connexion particulière avec ses géniteurs. Il ressent les émotions de ses parents, positives ou négatives.

Je ne pouvais pas parler d'attachement, sans aborder le psychiatre et psychanalyste J.Bowlby<sup>22</sup>, connu pour ses travaux sur l'attachement et la relation mère-enfant. John Bowlby a réalisé une thèse s'intitulant « La théorie de l'attachement », où il aborde l'attachement de la mère et de l'enfant durant ses premières années de vie, son développement, la qualité des relations, sa psychopathologie et ses implications cliniques. Il dit que « *l'attachement du bébé à sa figure d'attachement a pour base un équipement comportemental constitué par un nombre déterminé de réponses instinctives qui l'orientent vers la figure d'attachement* ». Par réponses instinctives, il fait référence à l'action de succion, attraper, suivre, pleurer et sourire, apportant une contribution au développement de l'attachement.

Il développe lors de sa théorie que les relations d'attachement se développent par phases, à partir de relations non discriminantes, à l'organisation de l'attachement autour d'une personne dite préférée et à l'organisation comportementale autour d'une hiérarchie de figures d'attachement.

Explique également, qu'il n'existe pas d'âge précis permettant de consolider la relation figure d'attachement avec l'enfant.

Et enfin il aborde le sujet de peau à peau, sujet tenant à coeur aux parents. Il explique que ce n'est pas un prérequis pour l'attachement, au moment de la naissance. Mais précise, que ce moment marque le début de certains processus importants chez les

---

<sup>21</sup> Définition, tiré du dictionnaire en ligne « Larousse »

<sup>22</sup> John Bowlby, né en 1907, psychiatre et psychanalyste britannique

parents. C'est souvent à ce moment précis qu'ils prennent conscience de leur nouveau rôle, celui de parents.

Il est possible, parfois, que des parents le soient sans le désirer. Lors d'une grossesse accidentelle ou de déni, par exemple et ainsi ne créent pas de relation d'attachement avec leurs enfants, les abandonnent ou bien pire...

Mais il existe d'autres raisons, pour lesquelles il est difficile pour des parents de créer une relation d'attachement avec leurs enfants.

D'une part, pour les parents souffrant d'une dépression post-natale/post-partum, par exemple. Rappelons-le, pathologie que nous avons exposée dans la partie « III- Les parents - Le rôle de parent avec notion de parentalité », avec un des symptômes: le rejet de l'enfant. Et donc une difficulté, voir incapacité de théoriser la relation d'attachement.

D'autre part, pour les géniteurs ayant eu, eux-mêmes lors de l'enfance, des histoires difficiles. D'autant plus que la naissance d'un enfant est connue pour réactiver l'infantile chez les parents.

Ils peuvent reproduire malgré eux, le schéma et ainsi avoir du mal à répondre à leurs enfants de manière prévisible et attentionnée, peuvent avoir des difficultés à établir un lien de confiance solide.

Comme l'expose la thérapeute<sup>23</sup>, spécialisée dans l'accompagnement des victimes de violences psychologiques, Anne-Laure Buffet, dans son ouvrage « Les mères qui blessent : Se libérer de leur emprise pour renaître ». Elle estime que de nombreux adultes victimes d'un parent maltraitant pensent avoir pu s'en libérer. Pourtant, en présence du parent maltraitant, il est très fréquent que les réflexes infantiles prennent le dessus.

En effet, il est exposé dans la revue « Syndrome de Münchhausen par procuration (SMPP) ou la symbolisation transgénérationnelle par procuration (STPP) » écrite par Gérard Decherf<sup>24</sup>, que « *Pour devenir parent, il faut avoir pu bénéficier de soins favorables de la part de l'environnement maternel et familial pour que nos angoisses d'enfant soient réduites et pour que nous puissions les gérer ensuite nous-mêmes sans recourir de façon exagérée à des tiers* ». Cela peut être un argument afin de valider notre supposition du dessus, à savoir que les parents peuvent reproduire l'enfance qu'ils ont vécu ou subi.

---

<sup>23</sup> Anne-Laure Buffet auteure, psychopraticienne et thérapeute en thérapie cognitive et comportementale (TCC)

<sup>24</sup> Gérard Decherf psychanalyste spécialiste des groupes et famille

Cela peut avoir des répercussions sur le comportement social et psychologique de leurs enfants. Mais ce n'est pas systématique, l'éducation ou l'enfance difficile qu'un parent a pu avoir, n'a pas obligatoirement de répercussion sur celle de son propre enfant.

Tout comportement néfaste pour les parents, l'est aussi pour l'enfant, durant la grossesse ou ses premières années. Le stress, la tristesse ou les disputes de couple par exemple, sont des sentiments ressentis et négatifs au développement psychologique du bébé. C'est ce qu'on appelle un transfert.

Dans la revue française psychanalytique, « Transfert et contre-transfert dans la psychanalyse des enfants » de Tonia Cancrini<sup>25</sup>. L'auteure, T. Cancrini, expose son travail sur le transfert et le contre-transfert: « *Avec les enfants, c'est dans le transfert et dans le contre-transfert que se vivent les problèmes les plus importants, parce que c'est là [...], que s'expriment la vie émotionnelle la plus profonde, l'affectivité la plus précoce et les conflits les plus primitifs. [...]* ».

Il existe une pathologie, dite comme transfert, s'intitulant le syndrome de Münchhausen par procuration (SMPP), « *il s'agit d'un trouble factice par lequel une personne, généralement la mère, provoque ou simule chez l'enfant une pathologie organique [...]* »<sup>26</sup>. Ce syndrome est complexe, notamment pour être décelé, les parents tentent d'utiliser leur corps ou celui de leur propre enfant pour exprimer leur souffrance passée. Ils ont des difficultés à mettre des mots ou images sur la violence qu'ils ont reçue, mais ont besoin d'exprimer, pour maintenir un lien inconscient avec leur propre parent.

Il est nécessaire et urgent pour l'enfant que ces pathologies, soient repérées, afin d'éviter les examens et traitements inutiles chez lui, pouvant être dangereux, ainsi que le retard de la vie émotionnelle et affective.

