

TABLE DES MATIERES

<u>MOTIVATIONS.....</u>	<u>1</u>
<u>INTRODUCTION.....</u>	<u>2</u>
<u>PROBLEMATIQUE.....</u>	<u>2</u>
A. <u>ANALYSE DE LA PROBLEMATIQUE</u>	3
I. <u>DEFINITIONS DES TERMES DE LA PROBLEMATIQUE.....</u>	<u>3</u>
2. <u>Concept de l'enfant.....</u>	<u>3</u>
3. <u>Concept de parent.....</u>	<u>3</u>
4. <u>Concept de soignant.....</u>	<u>3</u>
5. <u>La douleur aiguë provoquée par le soin.....</u>	<u>4</u>
II. <u>DOULEUR DE L'ENFANT ET LEGISLATION.....</u>	<u>4</u>
1. <u>Rôles et compétences de l'infirmière dans la prise en charge de la douleur chez l'enfant.....</u>	<u>4</u>
2. <u>Les droits de l'enfant douloureux.....</u>	<u>5</u>
III. <u>SPECIFICITE DE LA RELATION AUPRES D'ENFANTS.....</u>	<u>7</u>
IV. <u>LE SOIN.....</u>	<u>8</u>
3. <u>Vécu par l'enfant.....</u>	<u>8</u>
4. <u>Du point de vue des parents.....</u>	<u>9</u>
V. <u>PRESENCE PARENTALE ET SOIGNANTS.....</u>	<u>10</u>
VI. <u>L'ETUDE DE POISSY.....</u>	<u>12</u>
<u>HYPOTHESE.....</u>	<u>13</u>
B. <u>MISE A L'EPREUVE DE L'HYPOTHESE</u>	13

I. <u>CHOIX DE L'OUTIL</u>	13
II. <u>POPULATION CIBLEE</u>	14
III. <u>GUIDE D'ENTRETIEN</u>	14
IV. <u>L'ACCUEIL</u>	15
5. <u>Aux urgences d'Arles</u>	15
6. <u>Aux urgences de Nîmes</u>	15
7. <u>Aux urgences pédiatriques d'Avignon</u>	16
V. <u>ANALYSE DES ENTRETIENS</u>	17
8. <u>Entretien n°1</u>	17
9. <u>Entretien n°2</u>	21
10. <u>Entretien n°3</u>	23
11. <u>Entretien n°4</u>	27
12. <u>Entretien n°5</u>	30
13. <u>Entretien n°6</u>	33
14. <u>Entretien n°7</u>	38
15. <u>Entretien n°8</u>	40
VI. <u>CONCLUSION</u>	43
C. <u>PROJET EN SOINS INFIRMIERS</u>	45
<u>CONCLUSION GENERALE</u>	46
BIBLIOGRAPHIE.....	47
ANNEXES.....	48
Annexe 1 : Décret de compétence du 15 mars 1993	
Annexe 2 : Décret du 16 février 2002	
Annexe 3 : Convention internationale des droits de l'enfant	
Annexe 4 : Circulaire du 1 ^{er} août 1983	
Annexe 5 : Charte de l'enfant hospitalisé	
Annexe 6 : Carnet "douleur pédiatrique"	

MOTIVATIONS

Lors de mon stage optionnel aux urgences pédiatriques d'Avignon, je me suis particulièrement intéressée aux méthodes médicamenteuses, comme le M.E.O.P.A. (Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote) ou la crème anesthésiante EMLA, et non médicamenteuses (explications sur le déroulement du soin, moyens de distraction, présence parentale) qui entrent dans la prise en charge de la douleur de l'enfant.

Ainsi, j'ai pu remarquer que malgré une bonne préparation psychologique de l'enfant et une prise en charge antalgique (le plus souvent) efficace, des progrès restent à faire en ce qui concerne l'acceptation par les soignants, des parents lors du soin douloureux.

En effet, j'ai vécu bon nombre de situations où les parents étaient exclus de la salle dès que les soins douloureux (ponction veineuse, suture ou pansement de brûlure...) commençaient.

A contrario, j'ai également eu la possibilité de participer à des gestes thérapeutiques douloureux se déroulant en présence des parents.

Je pense notamment à ce père qui, par sa voix rassurante, a su calmer son fils âgé de un an et demi auquel l'équipe suturait trois doigts.

Evidemment, s'il existe des situations où le parent peut être bénéfique à l'enfant et aux soignants, il en existe d'autres qui sont plus difficiles à gérer. Je citerai cette autre anecdote où après un accident de voiture, la mère était tellement choquée et culpabilisée par la plaie du scalp de son fils qu'elle était plus une source d'angoisse pour son enfant.

Cet état de fait m'a interpellée au niveau personnel en tant que future maman anxieuse et en tant que future professionnelle, car à mon sens la présence parentale est essentielle pour une prise en charge de la douleur de l'enfant complète et efficace.

INTRODUCTION

Depuis une dizaine d'années, de nombreux éléments ont permis d'améliorer la prise en charge de la douleur des enfants, qu'elle soit liée à la maladie, à un traumatisme ou provoquée par des soins.

Un problème reste néanmoins peu abordé, celui de la présence ou non des parents lors de gestes douloureux. Dans la majorité des lieux de soins, ils sont encore considérés comme des "gêneurs" et les équipes soignantes restent réticentes à leur présence. Les motifs invoqués sont multiples : les parents les gênent dans leur travail, leur regard est difficile à supporter, ils transmettent leur angoisse à leur enfant, les enfants pleurent plus...

Certes, il ne s'agit pas de sous-estimer les difficultés que peut entraîner dans certains cas la présence des parents. Mais les faits sont là : lorsqu'un soin douloureux est programmé, enfants et parents ne veulent pas être séparés...

PROBLEMATIQUE:

Pourquoi les équipes sont-elles encore réticentes à accepter la présence parentale, lors d'un soin douloureux sur leur enfant, aux urgences ?

D. ANALYSE DE LA PROBLEMATIQUE

VII. DEFINITIONS DES TERMES DE LA PROBLEMATIQUE

1. Concept de l'enfant

J'entends par le terme générique d'"enfant", une personne qui peut être admise en service de pédiatrie c'est-à-dire qui est âgée de 1 mois à 15 ans et un mois.

Chaque enfant est un jeune être en voie de devenir, en pleine croissance dans tous les domaines, qui évolue vers une autonomie et une socialisation.

Il n'existe pas seul, tout ce qui le constitue reste intimement lié à sa relation à sa famille, à l'histoire de celle-ci, au fait qu'il est l'enfant d'un tel en particulier, etc. Il en dépend affectivement, économiquement, intellectuellement, culturellement etc.

Il se construit grâce à son entourage.

Cela implique que l'enfant soit reconnu comme une personne à part entière et donc qu'on lui reconnaisse la possibilité d'avoir des sentiments, de souffrir et de s'exprimer. Il peut transmettre des messages par la parole ou le mutisme, mais aussi par son comportement (cris, violence, ...).

Donc, comme nous l'avons dit, l'enfant est par définition, "l'enfant de". Par conséquent cela amène à parler des parents.

16. Concept de parent

Pour être parent, il faut avoir un enfant, ce qui peut paraître une évidence, mais qui est indispensable ! Cependant avoir un enfant recoupe les notions de procréation ou d'adoption, mais aussi d'attachement et d'éducation.

Ainsi les parents ont une place et un rôle par rapport à l'enfant. Cela passe par l'éducation, la protection, des prises de décisions pour lui, la nécessité d'assurer sa vie quotidienne, mais aussi l'aider à surmonter les difficultés qu'il peut rencontrer.

Les parents sont ceux qui connaissent le mieux leur enfant, et ils peuvent à leur niveau apporter des solutions. En cela, ils passent de la position de géniteurs à celle de "partenaires" face aux soignants, puisque les parents sont "le milieu naturel de l'enfant" donc le plus adapté à long terme.

17. Concept de soignant

On peut dire que le soignant est celui qui dispense des soins que ce soit dans le domaine médical ou paramédical. Or, ces soins qui doivent être de qualité, personnalisés et adaptés

varient et peuvent être de nature technique, mais aussi relationnelle, éducative, préventive, curative, de maintenance et de réhabilitation.

18. La douleur aiguë provoquée par le soin

Il n'y a pas une, mais des définitions de la douleur.

Je ne retiendrai que la définition de l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé) :

"La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites comme si ces lésions existaient. La douleur est toujours subjective. Chaque individu apprend à quoi s'applique ce terme en raison d'expériences liées à ces blessures du début de la vie."

La douleur aiguë se définit comme une douleur inférieure à 2-3 mois, habituellement associée à une cause bien définie et de début rapide. En l'absence de complication, elle s'atténue à mesure que l'enfant se rétablit ou grâce à un traitement antalgique, elle disparaît généralement rapidement.