---

<sup>25</sup> Tonia CANCRINI, auteure et psychanalyste, revue disponible sur le site internet le cairn

<sup>26</sup> Définition proposée par Philippe Mazet, médecin pédiatre, psychiatre et auteur

## Le ressenti durant un acte invasif

Lors de la réalisation d'un soin, qu'il soit invasif ou non. Nous, soignants, ou futurs soignants, devons prendre en considération le souhait de chaque personne. Demander à l'enfant et aux parents, s'ils souhaitent être présents. L'enfant est libre de refuser la présence de ses parents. Comme le traduit la circulaire du 23 novembre 1998<sup>27</sup>, à savoir: « *l'hospitalisation d'un enfant, quel qu'en soit le motif médical, est une source d'angoisse pour lui-même et pour sa famille. Il est particulièrement important de limiter cette angoisse et de lui éviter en outre une séparation injustifiée de son entourage immédiat.* »

Les parents sont, eux aussi libres de refuser d'assister au soin, comme l'expose la circulaire du 28 octobre 2004 de SROS<sup>28</sup>: « *La place des parents, leur information, leur présence auprès de leur enfant, leur participation active aux soins sont reconnues et assurées au sein de l'établissement de santé, quel que soient le moment et le lieu.* »

En effet, certaines expériences antérieures, peuvent avoir eu un effet traumatique chez les parents et ainsi empêcher à l'individu toute présence à des soins. Comme nous avons pu en parler dans la partie « II- L'enfant de 0 à 12ans - Le ressenti durant un acte invasif ».

Nous n'allons pas répondre de façon directe à la question, fondatrice de ce Travail de Fin d'Étude, dans cette partie. Mais il est bien notifié dans la législation que la présence des parents est autorisée, ainsi que la participation aux soins. Il est même précisé dans la circulaire du SROS, que « *la place des [...] parents est reconnue; leur existence est rendue lisible aux équipes et aux familles, leur présence est facilitée et organisée au sein des établissements.* » Mais il est nécessaire de préciser que les soignants, si la situation est jugée traumatisante, ou la présence d'une personne externe comme les parents, peut être dangereuse pour la personne soignée, sont libres d'en faire part aux familles et au cadre du service, qui prendra la décision.

L'hospitalisation peut être une épreuve difficile et lourde pour l'enfant, les parents mais aussi la famille.

Entre anxiété, angoisse, peur et parfois culpabilité, la charge mentale des parents ou accompagnateurs est lourde, sans compter sur le sentiment d'impuissance qui s'installe, quand on parle de douleur ou de soins désagréables.

---

<sup>27</sup> Circulaire du 23 novembre 1998: relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie

<sup>28</sup> La circulaire du 28 octobre 2004: relative à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de l'enfant et de l'adolescent

Pour la plupart des parents, ils cherchent à être bienveillants, rassurants et veulent soulager la douleur de leur enfant. Mais eux-mêmes ne savent pas forcément ce qui se passe, ou comment faire.

Nous, soignants, nous sommes présent pour nous occuper du patient, mais pas seulement. Tout au long de notre formation infirmier, nous suivons des cours sur le relationnel, afin de savoir prendre en charge le patient dans sa globalité, avec ses accompagnateurs et la gestion de crise éventuelle, qu'il peut y avoir dans les situations d'urgences.

Le personnel soignant doit préalablement au soin, demander aux parents, si l'un d'eux désire être présent, la présence des parents est encouragée, peu importe l'âge de l'enfant.

Le soignant doit informer l'enfant et ses parents du déroulement du soin, anticiper la douleur et préparer le nécessaire, prévoir avec les parents les moyens de distraction nécessaire et adaptés. Il doit également prendre le temps d'entrer en relation avec l'enfant soigné, relation de confiance et d'écoute. Et enfin expliquer aux parents qui le souhaitent comment s'installer, où et quoi faire durant le soin, afin de se rendre utile à l'enfant.

Donc les parents peuvent être présents durant le soin, puisque cela est autorisé par la législation, mais ils doivent respecter les règles exposées et imposées par le soignant. À savoir s'installer en tenant compte des contraintes soignantes, comme l'asepsie, la sécurité et l'espace. Ne pas gêner les soignants dans la prise en charge, ne pas communiquer de sentiments négatifs à l'enfant, comme du stress, de l'appréhension ou de la peur.

Mais les parents ne savent pas toujours spontanément ce qu'ils peuvent faire pour aider leur enfant au mieux. Les soignants sont présents pour les guider et répondre à leurs interrogations. Ils peuvent leur expliquer comment s'installer, leur donner un rôle, comment rassurer, distraire ou aider à comprendre les besoins de l'enfant et peuvent également les conseiller sur les mots à employer et les attitudes à avoir durant le soin.

Il existe également des outils permettant aux parents d'informer leur enfant sur le séjour à l'hôpital, de le distraire ou de lui faire connaître l'univers hospitalier à travers des jeux. Sur le site de « l'association Sparadrap », dans l'onglet « enfant ».

Mais aussi pour informer les parents, dans l'onglet « parents - aider mon enfant lors des soins »<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> Sur le site de l'association « Sparadrap »

Enfin, certains parents, comme dit précédemment ne souhaitent pas être présents lors du soin et ils sont libres de leurs choix, aucun jugement ne doit être ressenti.

Il peut être difficile de prendre cette décision. En effet, « *Le fait de déléguer momentanément une partie de vos responsabilités parentales à des professionnels de santé n'est pas toujours facile. Mais dans tous les cas, vous avez un rôle important à jouer et ce sont vos efforts, conjugués à ceux des soignants, qui aideront votre enfant.* »<sup>30</sup>.

Les soignants sont présents lors des soins prodigués à votre enfant et savent être bienveillants et rassurants.

Nous allons maintenant parler de cette personne formée, pour soigner l'être le plus cher au coeur de ses parents.

---

<sup>30</sup> Tiré du site: « Association sparadrap », « Comment aider mon enfant lors d'un soin »

## **IV- La relation triangulaire enfant/parent/soignant**

### **Le rôle du soignant**

L'infirmier est une « *personne habilitée à assurer la surveillance des malades et à les soigner sur prescription médicale* »<sup>31</sup>.

En effet, l'infirmier effectue des soins, sous prescriptions médicales. Comme il est écrit dans le code de la santé publique Article R. 4311-7: « *L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, [...] préalablement établi, daté et signé par un médecin.* »

Il travaille en collaboration avec le personnel soignant. Son travail est complémentaire de celui du cadre de service, des aides-soignants, des ASH ou des médecins. « *Il exerce leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.* »<sup>32</sup>

Au niveau législation, les infirmiers sont tenus de respecter le décret du 29 juillet 2004 du code de la santé publique qui définit l'ensemble des soins infirmiers. Ce texte réunit à la fois le décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles et l'ancien décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels.

Ils disposent d'un code de déontologie propre publié au journal officiel le 27 novembre 2016, exposant les droits et devoirs des professionnels.

Le rôle de l'infirmier est d'analyser, organiser et réaliser des soins infirmiers, ainsi que leurs évaluations. Il doit participer à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Et enfin, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel<sup>33</sup>.