La douleur aiguë en particulier de certains gestes médicaux diagnostics et thérapeutiques déclenche toute une série de manifestations (cris, agitation, suppliques), par excès de nociception (excitation périphérique transmise vers les structures centrales), qui confirme la douleur, mais ne permet que très grossièrement d'en apprécier l'intensité, puisque la douleur varie d'un individu à l'autre.

VIII. DOULEUR DE L'ENFANT ET LEGISLATION

1. Rôles et compétences de l'infirmière dans la prise en charge de la douleur chez l'enfant

a) Le décret de compétence du 15 mars 1993 (annexe 1)

Le décret précise que les soins dispensés par l'infirmière sont préventifs, curatifs ou palliatifs, de nature technique, relationnelle et éducative.

Ils concernent donc l'enfant, personne humaine prise dans son entier, dans ses composantes psychologiques, sociales, économiques et culturelles. Ils ont pour objet de "prévenir et d'évaluer la souffrance et la détresse des personnes et de participer à leur soulagement", "concourir au recueil des informations et aux méthodes utilisées par le médecin pour établir son diagnostic."

La prise en compte de la douleur et son soulagement est bien un des rôles reconnus par la loi à l'infirmière. Cette compétence va s'exercer dans le cadre de son rôle propre et de son

rôle prescrit qui s'exerce sur la prescription médicale qui doit être écrite, qualitative, quantitative, datée et signée du médecin, sa présence dans le service au lit du malade étant exigée pour certains actes.

L'infirmière a le devoir d'exécuter la prescription médicale mais doit vérifier que celle-ci est adaptée à l'enfant.

Cette exigence est reprise dans l'article 29 du décret du 15 mars 1993 : "La prescription d'un antalgique à intervalles réguliers doit être respectée, sauf erreur de posologie ou signe de surdosage, à signaler immédiatement au médecin."

"L'infirmière participe à l'établissement du diagnostic par le médecin et permet une meilleure adaptation du traitement. Elle peut demander au médecin de lui établir des protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence écrits, datés, signés".

Le rôle de l'infirmière est celui d'une professionnelle ayant la maîtrise par compétence, réflexion, sens de la responsabilité de ce qu'elle doit faire ou ne pas faire auprès du patient pour le soigner et pas seulement traiter la maladie.

b) Le décret de compétence du 16 février 2002 (annexe 2)

Il abroge le précédent décret mais le complète en précisant :

A l'article 2 : Les soins infirmiers ont pour objet "de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur[...]".

Et à l'article 7 : "L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers."

2. Les droits de l'enfant douloureux

Les textes qui suivent font surtout référence à l'hospitalisation mais si l'enfant aux urgences n'est pas encore à proprement parler hospitalisé, ils le concernent tout de même.

a) La Convention Internationale des droits de l'enfant (annexe 3)

Les soignants doivent également avoir à l'esprit la CONVENTION INTERNATIONALE DES DROITS DE L'ENFANT, adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies et ratifiée par la France le 02 juillet 1990, qui mentionne le droit à la vie, le droit à l'éducation, le droit à la famille qui ne doivent pas être modifiés par l'hospitalisation.

b) La Circulaire du 1^{er} août 1983 (annexe 4)

Elle a concrétisé officiellement les conditions de séjour de l'enfant hospitalisé.

Cette circulaire fait référence à la douleur : les données de base de la psychologie montrent que l'hospitalisation comporte inévitablement un danger pour la personnalité de l'enfant. Celui-ci ressent, en effet, l'hôpital comme un monde étranger potentiellement hostile. Comme l'adulte, il éprouve et redoute la souffrance physique. Aussi il craint l'abandon de ceux qu'il aime et dont il a encore plus besoin dans cette période de peur et de douleur.

Elle donne onze orientations pour l'amélioration des conditions d'hospitalisation de l'enfant, la 6^{ème} orientation précise que "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".

Et selon l'article 5 :

"[...] Les parents doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers s'ils le souhaitent et si, à l'expérience, leur présence ou leur comportement ne s'avère pas gênant."

c) La Charte de l'enfant hospitalisé (annexe 5)

Selon l'UNESCO "Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants". C'est dans cet esprit qu'a été rédigée la CHARTE DE L'ENFANT HOSPITALISE en 1988. Ce texte résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés notamment par rapport à la douleur.

Il y est mentionné, dans l'article 5 "On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur". Les fondements de cette charte contribuent à rendre l'hospitalisation la moins traumatisante possible pour l'enfant et s'ils sont respectés, auront un effet bénéfique sur le confort, l'environnement de l'enfant et donc sur la douleur.

d) Le Carnet "douleur pédiatrique" (annexe 6)

Il est diffusé depuis septembre 2000 par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité et doit être remis à toutes les familles avec le livre d'accueil de l'établissement.

Il précise :

" [...] Votre présence à côté de votre enfant et en particulier lors de soins douloureux est un soutien pour votre enfant, surtout lorsqu'il est petit. Vous pouvez le rassurer, le distraire, l'encourager, le consoler [...]"

IX. SPECIFICITE DE LA RELATION AUPRES D'ENFANTS

En pédiatrie, la dimension de l'affect dans une relation est encore plus prépondérante. L'infirmière ne travaille pas seulement avec des savoirs mais avant tout avec tout son être, toute son histoire.

Nous avons tous été des enfants : les enfants remobilisent constamment la part de l'infantile présente chez tout adulte. Les affects soigneusement refoulés peuvent resurgir. Ainsi, le soignant empêche l'enfant d'exprimer sa peur, sa colère, sa douleur parce que cette expression lui rappelle son impuissance face à cette peur, à cette douleur et à cette colère. Pour éviter d'être submergé par les sentiments de l'enfant et pouvoir garder son objectivité, il met en place un mécanisme de déni, de banalisation du geste. Il préfère sortir de l'impasse en utilisant des litotes telles que : "chut, ça va aller", "n'aie pas peur", "tu exagères, ça ne fait pas mal", "c'est juste une petite piqûre", "moi, j'ai l'habitude de piquer, les enfants ne sentent rien" ou "il n'y a pas de problème, j'utilise des aiguilles fines" ou encore "avec la crème anesthésiante, il faut attendre trop longtemps ; quand on rate à cet endroit, après, c'est pire...".

Mais ces mécanismes de défense peuvent être parfois fragilisés.

Souvent parents eux-mêmes, les soignants sont pris dans des conflits à forte résonance émotionnelle pour eux-mêmes. Certains concepts sur l'éducation, la fonction de parent par exemple, peuvent faire écho avec les situations rencontrées dans la pratique soignante.

En pratique, les enfants nous appellent par notre prénom, le tutoiement est un principe de base dans la relation avec eux. La barrière symbolique soignant-soigné n'est pas aussi opérante car elle se situe plus sur la base adulte-enfant. L'infirmière est moins protégée par son statut et sa fonction. C'est la personne qui est directement interpellée par l'enfant et le plus souvent sans aucun détour.

De plus l'infirmière doit prendre en considération l'entourage familial de l'enfant. Ceci lui permettra d'instaurer un climat de confiance avec les parents sur lesquels, elle pourra s'appuyer pour mieux connaître l'enfant. Par exemple, elle peut leur permettre d'assister à un soin pour les rassurer eux et leur enfant. Cette attitude lui permettra aussi d'informer l'enfant et les parents en même temps sur le soin. Elle peut aussi être amenée à reformuler pour les parents le discours médical trop rapidement exprimé ou incompréhensible pour les non-initiés.

Elle peut également demander à l'un des parents de participer au soin afin d'observer ses gestes et surtout la réaction et les demandes de l'enfant. En effet, pour certains actes, il est préférable de faire appel aux parents qui connaissent mieux leur enfant et sauront trouver les gestes et attitudes adaptés.

L'attitude des soignants vis-à-vis des parents est donc fondamentale car elle a des conséquences quasi immédiates sur l'enfant. Si dans les soins à l'enfant, nous tenons compte de la famille, c'est que nous reconnaissons l'appartenance du petit patient et de son entourage à un même système.

Les parents se trouvent angoissés face à la maladie de leur enfant. Ils attendent des soignants, gentillesse, compréhension, soins techniques. Tenir compte des parents signifie au moins les informer et les écouter. C'est les considérer comme des intervenants dans les prises de décision et comme des partenaires. Ils peuvent aussi être acteurs dans les soins ou participants s'ils le souhaitent, leur seule présence pouvant être un réconfort pour l'enfant et pour eux, le sentiment de garder un rôle essentiel, leur identité de parents.

X. LE SOIN

1. Vécu par l'enfant

Le comportement de l'enfant, conditionné par la relation qu'il vit avec sa mère, son père et par l'éducation qu'ils projettent sur lui, va être mis à l'épreuve lors de sa venue à l'hôpital.

L'enfant à l'hôpital angoisse d'une part par la projection de l'inquiétude de ses parents et d'autre part par la douleur qu'entraîne les soins.

Tout soin dit "douloureux" : suture, ponction veineuse ou lombaire, est lié à la piqûre.

En effet, les enfants détestent les piqûres et les craignent. Mais tout enfant aura un jour ou l'autre à subir et à affronter une piqûre. Du fait de l'obligation vaccinale, chaque enfant recevra au moins 10 injections jusqu'à l'adolescence. Il y aura aussi les différents bilans de dépistage, la prise de sang à l'occasion d'une hospitalisation. Certaines maladies pourront nécessiter de multiples examens et traitements.

C'est donc un acte courant, et pour cela nous avons tendance à le banaliser, à le considérer comme anodin. Mais la piqûre est souvent, dans la vie de l'enfant, la première douleur infligée par un adulte.

Enfin, savoir "piquer" un enfant est une sorte de brevet de passage ou de test d'initiation du soignant. La piqûre est encore le geste "emblématique" de l'infirmière, que l'on représente volontiers armée d'une seringue.

La peur des enfants n'est pas seulement liée à l'intensité de la douleur provoquée par la piqûre. Ils se sentent contraints et impuissants. Ils n'ont pas de connaissance précise du geste. Ce qu'ils croient savoir est en fait fortement mêlé de croyances, de fantasmes et de peurs irrationnelles inimaginables pour les adultes.

- Peur de l'intrusion physique et psychique :

Les enfants imaginent des piqûres immenses, qui traversent leur corps de part en part ou qui restent à l'intérieur. La seringue est souvent représentée plus grande que l'enfant, avec une aiguille démesurée.

- Fantasme punitif :

Il est universel chez l'enfant, et des phrases telles que : "si t'es pas sage, tu auras une piqûre", ne font que le renforcer.

- Peur du sang :

La vue du sang est toujours impressionnante pour les enfants. De plus, ils ont du mal à comparer les volumes, et ne comprennent pas nécessairement que la quantité prélevée est en fait, minime : ils ont peur que l'on "prenne" tout leur sang.

- Peur de la douleur

- Peur d'exprimer cette douleur :

Les enfants sont dans leur logique : les piqûres, c'est pour guérir ou avoir moins mal, mais ça fait mal !

L'enfant peut cacher sa douleur s'il pense que le traitement de cette douleur sera une piqûre

ou s'il craint d'être traité de "douillet" ou de "bébé"....

En effet, notre société n'encourage pas à exprimer ses sentiments, et tout particulièrement pour les garçons : "T'es pas une fille, tu ne vas tout de même pas pleurer !" Pourtant, pouvoir s'exprimer sans crainte d'être jugé est déjà un réconfort, et crier soulage.

L'enfant peut aussi minimiser ou taire sa douleur pour protéger ses parents s'il les sent inquiets.

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 ! Une telle séparation peut être vécue comme un réel abandon.

Encourager la présence des parents permet donc d'éviter aux enfants un stress supplémentaire inutile, voire un traumatisme.

2. Du point de vue des parents

Les parents sont aussi parfois mal à l'aise, parce qu'ils sont eux-mêmes effrayés ou parce qu'ils gardent le souvenir d'expériences traumatisantes. Beaucoup se sentent perdus et dépossédés de leur enfant dans un milieu inconnu. Ils sont inquiets de la douleur provoquée par la piqûre et des réactions de leur enfant.

Dans l'état de "sidération" où le parent se trouve, les questions qu'il poserait seraient plutôt de l'ordre de celles-ci : Pourquoi moi ? Pourquoi mon enfant ? Est-ce que c'est douloureux ? Combien de temps ça va durer ? Est-ce bien nécessaire ?

A ces questions, s'il les pose, et sauf aux deux premières, on répondra vaguement, incomplètement ou de manière trop optimiste si l'on ne tient pas à prendre en charge, en plus du reste, l'anxiété parentale.

Or, comment un parent pourrait-il préparer son enfant s'il n'est pas préparé lui-même ?

Ce n'est pas dans le feu de l'action ou de la souffrance, quelquefois même dans la panique provoquée par la douleur, qu'un individu est le plus apte, sur le terrain, à trouver l'attitude adéquate, le geste utile, la présence apaisante.

Dans la douleur, c'est l'inconnu qui fait le plus mal. La peur, la peur que ça ne s'arrête pas.

Que dire à son enfant qui souffre ? Ça va passer ?

Et si ça ne passe pas ? Si les médicaments qui soulagent n'arrivent pas ?

Pour un parent, voir son enfant souffrir, n'est pas supportable mais l'exclusion du lieu de soin est tout aussi difficile à vivre.

Il est très éprouvant pour les parents d'entendre les pleurs ou les cris de leur enfant derrière la porte car ils peuvent facilement imaginer le pire. Que le temps semble long dans ces moments-là !

Comment distinguer, derrière la porte, les pleurs liés à la peur, à la colère ou à la douleur ?

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.

Les conséquences d'une mise à l'écart des parents ne sont pas à négliger :

- Les parents se sentent rejetés et trahis. Ils perdent confiance dans l'équipe et risquent de devenir suspicieux et revendicatifs.
- Ne sachant pas ce qui s'est passé exactement, ils ne savent plus quelle attitude adopter envers leur enfant. La culpabilité se conjugue avec la colère.

Les parents s'ils sont démunis face à la douleur de l'enfant, ont aussi directement accès à la manière dont il peut la percevoir et la vivre, la supporter et l'endurer. Ils possèdent un savoir qu'aucun soignant, si bien intentionné et si à l'écoute soit-il, ne pourra acquérir sans leur aide.

Ils n'ont pour toute réaction, dans un premier temps du moins, que la compassion. Et parfois, le refus. Ils ne savent pas spontanément comment aider leur enfant dans cette circonstance particulière et c'est au soignant de les informer et de leur expliquer précisément ce qu'il attend d'eux.

Ils doivent en passer par une entière confiance dans le "corps médical" qui le plus souvent mérite cette confiance, mais gagnerait à moins les malmenier, mieux les aider à se préparer, ne serait-ce que pour donner plus de chances au traitement de réussir, dans une étroite collaboration et une meilleure coordination et compréhension des soins.

XI. PRESENCE PARENTALE ET SOIGNANTS

Trop souvent encore, l'expérience l'a montré, les parents sont considérés comme des gêneurs par les soignants qui revendiquent un rythme de travail, des méthodes et une pseudopédagogie incompatibles avec la présence de parents vigilants qui leur font confiance mais avec un droit de regard.

Les arguments avancés par les soignants qui n'acceptent pas la présence des parents sont généralement :

- Un manque d'habitude et de formation
- La difficulté à travailler sous le regard des parents
- La peur d'être jugés et d'avoir à rendre des comptes.
- Un stress supplémentaire, la peur d'être moins performants ou de faire des erreurs si les parents sont présents.
- Le manque de temps pour accueillir les parents : le soignant doit expliquer ce qu'il fait et ceci peut devenir une contrainte dans des services surchargés
- La peur de voir les parents "s'effondrer" et d'avoir à s'occuper d'eux.
- La peur que l'enfant soit plus difficile (pleurs) ou moins "docile" et donc moins facile à soigner.

En présence des parents, le comportement des enfants est moins inhibé, ce qui peut se manifester par des pleurs. Ceux-ci ne doivent pas forcément être interprétés comme une manifestation d'angoisse car les pleurs constituent un des modes de communication "priviliégiés" du jeune enfant.

C'est aussi parce qu'il se sent "écouté" par une personne de confiance que l'enfant pleure. S'il en ressent le besoin, il est important qu'il s'exprime de la sorte.

- La peur que les parents transmettent leurs angoisses au lieu de rassurer ou qu'ils ne réagissent pas comme il faudrait avec leur enfant (agressivité face aux pleurs de l'enfant, par exemple).

Toutes ces craintes sont réelles et non négligeables, mais avec le temps et la pratique, elles tendent à s'effacer. Les équipes ont alors la satisfaction de travailler dans de meilleures conditions, tout en répondant aux attentes et aux besoins des familles.

En effet, les parents connaissent leur enfant mieux que quiconque et sont donc des partenaires indispensables.

Leur place est auprès de leur enfant, et la grande majorité d'entre eux souhaite être présente. Pour une prise de sang ou la pose d'un cathéter court, il faut parfois s'y reprendre à plusieurs fois et, dans ce cas-là, il n'est pas toujours confortable d'avoir un témoin de notre échec.