Le rôle infirmier, selon l'OMS<sup>34</sup>, se définit comme « *le maintien, la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Les soins curatifs et de réadaptation. Concernent les aspects*

---

<sup>31</sup> Définition tiré du dictionnaire en ligne « Larousse »

<sup>32</sup> Tiré du code de la santé publique

<sup>33</sup> Le secret professionnel est l'obligation imposant à des professionnels de ne pas dévoiler les confidences recueillies pendant l'exercice de leur profession.

<sup>34</sup> (Organisation Mondiale de la Santé)

*physiques, mentaux et sociaux de la vie. Participation active de l'individu, de sa famille. Partenariat avec les membres des autres professions »<sup>35</sup>.*

Le rôle de l'infirmier, se divise en deux parties:

- Le rôle propre: lié à la fonction d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.
- Le rôle médico-délégué: chargé de la mise en application des prescriptions médicales et de la surveillance des effets secondaires ou complications qui pourraient en découler. Ce n'est pas un rôle d'exécutant, l'infirmier doit en permanence faire le lien entre ses connaissances et les ordonnances faites par les médecins, afin de savoir repérer les erreurs éventuelles.

L'infirmier doit dans certaines situations prendre des décisions et diriger les équipes, par exemple, dans une situation d'urgence. En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence. En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer et dirige la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état. L'article R.4311-14 du CSP<sup>36</sup>, énonce « *qu'en l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité à agir en cas de situation d'urgence* », dans le respect de ses compétences.

Je ne peux terminer cette partie, sans parler de la profession spécialisée de l'enfant dès la naissance et de l'adolescent: l'infirmière ou infirmier puéricultrice. Elle a bénéficié d'une formation de 12 mois. Elle exerce des activités de soins et d'éducation dans les établissements de santé accueillant des enfants de la naissance à l'adolescence, dans les établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans et dans les services de protection et de promotion de la santé de l'enfant et de la famille.

Cette profession spécialisée, permet de travailler en milieu intra ou extra hospitalier.

Pour conclure cette partie, les activités infirmières sont bien codifiées, les actes autorisés et compétences sont-eux aussi, bien délimités. Et le décret de compétence de 1994 sert de référence en cas de mise en cause de la responsabilité d'un infirmier.

---

<sup>35</sup> *Rôle et soins infirmiers, selon l'OMS*

<sup>36</sup> *Tiré du code de la santé public*

## **La relation triangulaire**

En service de pédiatrie, maternité, ou tout service hospitalier, accueillant des enfants et/ou adolescents, accueillir le patient implique d'y accueillir ses parents. Dans ce contexte, la relation soignant-soigné, devient une relation triangulaire soignant-soigné-enfant. Une triade<sup>37</sup> dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation, les uns avec les autres.

Les soignants doivent comprendre le sens de cette triade et en intégrer l'intérêt, afin de parvenir à un accueil de qualité. Ils ont donc besoin de connaître les besoins de l'enfant et de ses parents.

Cette relation est nécessaire, une relation de confiance, de compréhension, de soutien et de ré-assurance. Mais il est important, surtout dans les services accueillant un public jeune, de garder la bonne distance.

En effet, il est difficile de ne pas rentrer dans la sphère intime, du patient et de ses parents. Il est pourtant nécessaire de faire la distinction entre les différentes distances. Effectivement, il existe différents types de distance.

La distance publique, c'est par exemple un orateur vis-à-vis d'un public, la distance sociale: c'est la rencontre au détour d'une consultation.

La distance personnelle, deux interlocuteurs peuvent se toucher, elle nécessite un minimum de confiance.

Et enfin la distance/sphère intime, le contact est le plus proche, on peut percevoir la respiration de l'autre, c'est celle de la sexualité, la sphère intime, cette distance est celle du soin, à travers le toucher ou l'effleurage.

Nous parlions précédemment, du lien, d'une relation nécessaire à la construction d'un soin. Il en existe également plusieurs.

La première, est la relation sociale, celle qui est en lien avec la distance publique, par exemple, une rencontre dans la rue.

Ensuite, c'est la relation de maternage, celle qui s'établit entre une mère et son enfant.

Puis, la relation éducative, celle entre un enseignant et un élève, par exemple.

Enfin, la relation professionnelle, celle que l'on développe dans le cadre de son travail avec les collègues, les usagers des services que l'on propose. Elle se nomme également relation soignant-soigné, celle qui concerne notre Travail de Fin d'Etudes.

---

<sup>37</sup> « Groupe de trois personnes ou choses étroitement associées » définition tiré du dictionnaire en ligne « Larousse »

Chaque type de relation impose donc une certaine proxémie<sup>38</sup> entre les interlocuteurs, elle peut être physique ou affective, nous les avons vus au-dessus.

La juste distance peut être délicate à trouver, le soignant entre dans la sphère intime du patient lors des soins, avec toutes les émotions que cela peut générer.

Pour trouver la bonne distance, il est nécessaire d'adapter son attitude, aux différentes situations rencontrées. La relation soignant-soigné dépend de nombreux facteurs, par exemple des sensibilités, du vécu, ou des limites des deux personnes, ainsi que du contexte des soins.

Enfin, les soignants, afin d'établir une relation de confiance, doivent respecter la dignité et l'intimité du patient, faire preuve d'empathie, de gestes et de paroles appropriés, réconfortants et sécurisants. C'est sur une base de respect mutuel que se construira la relation de confiance, qu'il est nécessaire de préserver et d'entretenir.

La relation triangulaire est d'autant plus complexe, que celle entre 2 personnes.

D'une part, parce qu'elle inclut une personne en plus, et non des moindres. La troisième personne de la triade est une personne de bas âge. Avec un développement bien différent des adultes, comme cela l'a été démontré dans la première partie de ce Travail de Fin d'Etudes.

D'autre part, parce que dans cette triade, il y a un duo<sup>39</sup>, le(s) parent(s) et l'enfant. Ils bénéficient déjà d'un lien, d'une relation particulière, que nous avons pu aborder précédemment, dans ce travail. Il est donc difficile pour le soignant, de s'inclure dans celle-ci.

Enfin, cette relation, impose une prise en charge double pour le soignant. C'est le sujet de notre dernière partie de ce Travail de Fin d'Etudes.

---

<sup>38</sup> « *Étude de l'utilisation de l'espace par les êtres animés dans leurs relations, et des significations qui s'en dégagent.* ». Définition, tiré du dictionnaire en ligne « Larousse »

<sup>39</sup> « *Ensemble de deux êtres étroitement liés* » Définition tirée du dictionnaire en ligne « Larousse »

## **Prise en charge double**

Cette partie constitue la dernière de ce travail de fin d'études. Elle représente le rôle de l'infirmier dans la prise en charge de l'enfant mais également de ses accompagnateurs, dans la plupart des cas, les parents.

Comme nous avons pu le voir dans les parties précédentes, les enfants bénéficient d'un lien particulier avec leurs parents, ce qui leur permet d'aider les soignants lors des soins, notamment invasifs ou stériles.

Nous avons pu voir dans la partie « III- Les parents - Le ressenti durant un acte invasif », à quel point le parent pouvait lui aussi, être submergé par les émotions.

Entre anxiété, inquiétude, stress, il est possible que les parents perdent le contrôle de leurs sentiments, étant la plupart du temps au chevet de son enfant lors de la totalité de l'hospitalisation. Et dans ces moments, où la patience et la concentration font partie intégrante du soin, les soignants sont parfois contraints d'arrêter le soin et prendre en charge les parents, pour divers motifs, malaise, pleurs, trouble de panique<sup>40</sup> ou peur.

Ensuite, lors de chaque contact, le soignant doit être attentif au comportement verbal et non verbal (paroles, regards, mimiques, gestes) du patient et de ses parents. Afin de remarquer tout changement de comportement, dû à une douleur par exemple, ou parole de l'enfant qu'il n'oserait pas confier aux soignants.

De plus, comme nous avons pu le démontrer lors de ce travail, les parents sont conviés aux soins et peuvent participer, or ils ne sont pas formés. Les soignants sont donc contraints d'expliquer et orienter les parents.

Ensuite, lors de chaque passage en chambre, le soignant doit expliquer aux parents, puis à l'enfant avec un langage adapté. Il doit également rassurer l'enfant, mais aussi le parent. Tout travail est double.

Enfin, l'infirmier doit savoir créer une relation thérapeutique avec ces deux personnes, notamment l'enfant, sans pour autant prendre la place des parents.

Un enfant hospitalisé n'est pas un patient comme les autres, il nécessite une prise en charge et des connaissances particulières et supplémentaires. Pour que cela soit possible, il faut que les équipes médicales, soient formées spécifiquement, infirmière

---

<sup>40</sup> Une attaque de panique ou crise d'angoisse aiguë, « est un épisode de peur soudaine et intense, bien délimité dans le temps. » Selon la caisse d'assurance maladie « Amélie »

puéricultrice ou auxiliaire puéricultrice par exemple. Ces formations nécessitent comme exposées précédemment, une spécialisation, une formation double, pour une prise en charge double.

Mais, selon un rapport du Syndicat National des Professionnels Infirmiers (SNPI), il y a un manque de formation pour ces professionnels, surtout quand le jeune patient n'est pas pris en charge dans un service de pédiatrie.

Pour terminer cette partie, les parents sont en général, au chevet de leur enfant pour toute la durée de l'hospitalisation, engendrant une prise en charge double, du fait du lien qui les unit.

## Hypothèses

« L'intégration des parents lors des soins, diminue l'anxiété/l'angoisse des enfants et celle des parents et favorise le lien de confiance. »

« L'intégration des parents lors des soins, atténue l'aspect, le phénomène de douleur. »

## **V- Enquête**

### **Présentation de l'enquête**

Au regard de ce qui a été abordé précédemment dans le cadre conceptuel, je réalise une enquête.

Dans le but de confronter mes recherches à la réalité, j'ai réalisé des questionnaires pour recueillir des données et évaluer la pertinence de ma question de départ.

Pour cela, j'ai choisi de réaliser 2 questionnaires. Le premier à destination du personnel soignant de pédiatrie, réanimation néonatale ou urgences pédiatriques. Et le second à destination de parents, ayant un ou plusieurs enfants de 0 à 12 ans.

J'ai choisi ces 2 populations à interroger, afin d'avoir les points de vue de chaque acteur de mon travail de fin d'études.

Je trouve cela très intéressant d'interroger et de confronter les différentes réponses en fonction du point de vue intérieur (le professionnel) et extérieur (le parent).

Mes questionnaires se composent de 11 et 12 questions, celles-ci s'axent principalement sur la relation de confiance soignant-soigné-parents et les conséquences de la présence du parent durant l'hospitalisation et les soins.

Chaque question représente un objectif, comme présenté ci-dessous. Nous permettant ainsi de répondre au mieux aux hypothèses et question de départ.

<b>Questionnaire professionnels:</b>		
	<b>Questions</b>	<b>Objectifs</b>
1	Dans quel service travaillez-vous?	Permet de connaître dans quel type de service et quel âge ont les enfants hospitalisés dans ce service.
2	Quel diplôme avez-vous? (Infirmier diplôme d'état, aide-soignant, infirmière puéricultrice, auxiliaire puéricultrice, cadre de service). Et depuis combien de temps?	Permet de connaître la profession du personnel interrogé, ainsi de se représenter les soins qu'ils font. Egalement de savoir et déterminer leur expérience.
3	Dans votre service, les parents sont-ils autorisés à rester auprès de leur enfant durant l'hospitalisation?	Permet de connaître si le service respecte la législation ou non. Et la connaissance du soignant sur ce droit. Législation autorisant les parents à être présent, rappelons-le.
4	Les parents (au moins un) sont-ils en majorité présents lors de la totalité de l'hospitalisation de leur enfant? (Jour et nuit) Pouvez-vous donner un pourcentage moyen?	Permet de connaître approximativement si les parents restent lors de l'hospitalisation, auprès de leur enfant ou non. Représentation du nombre de parents présents.
5	Préalablement aux soins, proposez-vous systématiquement aux parents d'être présent?	Permet de savoir, si la majorité du personnel pense à proposer aux parents, s'ils désirent rester lors des soins.
6	Si oui à la question précédente, donnez-vous des rôles et/ou missions durant le soin aux parents?	Permet de préciser la question précédente, en sachant si les professionnels donne des actions ou non aux parents. Afin de se sentir « aidant ».
7	Selon vous, la présence des parents (au moins un) durant un soin, a-t-elle une conséquence positive sur celui-ci? Quelle conséquence et pourquoi?	Permet de connaître le point de vu et la représentation du professionnel sur la présence des parents.

8	Selon vous, la présence des parents durant un soin, a-t-elle un effet positif ou négatif sur l'anxiété et l'angoisse des parents et des enfants? Si oui, quel effet?	Permet de connaître le point de vue et la représentation du professionnel sur la présence des parents.
9	Selon vous, la présence des parents durant l'hospitalisation, peut-elle favoriser la relation de confiance?	Permet de connaître le point de vue du professionnel sur la présence des parents, ainsi que la relation de confiance.
10	Selon vous, la présence des parents durant l'hospitalisation, peut-elle atténuer le phénomène de douleur chez l'enfant?	Permet de savoir si le phénomène de douleur peut être modifié par la présence des parents ou non.
11	Avez-vous des observations ou précisions à donner?	