Certains parents, désespérés de voir souffrir leur enfant, peuvent aller jusqu'à l'agresser verbalement parce qu'il ne se calme pas. Ils passent pour de "mauvais parents" alors qu'ils ne font que montrer leur détresse.

En fait, il semble que nous acceptons plus facilement le regard des parents lorsqu'il y a une bonne préparation, un savoir-faire, une prise en charge de la relation et de la douleur. L'attitude des parents dépend donc, en partie, de notre propre attitude.

Pour comprendre le langage de la douleur exprimée par l'enfant, quel traducteur plus habile que le parent attentif, habitué aux réactions de son enfant, saura mieux décrypter l'attitude insolite, l'humeur différente, le calme excessif, le désintérêt inhabituel ?

L'observation de l'enfant par le soignant est facilitée si l'enfant est en confiance, s'il rencontre des visages connus dans son entourage familial. Les sentiments qu'il exprimera alors ne seront pas perturbés par le stress, l'angoisse, la peur de l'inconnu.

Le parent présent, s'il a été préparé au geste thérapeutique, le vivra mieux, aura le sentiment réel d'être utile, collaborera avec les soignants.

Quoi de plus angoissant que d'entendre derrière une porte les cris et les pleurs de son enfant ?

Ensuite l'expérience acquise, la relation instaurée, permet d'accepter la présence parentale ; celle-ci est alors possible pour le thérapeute qui se sent soutenu, encouragé et non pas "surveillé".

Les relations triangulaires parents–enfant–soignants constituent la base des soins d'un enfant.

Pourtant le sentiment de dépendance et d'infériorité dans ce milieu inconnu apparaît très rapidement. Cette relation est un équilibre fragile qui repose principalement sur la confiance que les parents ont dans la capacité des soignants à s'occuper de leur enfant, et sur leur propre capacité à déléguer une partie de leur fonction parentale.

XII. L'ETUDE DE POISSY

Les équipes soignantes sont encore trop nombreuses à écarter les parents lorsque les enfants reçoivent des soins douloureux. Une étude montre pourtant que leur présence est très bénéfique pour l'enfant.

Le Dr Ricardo Carbajal et l'équipe des urgences pédiatriques de l'hôpital de Poissy, dans les Yvelines, ont réalisé de novembre 1998 à février 1999, la première étude française sur la présence des parents en contexte douloureux.

Comparant pendant dix mois une pratique "sans" et une pratique "avec parents", les soignants ont pu constater que la nouvelle donne n'influaient nullement sur leurs performances. Mieux, elle leur facilitait la tâche dans 68 % des cas.

Les soignants consacrent parfois beaucoup d'énergie à justifier la séparation puis à calmer l'enfant terrorisé. Ils ont alors tout à gagner de considérer les parents comme leurs alliés.

D'autant qu'il existe aujourd'hui de nombreux produits pharmacologiques anti-douleur : utilisation du glucose à visée antalgique chez le tout-petit, crèmes et injection anesthésiantes, Meopa (mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote) diffusé grâce à un masque, etc.

"Les équipes soignantes craignent encore trop souvent de rater leur geste, d'être dérangées ou remises en question par la famille", souligne le docteur Ricardo Carbajal, pédiatre à l'hôpital de Poissy.

Pourtant, 56% des parents aident à tenir l'enfant et 67% le rassurent. Leur présence favorise la confiance entre enfants, parents et soignants.

L'enfant aussi a tout à y gagner. "Plus ils sont petits - quand ils n'ont pas encore atteint le stade du langage, quand ils ne peuvent exprimer ni leur douleur ni leur peur de l'abandon - plus le risque du traumatisme existe. C'est sans doute le moment où les enfants ont le plus besoin de leurs parents. Sinon, ils peuvent se sentir abandonnés", affirme le docteur Stanislas Tomkiewicz, pédiatre et pédopsychiatre.

Il ne faut jamais dire : "c'est un tout-petit, ce n'est pas la peine que sa mère soit là." Contrairement aux préjugés, un enfant qui pleure ou braille ne signifie aucunement que la présence de ses parents aggrave la situation. C'est plutôt parce qu'il se sent rassuré qu'il se permet d'exprimer son refus avec tant de force.

La pratique de l'hôpital de Poissy confirme par ailleurs une diminution de l'anxiété chez les adultes autorisés à rester pendant les soins douloureux.

A l'inverse, exclus de la salle des soins, l'immense majorité des parents se sentent dépossédés de leur rôle, ce qui alimente des sentiments d'impuissance et de culpabilité face à la souffrance de leur enfant.

À propos d'une mère qui, assistant à un myélogramme, semblait davantage souffrir que le jeune patient, Stanislas Tomkiewicz précise : "Ce n'est nullement faire preuve de masochisme que de vouloir assister en souffrant soi-même aux souffrances présumées de son enfant. Il y a un vieux mot qui s'appelle la compassion, l'empathie. Et cette mère est heureuse de pouvoir souffrir pour son enfant. Du point de vue de l'évolution psychologique de cette femme, il est infiniment mieux qu'elle soit là, même si elle n'est ni courageuse, ni héroïque, plutôt que de rester derrière la porte à imaginer une souffrance beaucoup plus

grande."

Les parents écartés peuvent avoir l'impression qu'on leur cache quelque chose, devenir suspicieux et revendicatifs.

En témoigne une mère indignée de ne pas avoir été prévenue de la ponction lombaire de sa fille : "On m'a dit qu'il n'y avait pas eu de problème, mais finalement je n'en sais rien. Ensuite, pendant toute l'hospitalisation, j'ai été très casse-pieds avec le personnel."

Reste qu'inviter les parents à collaborer ne veut pas dire les y forcer. L'essentiel est de leur laisser le choix et de le respecter.

HYPOTHESE:

Après analyse, il semblerait que les réticences des soignants soient dues à :

- Un manque de formation concernant la nécessité de la présence parentale et les outils pour la gérer.
- Un manque de temps pour prendre en charge les parents.
- Un manque de confiance en soi probablement lié à une courte expérience professionnelle ou à un manque d'habitude.
- Enfin, un problème de consensus d'équipe.

En effet, les changements dans un service dépendent de la dynamique de l'équipe qui va élaborer un projet de service avec des objectifs de soin, qu'elle seule est capable de se donner les moyens d'atteindre.

E. MISE A L'EPREUVE DE L'HYPOTHESE

I. CHOIX DE L'OUTIL

J'ai décidé de faire des entretiens semi-directifs, car n'ayant pas trouvé beaucoup de documents sur la pratique quotidienne dans le travail avec les parents, il m'a semblé que c'était plus approprié pour découvrir une réalité de terrain. Je pense que l'entretien permet aux gens de s'étendre sur leur pratique grâce à des questions ouvertes et sont alors une source d'informations plus largement exploitable. Mon but était en effet de pouvoir comparer des approches du travail avec les parents d'où la préparation préalable de questions (pour cadrer l'entretien) mais aussi le choix de laisser les personnes développer

leurs pensées (pour obtenir plus de données).

Ces entretiens m'ont été très utiles pour compléter les apports plus théoriques que j'avais dans les documents, qui portaient plus sur l'intérêt de travailler avec les parents que sur la façon de le faire.

II. POPULATION CIBLEE

Mon étalonnage porte sur les services d'urgence, à savoir les urgences d'Arles, celles de Nîmes et les urgences pédiatriques d'Avignon.

Je pensais pouvoir ainsi comparer les services spécialisés dans la pédiatrie et les non spécialisés.

A l'intérieur de ces services, j'ai décidé de sonder les infirmier(e)s ou puéricultrices afin de connaître leur attitude personnelle et leur positionnement par rapport à l'équipe.

Leur anonymat a été respecté, de sorte de laisser une totale liberté à l'expression de ces personnes.

Je tiens à remercier tous les soignants qui m'ont accordé de leur temps pour s'entretenir avec moi.

III. GUIDE D'ENTRETIEN

Après la présentation du thème "la présence parentale lors d'un soin douloureux, aux urgences", j'ai procédé à des entretiens enregistrés.

Les réponses ont été retranscrites, fidèlement et en totalité, pour une meilleure objectivité.

Le guide d'entretien était le suivant :

1. Présentation de la personne :

- Sexe
- Age
- Profession
- Date d'obtention du diplôme
- Ancienneté dans ce service
- Avez-vous des enfants ?

2. Comment abordez-vous l'enfant et son entourage lors d'un soin douloureux ?

3. Les parents peuvent-ils rester dans la salle de soin pendant le soin douloureux ?

Si oui, quel est leur rôle et quelle est votre attitude à leur égard ?

Si non, pourquoi ?