<b>Questionnaire parents</b>		
	<b>Questions</b>	<b>Objectifs</b>
1	Quel âge avez-vous? (Moins de 18ans, entre 18 et 25 ans, entre 25 et 40, plus de 40 ans)	Permet de situer la tranche d'âge des parents. En fonction de celle-ci, les réponses suivantes peut varier, en fonction de leur éducation, activités extérieures au travail ou expérience.
2	Quel est votre profession?	Les parents sont-ils dans le domaine médical, ou ont-ils des connaissances dans les lois. Et ainsi un « avantage » sur les réponses de certaines questions.
3	Combien avez-vous d'enfant, quel est leur âge?	Permet de situer l'âge moyen des enfants. Ainsi que le nombre. Plus il sont nombreux, moins les parents peuvent dégager du temps pour des hospitalisations longues, par exemple.
4	Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'une hospitalisation? En dehors de l'accouchement, la maternité.	Est-ce que les parents ont l'expérience d'un séjour à l'hôpital pour leur enfant, ou non.
5	Si oui à la question précédente, dans quel service?	Précision de la question précédente, indice sur le motif et la gravité de l'hospitalisation, ainsi que de la durée.
6	Selon vous, votre présence, durant un soin à l'hôpital, est-elle autorisée?	Ont-ils connaissance de la législation et de leurs droits.
7	Selon vous, durant un soin, votre présence peut-elle aider les soignants? En ayant un rôle ou missions.	Ont-ils connaissance de leur potentiel d'aide, durant un soin.
8	Selon vous, votre présence durant un soin, a-t-elle une conséquence positive sur celui-ci? Quelle conséquence et pourquoi?	Permet de connaître de quelle manière se représentent-ils lors d'un soin.
9	Selon vous, votre présence durant un soin, a-t-elle un effet positif ou négatif sur votre anxiété et angoisse et celles de vos/votre enfant(s)? Si oui, quel effet?	Mise en situation, permet de savoir de quelle manière se représentent-ils lors d'un soin, vis-à-vis de leur enfant(s).

10	Selon vous, votre présence durant la totalité de l'hospitalisation, peut-elle favoriser la relation de confiance entre le soignant et vous et le soignant et vos/votre enfant(s)?	Permet de connaître de quelle manière se représentent-ils dans la relation soignant-soigné.
11	Selon vous, votre présence durant l'hospitalisation, peut-elle atténuer le phénomène de douleur de votre enfant? Et pourquoi?	Permet de connaître si la présence des parents peut elle modifier le phénomène de douleur et comment.
12	Avez-vous des observations ou précisions à donner?	

## Analyses des questionnaires

Suite aux retours de mes questionnaires, j'ai effectué deux tableaux (ci-dessous) reprenant les questions, avec le nombre de réponses « positives » et « négatives » à celles-ci.

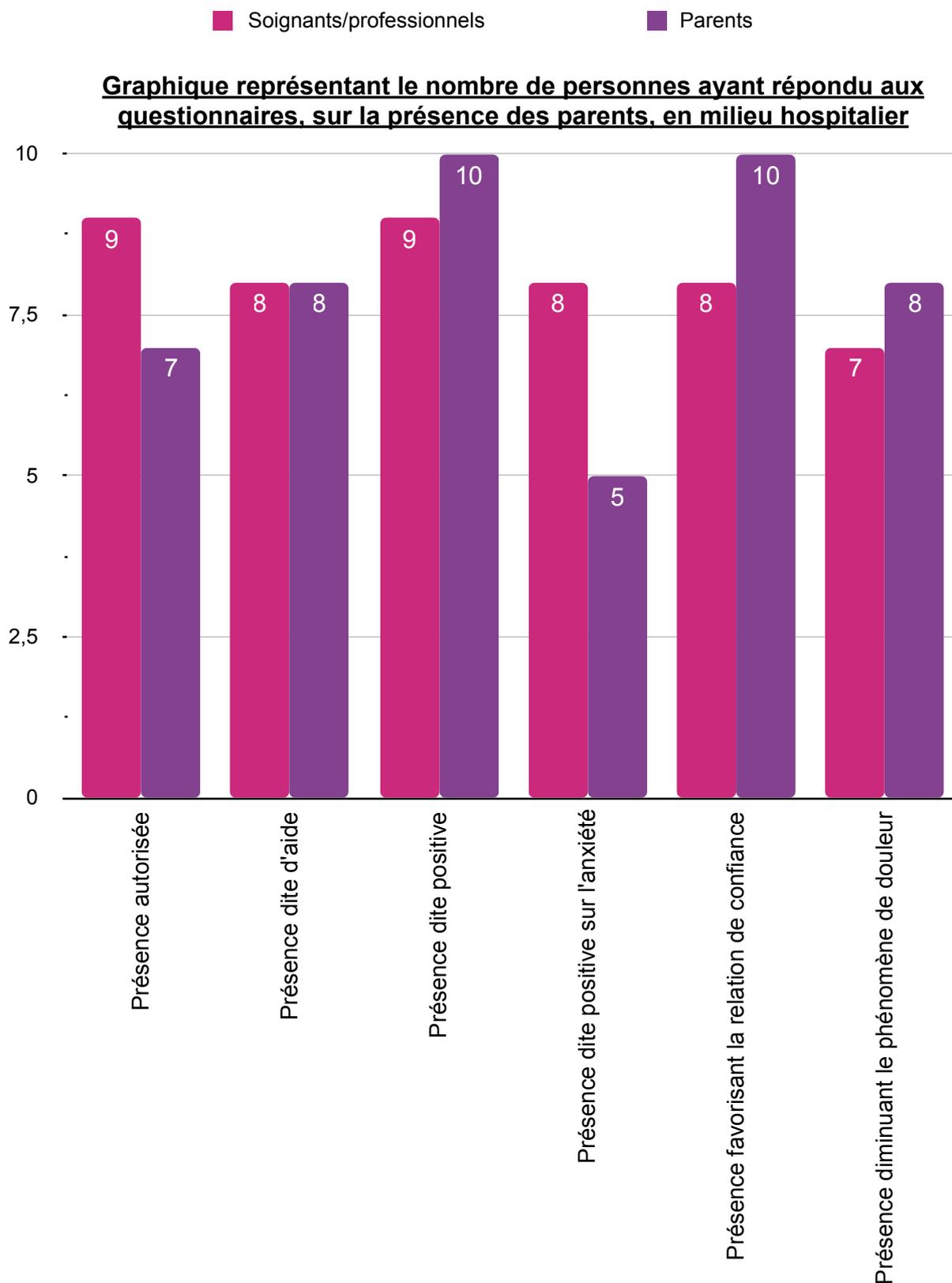
### **Rapport questionnaire professionnels**

	Réponse positive	Réponse négative	/10
Professionnels travaillant dans le domaine de la puériculture	10		<b>10/10</b>
Professionnels ayant le diplôme depuis plus de 5 ans	5	5	<b>5/10</b>
Le service autorise les parents	9	1	<b>9/10</b>
Parents présents lors de la totalité de l'hospitalisation au moins 50%	6	4	<b>6/10</b>
Le professionnel propose aux parents d'être présent	9	1	<b>9/10</b>
Le professionnel donne rôle/missions aux parents lors du soin.	8	2	<b>8/10</b>
Le professionnel pense que la présence des parents a une conséquence positive sur le soin	9	1	<b>9/10</b>
Le professionnel pense que la présence des parents a un effet positif sur l'anxiété et l'angoisse de l'enfant	8	2	<b>8/10</b>
Le professionnel pense que la présence des parents favorise la relation de confiance	8	2	<b>8/10</b>
Le professionnel pense que la présence des parents diminue le phénomène de douleur chez l'enfant	7	3	<b>7/10</b>

### **Rapport questionnaire parents**

	<b>Réponse positive</b>	<b>Réponse négative</b>	<b>/11</b>
Les parents se situent dans la tranche d'âge 25-40 ans	8	3	<b>8/11</b>
Profession en dehors du milieu médical ou de la justice	7	4	<b>7/11</b>
Les parents ont 1 unique enfant De moins de 12ans	3	8	<b>3/11</b>
L'enfant a déjà bénéficié d'hospitalisation	10	1	<b>10/11</b>
L'enfant a été hospitalisé dans un service de puériculture	7	4	<b>7/11</b>
Les parents pensent que leur présence à l'hôpital est autorisée	7	4	<b>7/11</b>
Les parents pensent que leur présence peut aider les soignants	8	3	<b>8/11</b>
Les parents pensent que leur présence a une effet positif sur le soin	10	1	<b>10/11</b>
Les parents pensent que leur présence a une effet positif l'anxiété de l'enfant	5	6	<b>5/11</b>
Les parents pensent que leur présence favorise la relation de confiance	10	1	<b>10/11</b>
Les parents pensent que leur présence, diminue le phénomène de douleur de l'enfant	8	3	<b>8/11</b>

J'ai choisi de réaliser un graphique afin de représenter au mieux les résultats obtenus aux questionnaires. Il représente les réponses des soignants et des parents recueillis, il traite principalement des éléments essentiels au sujet de ce Travail de Fin d'Études. À savoir les conséquences de la présence des parents lors de l'hospitalisation d'un enfant.



Lors de mon rapport d'enquête, j'ai constaté quelques incohérences dans les réponses que j'obtenais. Et je souhaite en expliquer les raisons.

Lors de cette analyse, je vais faire référence au graphique ci-dessus. En mélangeant les réponses des professionnels et des parents, et en expliquant au mieux, le choix de leurs réponses, en fonction des réponses aux autres questions non spécifiques données.

D'une part, j'ai relevé le fait qu'une personne sur un échantillon de 10 professionnels, donc un service sur 10, n'autorise pas la présence des parents, alors que cela stipule dans la législation. Après analyse du questionnaire, je me suis aperçue que ce service était de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. En effet nous n'avons pas eu l'occasion à travers de ce TFE, mais dans ce service spécifique, qui accueille des enfants pendant un séjour, les parents ne sont pas conviés. Permettant ainsi, un travail sur l'enfant, sur la pathologie ou la raison pour laquelle il est hospitalisé dans ce service.

Concernant les parents, le nombre de réponses négatives, à savoir 4, ce nombre peut être expliqué par le fait que les parents ne travaillent ni dans le domaine médical ou de la justice. Et ainsi n'ont pas accès aux lois et ne le savent peut-être pas.

Ensuite, concernant la question, sur la présence des parents qui peut être vue comme une « aide », 2 professionnels, ainsi que 2 parents, ont répondu négativement. Et ont justifié ce choix en rejoignant la question sur la conséquence de la présence sur l'anxiété de l'enfant et du parent. Selon leurs mots, l'enfant peut être dit « d'éponge » et ainsi absorber toutes les émotions et sentiments, qu'ils soient positifs ou négatifs. En effet, nous avons pu voir dans ce TFE, lors de la partie de l'enfant (I) que cette affirmation pouvait être vraie.

Concernant la question sur « la présence dite positive », les professionnels et parents, ayant répondu négativement, expliquent que l'enfant du fait de son âge plus avancé (+ de 7 ans), comprend que le parent le protège. Et ainsi les enfants amplifient, selon leur dire, leurs réactifs et pleurs et sont moins attentifs aux questions posées par les soignants. Et ainsi complique le travail et le soin sur l'enfant.

Ensuite, pour la question sur l'anxiété, deux explications semblables justifient les réponses négatives. D'une part, que l'enfant peut être dit comme « éponge », comme dit précédemment. Il absorbe toutes émotions et sentiments ressentis, souvent du parent. Donc effet négatif sur l'angoisse et l'anxiété de l'enfant. D'autre part, l'anxiété et l'angoisse du parent peuvent être transmises à l'enfant. Les réponses se croisent donc, d'un point de vue soignant et parents. Une partie importante, plus de la moyenne des

parents ont pensé que leur présence avait un effet négatif sur leur anxiété et leur angoisse, ainsi que celle de leur enfant. Cette donnée n'est pas à exclure.

Concernant la question sur la relation de confiance, les réponses négatives sont justifiées par le fait que l'enfant est trop occupé par les parents qui sont présents, concernant la relation de confiance soignant-soigné. Et concernant la relation de confiance soignant-parents, selon les réponses données, les parents seraient « procéduriers » et non conciliants et ainsi compliqueraient la relation de confiance.

Et enfin, concernant la dernière question sur la conséquence de la présence des parents sur le phénomène de douleur. Les avis paraissent mitigés de côté extérieur, comme intérieur. Et ils le justifient par le fait que le phénomène d'apaisement est présent, mais pas d'atténuation de la douleur physique. Ils pensent ainsi que la douleur seulement psychique peut être soulagée.