4. Existe-t-il des situations particulières ou des soins particuliers pour lesquels vous préférez que les parents sortent ? Citez-les.
5. Quels sont les avantages et les inconvénients que la présence parentale représente dans votre pratique quotidienne ?
6. Considérez-vous que la présence parentale est encouragée dans votre service ?
7. Distribuez-vous le carnet douleur ?
8. Avez-vous reçu une formation spécifique concernant la prise en charge des parents et leur présence dans la salle de soin ?
Si oui, dans quelles conditions ?
9. Des études démontrent la nécessité de la présence parentale. Pensez-vous que les comportements des équipes soignantes ont changé ?
10. Avez-vous des réflexions à apporter sur le sujet ?

IV. L'ACCUEIL

1. Aux urgences d'Arles

J'ai contacté la surveillante, avec qui j'ai convenu d'un rendez-vous, un matin à 8h30 car c'est l'heure où j'avais le plus de chances de trouver des soignants disponibles susceptibles de me répondre.

A mon arrivée dans le service, j'ai été accueillie par une infirmière connaissant déjà l'objet de ma venue puisque la surveillante avait pris soin d'écrire une note à l'attention de l'équipe.

Les entretiens qui se sont déroulés dans un box, ont débutés rapidement et se sont très bien passés.

2. Aux urgences de Nîmes

J'ai surtout rencontré des difficultés d'ordre administratif.

En effet, j'ai réussi à joindre le surveillant après plusieurs tentatives infructueuses, qui m'a informée qu'il était indispensable d'écrire une lettre de demande à la Directrice des soins infirmiers.

Après 4 jours d'attente, j'ai reçu une réponse positive mais il me fallait encore joindre un autre cadre infirmier, ce qui a nécessité encore 2 jours.

Finalement, je suis allée procéder à mes entretiens, le 1^{er} mai à 9 h. J'ai été accueillie par la surveillante de garde qui avait une copie de ma lettre de demande et de la réponse que j'avais reçue. Immédiatement, les trois infirmiers se sont succédés, dans la salle de plâtres.

3. Aux urgences pédiatriques d'Avignon

J'ai d'abord contacté non sans quelques difficultés la surveillante qui m'a immédiatement donné son accord en me précisant que ça ne dépendait pas d'elle mais de la directrice des soins infirmiers. Je lui ai donc téléphoné mais elle m'a informée qu'il fallait que je fasse un courrier au directeur de l'établissement.

Après trois semaines d'attente, la secrétaire de Mme le Directeur Adjoint m'a contactée par téléphone et e-mail pour me dire que la lettre mettrait plus de temps à arriver mais que j'avais l'autorisation de commencer mes entretiens.

J'ai été très touchée de cet intérêt pour mon travail et de la considération qu'on me portait.

J'ai donc tenté de prendre rendez-vous par téléphone avec la surveillante qui était absente toute la semaine. Les démarches administratives m'ayant retardée, je ne pouvais plus attendre.

J'ai appelé directement le service où une infirmière m'a permis de venir le lendemain, mercredi 8 mai, au moment de la relève afin que j'obtienne mes trois entretiens en une seule fois. Malheureusement, cette infirmière n'avait pas prévenu l'équipe et, à mon arrivée dans le service, à 13 h, je me suis heurtée aux réticences d'une puéricultrice.

Dans un premier temps, après une demi-heure d'attente, je suis allée la trouver pour lui signaler l'objet de ma visite et lui demander si elle était d'accord pour m'accorder un moment. Elle a accepté. Précisant que j'étais à sa disposition, je suis retournée attendre qu'elle ait moins de travail. Elle m'a ignorée pendant une heure en faisant mine d'être occupée.

Finalement, une ASH m'a permis de rejoindre la puéricultrice dans le bureau médical, m'informant que celle-ci était disponible. Il était manifeste qu'elle m'évitait. Quand j'ai enfin réussi à attirer son attention, elle m'a dit : "mais, il faut vraiment que ce soit moi ?".

Interloquée puisqu'elle avait précédemment accepté, je lui ai expliqué qu'étant la seule puéricultrice aujourd'hui et qui plus est, du matin, j'aurais voulu avoir son avis sur la question. N'étant pas convaincue qu'elle s'entretiendrait avec moi, je suis retournée attendre l'équipe d'après-midi.

Enfin, elle s'est sentie obligée de participer à mon enquête et est venue me chercher. Nous sommes allées dans leur salle de pause qui n'est pas vraiment un lieu calme mais les locaux ne laissaient pas d'autre choix.

Là, je me suis confrontée à une autre difficulté.

Je me suis retrouvée en face de deux soignantes désirant participer ensemble à l'entretien. Je leur ai alors précisé que ça devait se faire en tête-à-tête mais elles n'ont pas eu l'air de comprendre.

Du coup, l'entretien s'est déroulé en présence de la puéricultrice et de l'infirmière. La puéricultrice réticente, s'est exprimée en premier me donnant d'ailleurs des réponses laconiques. J'ai apprécié le fait que l'autre infirmière n'intervienne pas mais j'ai été déçue que son entretien soit quelque peu faussé par sa connaissance des questions qui l'ont certainement guidée.

Mais ces entretiens étant utilisables et très intéressants, je les ai gardés.

La deuxième personne interrogée plus coopérative, a temporisé un peu l'attitude de la première et m'a présenté une autre infirmière afin que je puisse l'interroger.

Je ne m'attendais pas à un tel accueil dans ce service où j'avais effectué un bon stage, mais il est vrai que ça remontait à pratiquement un an.

Je ne sais comment analyser l'attitude de ces soignantes. D'abord l'une, qui au lieu de refuser tout simplement de s'entretenir avec moi, se montre irrespectueuse en m'évitant et en me faisant attendre et ensuite cette coalition des deux soignantes lors de l'entretien comme pour faire bloc. Se seraient-elles senties en danger ?

V. ANALYSE DES ENTRETIENS

3. Entretien n°1

a) Présentation de l'interlocuteur

Il s'agit d'une infirmière de 47 ans, diplômée depuis 77 travaillant aux urgences d'Arles depuis 7 ans. Elle a des enfants.

b) Retranscription de l'entretien

➤ *Comment abordez-vous l'enfant et son entourage lors du soin douloureux ?*

D'abord, ça dépend de l'enfant. Tu as des enfants qui arrivent ici en hurlant de suite. Donc là, au bout de quelques temps, tu t'aperçois que c'est pas la peine de parler parce que ça sert à rien. L'enfant est terrorisé dès le départ. Sinon, tu as des enfants à qui on peut expliquer la chose, le soin, et où ça se passera très bien. Et puis tu as des enfants où il faut être 10 pour le tenir et d'autres 3 ça suffit.

Quand ce sont des sutures, ça dépend des sutures. C'est vrai que moi lorsque je suis arrivée ici, je trouvais que disons au niveau de la douleur... on ne prenait pas trop en compte la douleur de l'enfant, ce qui me choquait un peu. Finalement, maintenant pour ce qui est prise de sang, on met l'EMLA, le patch d'EMLA donc on va expliquer à l'enfant ce qu'on fait et ce qu'on va faire avec la présence des parents. On va essayer d'en garder qu'un si c'est un petit box, on prend que la maman ou le papa sinon, si c'est un grand box, on peut garder éventuellement les deux.

Ça dépendra aussi des soignants c'est-à-dire, que tu as des infirmières qui voudront personne et tu as des infirmières qui accepteront facilement la présence d'une tierce personne.

Sinon, si c'est une plaie qu'on va suturer, on va mettre du spray de Xylo déjà pour endormir un peu localement et puis si c'est une plaie franche, on les colle maintenant, on met la colle DERMABOND donc déjà c'est beaucoup moins impressionnant. Et puis j'ai travaillé aussi avec des ORL qui, lorsqu'ils suturaient l'enfant, ne mettaient pas le champ vert qui les terrorisent plus qu'autre chose.

Et moi, je garde les parents. Moi, personnellement, je garde les parents.

Et ça dépend des fois, ce sera la mamie parce que la maman ne se sentira pas capable de

rester mais qu'importe, je pense que ça sécurise l'enfant, même s'il va passer 10 minutes à hurler, il sait qu'il y a quelqu'un de proche qui est là.

➤ ***Quel est leur rôle et quelle est votre attitude à leur égard ?***

Ça dépend du soin. Si c'est... Quel que soit le soin, ils tiennent ou une main ou un pied, en tout cas un contact physique, et puis la parole aussi "maman est là, papa est là". Par contre s'ils ne se sentent pas de rester, ils sortent. N'importe comment, le gamin va hurler pendant 10 minutes et on s'aperçoit que malgré la boîte à musique, malgré tout ce qu'on peut dire, et ben, tu as des enfants... Les enfants de gitans, par exemple, ils arrivent d'office en hurlant. L'enfant qui a déjà une expérience hospitalière sera plus terrorisé que l'enfant qui arrive ici pour la première fois.