## Synthese

Au vu des réponses apportées par les questionnaires, je pense que ce qui s'en dégage, confirme les hypothèses suivantes:

« L'intégration des parents lors des soins, diminue l'anxiété/l'angoisse des enfants et celle des parents et favorise le lien de confiance. » et « L'intégration des parents lors des soins, atténue l'aspect, le phénomène de douleur. ».

En effet, si on prend individuellement chaque hypothèse, on peut remarquer que la majorité des réponses, vont en faveur de celles-ci.

À savoir, 8 soignants sur 10, pensent que l'intégration des parents réduit l'anxiété et l'angoisse des enfants et celle des parents.

Alors que seulement 5 parents sur 11 interrogés, le pensent. Ce nombre moyen est en accord avec ce que nous avons pu expliquer précédemment, dans l'analyse d'enquête notamment, mais également dans le cadre conceptuel. Effectivement, la relation parent-enfant, que nous avons développée, montre la réciprocité des sentiments du parent et de son enfant, sur le schéma de l'enfant « éponge ». Avec sa capacité à absorber toutes émotions, bonnes ou mauvaises.

Je choisis donc de valider à moitié cette hypothèse. Je dirai que l'intégration des parents lors des soins, diminue leur anxiété/angoisse.

Et pourrait également diminuer celle de leur enfant, mais cela est propre à chaque individu, en fonction de l'éducation, du développement et du caractère, par exemple.

Ensuite, 8 soignants sur 10 et 10 parents sur 11, pensent, que cela favorise le lien de confiance. Les nombres parlent d'eux mêmes, mais cela peut être confirmé d'autant plus, avec un échantillon plus important.

Enfin, 7 professionnels sur 10 et 8 parents sur 11, pensent que l'intégration des parents lors des soins, atténue le phénomène de douleur. Mais cela pourrait être poursuivi et confirmé, lors d'un travail plus centré sur ce phénomène de douleur, encore bien peu exploré et connu.

Et ainsi porter vers une ouverture, sur un autre sujet, une suite à ce travail.

### **Les critiques du mémoire:**

Grâce à ce travail de recherche mené depuis le début de ma troisième année, j'ai développé une réflexion et des connaissances supplémentaires sur la prise en charge de l'enfant et des parents. Qui m'ont nettement aidé lors de la prise en charge de cette population dans le cadre de mes stages effectués durant cette année.

Mais lors de mes recherches et lectures, qui m'ont permis d'enrichir ce travail, je me suis souvent contenue. En effet, le sujet me tient forcément à coeur et j'aimerais et je pourrai en parler pendant des heures. Certaines recherches que j'ai pu faire et que je trouvais très intéressante, ne rentrer dans aucune de mes parties. Et j'ai dû à plusieurs reprises, les garder pour moi et ne pas les inclure à ce travail.

Ce mémoire m'a été très enrichissant du début à la fin, mais je reste avec des pistes non exploitées et un sentiment d'inachevé.

Les axes de développement sont nombreux sur ce sujet.

Et c'est pour cela, que si l'écriture d'une suite était possible, je me ferais une joie de la faire!

## Conclusion

Pour conclure, ce travail a été très enrichissant pour moi. Il m'a permis d'acquérir de nombreux savoirs sur la prise en charge de l'enfant, mais également des parents. J'ai approfondi mes connaissances sur le développement de l'enfant, sur la dynamique familiale et sur le vécu de l'hospitalisation par ces derniers.

Dans un contexte de soin sur un enfant, la réalisation d'un geste invasif peut s'avérer compliquée, l'infirmière doit réaliser les gestes techniques pour soigner l'enfant, tout en s'adaptant à son niveau de compréhension, d'insécurité et à son raisonnement.

Il est maintenant reconnu dans les textes législatifs, par les services et professionnels de santé, l'intérêt de la présence des parents lors de l'hospitalisation d'un enfant. Mais grâce à mon enquête j'ai pu remarquer que ces droits n'étaient pas toujours connus de tous. Pourtant, il est pertinent d'inclure les parents dans les soins, afin d'optimiser le confort de ces derniers et de l'enfant.

Au cours de ce travail, j'ai été convaincu que la relation triangulaire s'avère être indispensable, pour une prise en soin de qualité. En effet, la présence des parents favorise la mise en place des conditions favorables au soin. Pour l'enfant, les parents sont sources de sécurité et d'apaisement. Ils peuvent également être une ressource majeure pour l'équipe soignante et devenir de véritables partenaires de soin, des « aides ».

Je dirai que mon travail est complémentaire à celui de Delvodere Catherine<sup>41</sup>, « Favoriser la présence des parents lors des soins ». Et m'a permis de faire émerger une nouvelle perspective de recherche, sur laquelle je pourrai m'y pencher si je devais écrire une suite à ce travail. Comment peut-on faciliter la présence des parents lors de soins invasifs ou dans un service « protocolé », tels que salle post-bloc ou salle de réveil?

Pour finir, j'aimerais terminer ce Travail de Fin d'Étude, par une phrase qui me semble profonde et exacte, écrite par Tonia Cancrini<sup>42</sup>. Et qui a également retenu mon attention dans un questionnaire qui m'a été rendu par un professionnel. « *Dans le rapport avec les enfants, on est toujours en contact avec des expériences nouvelles, significatives et imprévisibles* ».

---

<sup>41</sup> Delvodere Catherine, auteure, pédiatre et présidente de l'association Sparadrap

<sup>42</sup> Tonia Cancrini, Auteure de « Transfert et contre-transfert dans la psychanalyse des enfants », dans la « revue française de psychanalyse », paru sur [cairn.info](http://cairn.info)

## **Bibliographie**

Illustration première page de couverture: <http://milieartcreation.canalblog.com/archives/2014/04/29/29761986.html>

Site web de l'association Sparadrap: <https://www.sparadrap.org>

Livre de Farida Bréchemier et Hakim Guerdjou, « Où, quand, comment soigner votre enfant? »

Sites web comprenant la théorie de Piaget:

- <https://blog.cognifit.com/fr/theorie-de-piaget/>
- <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychiatrie/enfant/therapie/piaget.htm>
- <http://www.psy-luxeuil.fr/article-jean-piaget-et-le-constructivisme-109631520.html>

Site web présentant la psychologie du développement de l'enfant: <http://www.la-psychologie.com/orientation%20cognitivo-constructiviste%20p3.htm>

Site web présentant les idées de V.Henderson:

- <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsilab/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>
- [https://www.ifsilablancarde.com/wp-content/uploads/2015/07/salle\\_henderson.pdf](https://www.ifsilablancarde.com/wp-content/uploads/2015/07/salle_henderson.pdf)

<https://www.passeportsante.net>

<https://www.cairn.info>

<https://www.larousse.fr>

## Annexes:

### **Questionnaire pour les professionnels de santé:**

Bonjour, je me présente, je m'appelle ENGRAND Clémentine, je suis étudiante infirmière en troisième année, à l'IFSI Val de Lys de Saint-Venant, dans le Pas-De-Calais.