J'ai fait un stage à Paris où on a eu un cours sur EMLA et il y avait un pédopsy qui disait qu'il faut savoir que l'enfant jusqu'à ce qu'il ait acquis la parole, se souviendra de tout ce qui est douleur et que c'est faux, complètement faux de dire "il est petit, il ne s'en souviendra pas".

Donc, j'essaie de m'en souvenir (sourire) mais c'est vrai qu'hier, j'ai reçu un gamin de 16 mois qui a hurlé de suite et on lui a fait un soin agressif puisqu'il venait pour une bronchiolite donc une prise de sang avec aérosol, et ben, le gamin a hurlé tout le long qu'il était là.

Sinon, on les met sous proto, si on voit que l'enfant est terrorisé, qu'il va continuer à hurler et selon le soin qu'on a à faire. Si c'est une plaie du visage, certaines plaies : les chutes de vélo, pendant l'été, on a tout comme plaies avec les pédales ou avec les guidons.

On essaie de plus en plus d'utiliser quelque chose qui soulage la douleur.

Soit on les met sous proto mais ça veut dire qu'on va être obligé de les garder un peu sous surveillance...

Il y a des hôpitaux qui les prennent beaucoup mieux en charge. A Avignon, ils font de l'hypnovel® intrarectal. Ça, ça dépend un peu des chefs de service, un peu comment la douleur a été prise en charge au niveau des urgences.

Mais en plus, ça dépendra de la personne ou du soignant, c'est-à-dire que si tu as des enfants en bas âge, ça va plus te toucher que si tu n'as pas d'enfant. Moi quand je suis arrivée ici, mon dernier était petit encore, c'est pour ça que j'étais plus touchée par ça si tu veux.

Maintenant que je suis là depuis sept ans, avec l'expérience, on se dit que n'importe comment, la boîte à musique, toutes les paroles, tout ce que tu pourras leur dire et tout, ça sert à rien, enfin ça sert à rien....

➤ ***Quels sont les avantages et les inconvénients que la présence parentale représente dans votre pratique quotidienne ?***

Alors, si on a des parents trop inquiets, trop excessifs en présence et tout, ça peut déplaire à l'équipe. Moi, j'essaie d'être tolérante et d'accepter ce genre de choses.

Ils peuvent aussi critiquer la façon dont tu les piques, la façon dont le soin est fait, parce

qu'ils comprennent pas tous les gestes.

A part ça, tu tombes souvent sur des gens compréhensifs, mais c'est vrai que ça peut gêner quelques fois. Ça peut gêner le soignant, soit le médecin ou l'infirmière ou l'aide-soignante.

Moi, je pense qu'il faut avoir un peu de tolérance, et puis expliquer aux gens. Expliquer aux gens les gestes qui vont être faits, à l'enfant mais aussi à la famille, c'est-à-dire que "on met le garrot pour opérer la veine", "on met l'EMLA parce que ça va endormir la partie", "la prise de sang, c'est tant de temps d'attente avant d'avoir les résultats".

Je pense qu'au plus tu vas passer du temps à expliquer les choses, c'est du temps gagné pour après. Les gens comprendront la douleur, l'attente, tout ça.

➤ ***Considérez-vous que la présence parentale est encouragée dans votre service ?***

Oui, de plus en plus.

Avant, quand je suis arrivée ici, on les faisait souvent sortir et maintenant, ils restent tous ou quasiment tous.

Je suppose que pour l'enfant, quand même c'est rassurant. Moi je trouve qu'il y a quand même des progrès qui ont été faits.

➤ ***Distribuez-vous le carnet douleur ?***

Non, mais on a sorti des feuilles de récompense qu'on donne à l'enfant lorsqu'il sort. Et on essaie de leur donner soit une sucette, soit un petit jouet. On essaie toujours de le récompenser en sortant.

➤ ***Avez-vous reçu une formation spécifique concernant la prise en charge des parents et leur présence dans la salle de soin ?***

Pas du tout. Aucune.

Mais je vais à Saint Germain en Laye, cette année avec ma collègue sur une semaine pédiatrique. Peut-être que, c'est même sûr, on aura la douleur et on parlera de ça.

➤ ***Des études démontrent la nécessité de la présence parentale. Pensez-vous que les comportements des équipes soignantes ont changé ?***

Oui, c'est ce que je disais. Au début, quand je suis arrivée, on les faisait sortir systématiquement et là, quasiment plus.

Aucune formation n'a été prévue au sein du service pour la prise en charge des parents face à la douleur de l'enfant. Par contre, c'est vrai que je disais au plus ça va au plus on les laisse. Moi, je trouve que depuis sept ans que je suis là, avant on les faisait sortir systématiquement et maintenant, on est beaucoup plus tolérant quand même.

Nous on préfère, parce que s'il n'y avait pas les parents, on serait obligé d'être avec l'enfant et on peut pas toujours être avec l'enfant aussi. On ne peut pas laisser l'enfant tout seul comme ça. On n'a pas les lits pédiatriques, on n'est pas des urgences pédiatriques.

c) Analyse de l'entretien

Son attitude lors du soin dépend de l'enfant lui-même. Ainsi, si l'enfant est attentif aux explications des soignants et docile, tout se passera bien. Alors que si l'enfant est terrorisé, il n'y a rien à faire parce que "ça sert à rien". Elle n'envisage pas ce qui pourrait être fait pour calmer l'enfant, à savoir intégrer ses parents au soin, notamment.

Elle parle aussi de la contention, comme s'il fallait en passer par-là, quand une situation est ingérable.

En ce qui concerne la prise en charge de la douleur, il semble que c'est un sujet qui lui tient particulièrement à cœur. En effet, dans un premier temps, elle est gênée d'exprimer ouvertement son désaccord avec la façon dont la douleur était prise en charge dans son service il y a 7 ans, puis elle insiste beaucoup sur les moyens de lutte contre la douleur qui sont actuellement mis en place afin de montrer clairement les progrès qui ont été faits dans ce domaine.

Malgré ces progrès, elle compare son service avec d'autres où selon elle, on soigne mieux la douleur et semble regretter que le traitement de la douleur ne dépende que des chefs de service.

Finalement, après 7 ans d'expérience, dépitée par les situations qu'elle a pu vivre, elle répète pour la troisième fois : "ça sert à rien". Elle a un sentiment d'impuissance puisque qu'elle n'est pas convaincue de l'intérêt ou de l'efficacité de ce qu'elle peut mettre en place.

Elle dit : "moi, je garde les parents. Moi, personnellement, je garde les parents". Elle se démarque du reste de l'équipe et souligne que le fait d'accorder une place aux parents lors du soin douloureux, est une attitude totalement personnelle. Elle prend position clairement et sous-entend qu'il n'y a pas de consensus d'équipe en la matière.

Dans la suite de l'entretien, elle reste cohérente puisqu'elle ne cite ni soin, ni situation où elle préfère faire sortir les parents.

Elle considère que la présence parentale est avantageuse car elle facilite le travail des soignants qui y gagnent à expliquer le soin, en temps notamment, et sécurise l'enfant psychologiquement et physiquement (structure non adaptée). D'ailleurs, elle dit : "je pense que ça sécurise l'enfant, même s'il va passer 10 minutes à hurler, il sait qu'il a quelqu'un de proche qui est là". Dans cette phrase, elle aborde la notion de désinhibition de l'enfant qui va pleurer pour s'exprimer en présence de ses parents.

Pour elle, le rôle des parents s'ils veulent rester, consiste à garder un contact physique avec leur enfant en lui tenant la main par exemple, mais aussi à lui parler afin de le distraire comme pourrait le faire la boîte à musique qui semble utilisée.

Elle reste lucide et me mentionne tout de même les désavantages de la présence parentale lors du soin. Il s'agit de la critique formulée par les parents, par incompréhension souvent, et des parents "excessifs en présence" qui, dit-elle, "déplaisent à l'équipe". C'est la première fois que la notion d'équipe est mise en avant. Elle comporte l'infirmière, le médecin, et l'aide-soignante.

Elle amène la notion de tolérance et semble penser qu'il y a un travail à faire avec ces parents envahissants et surprotecteurs qui sont exclus de la salle de soin, d'un commun accord par une équipe unie.

Elle évoque aussi la notion selon laquelle, un enfant qui a déjà vécu une expérience hospitalière est plus terrorisé qu'un enfant qui n'en a pas vécue. Ceci sous-entend que le premier contact avec le milieu hospitalier a été traumatisant. Alors, il serait intéressant de s'interroger sur les causes (structure, ambiance, soignants) qui génèrent une telle peur, afin d'améliorer notre prise en charge.