Dans le cadre de mon Travail de Fin d'Études, qui a pour thème la relation triangulaire soignant-soigné-parents dans le soins. J'effectue une enquête afin de valider mes hypothèses.

Ci-dessous le questionnaire, vous pouvez y répondre de manière courte, sauf en cas de demande de précision dans la question.

Merci pour l'attention qui vous y porterez

Bien à vous. Bon courage et prenez soins de vous.

<b>Questions</b>	<b>Réponses</b>
Dans quel service travaillez-vous?	
Quel diplôme avez-vous? (Infirmier diplômé d'état, aide-soignant, infirmière puéricultrice, auxiliaire puéricultrice, cadre de service) Et depuis combien de temps?	
Dans votre service, les parents sont-ils autorisés à rester auprès de leur enfant durant l'hospitalisation?	
Les parents (au moins un) sont-ils en majorité présents lors de la totalité de l'hospitalisation de leur enfant? (Jour et nuit) Pouvez-vous donner un pourcentage moyen?	
Préalablement aux soins, proposez-vous systématiquement aux parents d'être présent?	

<p>Si oui à la question précédente, donnez-vous des rôles et/ou missions durant le soin aux parents?</p>	
<p>Selon vous, la présence des parents (au moins un) durant un soin, a-t-elle une conséquence positive sur celui-ci? Quelle conséquence et pourquoi?</p>	
<p>Selon vous, la présence des parents durant un soin, a-t-elle un effet positif ou négatif sur l'anxiété et l'angoisse des parents et des enfants? Si oui, quel effet?</p>	
<p>Selon vous, la présence des parents durant l'hospitalisation, peut-elle favoriser la relation de confiance?</p>	
<p>Selon vous, la présence des parents durant l'hospitalisation, peut-elle atténuer le phénomène de douleur chez l'enfant?</p>	
<p>Avez-vous des observations ou précisions à donner?</p>	

**Questionnaire pour les parents:**

Bonjour, je me présente, je m'appelle ENGRAND Clémentine, je suis étudiante infirmière en troisième année, à l'IFSI Val de Lys de Saint-Venant, dans le Pas-De-Calais.

Dans le cadre de mon Travail de Fin d'Études, qui a pour thème la relation triangulaire soignant-soigné-parents dans le soins. J'effectue une enquête afin de valider mes hypothèses.

Ci-dessous le questionnaire, vous pouvez y répondre de manière courte, sauf en cas de demande de précision dans la question.

Merci pour l'attention qui vous y porterez.

Bien à vous. Bon courage et prenez soins de vous.

<b>Questions</b>	<b>Réponses</b>
Quel âge avez-vous? (Moins de 18ans, entre 18 et 25 ans, entre 25 et 40, plus de 40 ans)	
Quelle est votre profession?	
Combien avez-vous d'enfant, quel est leur âge?	
Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'une hospitalisation? En dehors de l'accouchement, la maternité.	
Si oui à la question précédente, dans quel service?	

<p>Selon vous, votre présence, durant un soin à l'hôpital, est-elle autorisée?</p>	
<p>Selon vous, durant un soin, votre présence peut-elle aider les soignants? En ayant un rôle ou missions.</p>	
<p>Selon vous, votre présence durant un soin, a-t-elle une conséquence positive sur celui-ci? Quelle conséquence et pourquoi?</p>	
<p>Selon vous, votre présence durant un soin, a-t-elle un effet positif ou négatif sur votre anxiété et angoisse et celles de vos/votre enfant(s)? Si oui, quel effet?</p>	
<p>Selon vous, votre présence durant la totalité de l'hospitalisation, peut-elle favoriser la relation de confiance entre le soignant et vous et le soignant et vos/votre enfant(s)?</p>	
<p>Selon vous, votre présence durant l'hospitalisation, peut-elle atténuer le phénomène de douleur de votre enfant? Et pourquoi?</p>	
<p>Avez-vous des observations ou précisions à donner?</p>	

## MÉMOIRE

### « Une relation triangulaire, au coeur d'un soin »

### « The triangular relationship, at the heart of the care »

Auteur: ENGRAND Clémentine

Année: 2021

Nombre de pages: 43

Résumé	Abstract
<p>Pour mon Travail de Fin d'Études, j'ai choisi une situation en libérale. Je soigne un enfant de 18 mois, sa maman est indispensable pendant les soins. C'est pourquoi, je me suis demandée « En quoi, il est important que les parents soient là pour s'occuper de leur enfant et ensuite, dans quelles circonstances l'intégration des parents peut avoir un impact dans la prise en charge invasive sur un enfant de moins de douze ans. » J'émetts l'hypothèse que, « L'intégration des parents lors de la prise en charge, réduit l'anxiété des enfants et celle des parents et favorise le lien de confiance»</p> <p>J'ai choisi pour l'enquête, de réaliser des questionnaires, pour les professionnels et les parents. Grâce à l'enquête, je valide mon hypothèse. 8/10 des soignants et 5/11 parents interrogés, pensent que l'intégration des parents réduit l'anxiété. Et 9/10 des soignants et parents pensent, que cela favorise le lien de confiance.</p> <p>J'ai confirmé que la relation triangulaire est essentielle, pour des soins de qualité. Et favorise la mise en place de conditions favorables aux soins.</p> <p><i>Mots clés:</i> enfants, parents, relation triangulaire, soins invasifs, ressentis</p>	<p>For my final work I've chosen a situation in liberal. I treat a 18-month-old toddler, his mother is indispensable during the care. That is why, I wondered « how it is important for parents to be there for their child caring and then, in what circumstances the integration of parents can have an impact in the invasive care on a child aged less than twelve years. »</p> <p>I emit hypothesis that, « The integration of parents during care, reduces the anxiety of children and that of parents and promotes the bond of trust »</p> <p>I've chosen for the enquiry, the questionnaires, for the professionals and parents.</p> <p>Thanks to the enquiry, I validate my hypothesis. 8/10 of caregivers and 5/11 parents, questioned think that integration of parents reduce the anxiety. And 9/10 of caregivers and parents think that promotes the bond of trust.</p> <p>I confirmed that the triangular relationship is essential, for quality care. And promotes the establishment of favorable conditions for care.</p> <p><i>Keys words:</i> children, parents, triangular relationship, invasive care, feelings</p>