A priori, ils n'ont pas connaissance du carnet douleur mais ont bien intégré la nécessité de valoriser l'enfant en le récompensant par le petit diplôme, le jouet ou la sucette.

Il semble que l'accès à la formation concernant ce sujet l'intéresse beaucoup puisqu'elle va assister à une semaine pédiatrique sur la douleur.

Considérant ses 7 ans d'ancienneté, elle a pu comparer les progrès effectués dans le domaine de la prise en charge de la douleur et dans celui de l'accès des parents à la salle de soin.

Selon elle, les comportements ont changé, malgré le fait qu'il n'y a pas de formation au sein du service pour la prise en charge des parents face à la douleur de l'enfant.

4. Entretien n°2

a) Présentation de l'interlocuteur

Il s'agit d'un infirmier de 29 ans, sans enfant, diplômé depuis décembre 2001, qui a une expérience de 6 mois aux urgences.

b) Retranscription de l'entretien

➤ *Comment abordez-vous l'enfant et son entourage lors d'un soin douloureux ?*

D'abord, avant et avant tout, je vais essayer de mettre l'enfant en confiance. Souvent ils arrivent ici, ils sont terrorisés.

La première étape, c'est de mettre l'enfant en confiance en passant par les parents souvent, parce que c'est les parents qui créent un peu l'angoisse. Souvent, ils sont plus angoissés que le gamin lui-même. Donc on essaie de rassurer tout le monde. Le but, c'est que ce soit l'enfant qui soit rassuré, les parents aussi bien sûr. Ils sont plus aptes à comprendre que le petit.

➤ *Les parents peuvent-ils rester dans la salle de soin pendant le soin douloureux ?*

Si oui, quel est leur rôle et quelle est votre attitude à leur égard ?

Si non, pourquoi ?

Ça dépend. Ça, c'est à évaluer au coup par coup. Il y a des parents qui gèrent très bien,

qui sont aptes à entendre la douleur de leur enfant, qui comprennent, qui savent qu'on ne peut pas faire autrement et qui nous aident bien. Quand il faut les tenir pour les sutures, on aime bien qu'ils soient là, parce que quand ils se baissent, ils se mettent à la hauteur du petit qui voit sa mère ou son père, et ça le rassure. Les parents, quand ils gèrent bien, ils restent. Quand ils sont trop stressés, trop inquiets, on les fait sortir parce qu'on sait qu'on court à la cata.

➤ ***Existe-t-il des situations particulières ou des soins particuliers pour lesquels vous préférez que les parents sortent ? Citez-les.***

Non. Les soins particuliers où on aime bien qu'ils soient pas là, c'est les poses de perfusion souvent impressionnantes pour les parents, plus que les sutures, et les pansements de brûlure. Pour les sutures, souvent, ils restent.

➤ ***Quels sont les avantages et les inconvénients que la présence parentale représente dans votre pratique quotidienne ?***

C'est les mêmes.

Les avantages, c'est qu'ils rassurent l'enfant. L'enfant est en terrain conquis quoi, il connaît les personnes qui sont autour, ça tempore. Mais c'est aussi un inconvénient, parce que dès fois, ils angoissent plus le gosse qu'autre chose, donc ça va pas du tout.

L'un va avec l'autre. Dès fois, c'est un avantage qu'ils soient là, dès fois, c'est un inconvénient et vice et versa.

➤ ***Considérez-vous que la présence parentale est encouragée dans votre service ?***

Non, pas particulièrement. Ça dépend des gens. Ça dépend des circonstances. C'est évalué pour chaque cas. Il n'y a pas de protocole établi.

➤ ***Avez-vous reçu une formation spécifique concernant la prise en charge des parents et leur présence dans la salle de soin ?
Si oui, dans quelles conditions ?***

Non, j'ai fait un stage aux urgences pédiatriques à Marseille lors de mes études. C'est la seule formation que j'ai.

A Marseille, ils faisaient systématiquement sortir les parents. C'était rare quand les parents restaient. Par contre, la personne qui accueillait l'enfant en fonction des signes, lui collait deux patchs d'EMLA systématiques. Si jamais, il n'y avait pas besoin de le piquer, tant mieux pour lui mais au moins, le temps qu'ils attendent, le temps qu'ils soient pris en charge, ça avait fait effet.

c) Analyse de l'entretien

Le principal pour lui, c'est de "mettre en confiance" les parents pour atteindre l'enfant car pour lui, les parents sont plus aptes à comprendre la situation et à même de l'expliquer à leur enfant. Si une relation de confiance s'établit entre parents et soignant, elle s'établira de fait entre soignant et enfant. Ce terme de "confiance" est un terme très important puisqu'il constitue la base de la relation soignant-soigné.

Il considère que la présence parentale peut se révéler, soit bénéfique dans le cas où elle calme l'enfant, soit néfaste si elle angoisse l'enfant.

Pourtant, s'il a pris conscience que les parents sont aidants, il ne les accepte pas pour les poses de perfusions et pour les pansements de brûlure. Je pense que sa très courte expérience ne lui permet pas de supporter le regard parental lors d'un soin qui demande une certaine dextérité.

Par contre, pour les sutures qui sont un acte médical, les parents restent car ils sont utiles puisqu'ils rassurent leur enfant tandis que les soignants pratiquent la contention. Je serai donc tentée de conclure que les médecins de ce service ne sont pas réticents à la présence parentale.

Selon lui, la présence parentale n'est pas encouragée dans la mesure où elle n'est pas systématique et dépend vraiment des circonstances et des personnes, que ce soit les parents ou les soignants.

Il parle de "protocole" qui selon moi, ferait référence à une attitude préconisée entrant dans le cadre d'un projet de service.

Il n'a pas eu accès encore à une formation mais il accrédite ma thèse puisque selon ses dires, sur Marseille où le secteur pédiatrique est réputé, si la prise en charge de la douleur est meilleure, l'exclusion parentale est systématique.

La question des changements de comportements des soignants n'a pas été posée puisque son expérience professionnelle trop courte ne lui permettait pas d'y apporter une réponse analysable et utilisable.

5. Entretien n°3

a) Présentation de l'interlocuteur

Il s'agit d'une infirmière de 26 ans, diplômée en 97, rentrée à l'hôpital en 98. Elle a travaillé en gériatrie pendant 3 ans et demi et un an aux urgences.

Elle est mère d'un petit garçon de 2 ans et demi.

b) Retranscription de l'entretien

➤ *Comment abordez-vous l'enfant et son entourage lors d'un soin douloureux ?*

Tout dépend de l'acte en fait. Parce qu'il y a l'urgence pédiatrique où ils partent en grande salle, la famille reste dehors et on fait les soins. Ça, c'est quand les petits sont vraiment pas bien. Et puis après, il y a les consultations pédiatriques où ils vont en petite salle. C'est généralement pour des toux, des diarrhées, des gastro, donc là, les parents restent et tout dépend de l'angoisse en fait.

Tout dépend comment est le petit. Si le petit, on voit qu'il est angoissé mais que la présence des parents fait monter l'angoisse, on dit aux parents de sortir. Si on voit que ça tempère, on les laisse. Tout dépend des cas. Pour les sutures aussi, ça dépend où est située la suture et qui va la suturer aussi (sourire). Selon, les médecins, il y a des médecins qui préfèrent ne pas avoir la famille parce que souvent on arrive plus facilement à gérer un enfant quand il n'y a pas les parents et dès fois, ils préfèrent qu'il y ait les parents. C'est fonction de la relation parent-enfant. On voit très rapidement, si on a un enfant qui est cloisonné avec ses parents, on pourra pas lui faire sa suture parce qu'il va tout le temps appeler ses parents à l'aide, enfin à l'aide...sans qu'il y ait une notion de danger réel et pour nous, ce sera ingérable. Alors, on aura beaucoup plus de facilité quand les parents ne seront plus là parce que l'enfant sera détaché de ses parents et il sera plus à notre écoute. On ne peut pas dire que c'est une constance d'avoir les parents.

Et puis, on utilise pour les sutures généralement l'entonox, le MEOPA, c'est un anesthésiant donc, en fait, après ils se souviennent pas non plus.

➤ *Les parents peuvent-ils rester dans la salle de soin pendant le soin douloureux ? Si oui, quel est leur rôle et quelle est votre attitude à leur égard ? Si non, pourquoi ?*

Généralement, on leur demande : "vous restez à côté, vous lui tenez la main, vous lui parlez". Il faut qu'ils détournent l'attention de l'acte qu'on fait.

➤ *Existe-t-il des situations particulières ou des soins particuliers pour lesquels vous préférez que les parents sortent ? Citez-les.*

Comme, je t'ai dit, en grande salle, ils ne rentrent pas au départ, s'il faut les intuber... quoi, si c'est de gros actes, on préfère avoir à soigner le petit que de s'occuper des parents s'ils tombent dans les pommes. Ou quand on sent que les parents pourront pas supporter émotionnellement, même une petite piqûre chez leur enfant, on les fait sortir.

➤ *Quels sont les avantages et les inconvénients que la présence parentale représente dans votre pratique quotidienne ?*

Avantage : si les parents sont bien, gèrent leur stress, ils peuvent destresser l'enfant.

Inconvénient : si les parents ne gèrent pas leur propre stress, ils peuvent accroître le stress

de l'enfant.

➤ ***Considérez-vous que la présence parentale est encouragée dans votre service ?***

Oui, oui, c'est pas freiné, quoi.

Les parents, on les fait rentrer avec les enfants. Il n'y a pas de problème.

➤ ***Distribuez-vous le carnet douleur ?***

Non, parce qu'après, s'ils sont hospitalisés, ils vont en pédiatrie. Là après, nous on peut pas...

Nous par contre, on donne des malous. C'est des nounours que des associations nous donnent et en fait, c'est le cadeau ou le diplôme où il est écrit que l'enfant a bien réussi l'acte donc tu vois, ça les valorise. C'est soit le malou, soit le certificat.

➤ ***Avez-vous reçu une formation spécifique concernant la prise en charge des parents et leur présence dans la salle de soin ?***

Si oui, dans quelles conditions ?

Non.

➤ ***Des études démontrent la nécessité de la présence parentale. Pensez-vous que les comportements des équipes soignantes ont changé ?***

Je pense que ça vient du soignant. Il n'y a pas eu une évolution à mon avis dans le temps par rapport aux études parce que nous, on n'a pas de retour.

Non, parce qu'après quand on est en service, tu verras, ça dépend du service et puis ça dépend de la situation, ça dépend de ...C'est des cas d'école et puis après tu as le boulot. Tout dépend après comment tu sens les personnes, comment tu sens l'enfant, comment se présente la situation, s'il y a du monde, si...voilà.

Je pense que ça aide quand les parents sont prêts à faire face à une prise de sang à leur enfant et c'est pas tous les parents. On a encore le discours de parents qui disent : "si t'es pas sage, on te fera une piqûre" donc forcément, c'est pas des parents aidant. Nous, on disait : "ne dites pas ça parce qu'on va lui faire, alors qu'il n'aura rien dit". Il faut aussi que les parents aient préparé l'enfant, parce que souvent ils ne sont pas prêts. Ils arrivent dans un service, qui n'est pas vraiment adapté pour eux, qui reçoit plein de monde, des personnes âgées qui sont pas biens et qui crient. Il y a des gens qui ont mal, qui crient aussi, donc c'est une atmosphère pas du tout rassurante.

Donc, c'est vrai que pour un enfant, de toute façon, venir aux urgences, c'est traumatisant pour un enfant même si on lui fait rien. On ne peut pas faire autrement parce qu'on a un service qui est mal conçu. A l'heure actuelle, la salle de pédiatrie est tout au fond du service c'est-à-dire qu'avant d'aller là-bas, l'enfant doit traverser tout le service.

Donc, du moment qu'il a cinq ans, même avant, il voit bien ce qui se passe autour de lui. Et donc, il a rien pour être rassuré parce qu'on court partout, parce qu'on va vite, parce

que...

➤ *Avez-vous des réflexions à apporter sur le sujet ?*

J'ai une expérience personnelle à raconter. Il a fallu que j'amène mon fils aux urgences pédiatriques à Narbonne et puis ils m'ont fait sortir pour un bilan sanguin et un urinocol. Depuis, les blouses blanches, il en a peur. Il sait que je travaille à l'hôpital mais les soins, les piqûres, machin, truc, non, non. Il angoisse maintenant alors que je suis sûre, que si elle m'avait laissée, ça aurait pu mieux se passer. Je pense que j'étais capable de rester à côté de lui. C'était pas le souci.

c) Analyse de l'entretien

En ce qui concerne la question sur sa façon d'aborder les enfants et leur entourage lors du soin douloureux, elle ne répond pas directement et en tout cas ne m'informe pas de son attitude par rapport aux parents, à savoir, les accepte-t-elle dans la salle de soin ?

Son expérience personnelle qui apparemment l'a marquée, montre bien qu'il y a une souffrance chez le parent comme chez l'enfant. Malheureusement, ça n'a pas été suffisant pour qu'elle considère que le parent est indissociable du soin et qu'elle en tienne compte dans sa pratique.

Elle considère le fait que les parents assistent au soin comme positif s'ils rassurent leur enfant et négatif si ne pouvant gérer leur anxiété, ils angoissent l'enfant ou interfèrent avec la pseudo autorité du soignant, qui n'est pas écouté.

Selon elle, la présence parentale n'est pas systématique et dépend à la fois de la situation (urgence vitale ou simple consultation), du soignant (médecin ou infirmier) et de la relation parents-enfants.

Elle explique que si l'enfant est dans une relation de forte dépendance avec ses parents, ou une relation dite "cloisonnée", il ne va pas accorder son attention au soignant mais à ses parents auprès desquels il recherchera soutien et aide. Ceci, évidemment va rendre le soin difficile et la position du soignant inconfortable.

Il n'y a pas de soins particuliers pour lesquels elle préfère faire sortir les parents, seulement des situations, comme les urgences vitales avec de gros actes techniques impressionnants pour les parents, et le malaise parental émotionnel face à la douleur de leur enfant et physique à la vue du sang.

Si elle ne dit pas clairement son opinion concernant la présence parentale, on peut supposer qu'elle n'y est pas défavorable puisqu'elle énumère les conseils nécessaires à prodiguer aux parents pour définir leur rôle lors du soin : rester à côté de l'enfant, lui tenir la main et lui parler pour détourner son attention de l'acte.

Elle oppose un "oui" catégorique quand je lui demande si la présence parentale est encouragée dans le service mais se reprend en disant "ce n'est pas freiné". Autrement dit, chacun est libre d'agir comme bon lui semble. Il n'y a donc pas de consensus d'équipe qui favorise la présence parentale.

Au sujet des antalgiques, il semblerait qu'elle a des lacunes car elle dit que le MEOPA permet d'effacer le souvenir. Ceci est totalement inexact mais, vu sous cet angle, semble déculpabilisant. Ce qui m'amène à penser qu'elle n'a pas souvent eu l'occasion d'utiliser ce genre de produit, dans le service.

Ses connaissances limitées peuvent s'expliquer par le fait qu'elle a peu de vécu concernant les situations pédiatriques puisqu'elle n'a travaillé qu'en gériatrie et un an seulement aux urgences.

Par contre, il semblerait qu'ils aient bien intégré l'importance de récompenser l'enfant par un nounours ou de valoriser son courage par un petit diplôme.

Elle a répondu qu'elle n'avait pas eu de formation concernant mon sujet mais sa réponse laconique ne me permet pas de conclure quoique ce soit sur l'intérêt qu'elle porte à ces formations.

Elle explique que selon elle, les comportements n'ont pas changé car ceux-ci dépendent du service c'est-à-dire du consensus d'équipe, de la situation, du soignant lui-même et de sa façon de concevoir les soins qu'il soit ou non influencé par une formation scolaire.

6. Entretien n°4

a) Présentation de l'interlocuteur

Une infirmière de 32 ans diplômée depuis 93. En 9 ans, elle a travaillé dans différents services de réanimation dont la réanimation pédiatrique et néonatale, aux urgences et en SMUR.

Elle a une fille.

b) Retranscription de l'entretien

➤ *Comment abordez-vous l'enfant et son entourage lors d'un soin douloureux ?*

Ben moi, généralement, je... Aborder en terme de ... quoi ?

Ah ! Oui, moi généralement, non seulement... Les parents, je leur dis ce que je vais faire avant. Si le petit est en âge de comprendre, à partir de 2 ans, on peut leur expliquer. Je leur dis, par exemple pour la piqûre : "tu sais, ça va être comme un moustique. Tu as déjà été piqué par un moustique ?" J'explique aux parents et à l'enfant.

Moi, globalement, j'essaie que les parents soient là pour le soin. Je ne les fais sortir que si eux me disent : "je vais tomber dans les pommes", "je supporte pas la vue du sang", "je supporte pas d'entendre pleurer mon enfant", enfin des choses comme ça.

Voilà, ça c'est une conviction personnelle parce que j'estime que quand l'enfant souffre ou qu'il pleure et ben, le parent, ça...

Enfin, moi je vois pas le côté négatif de laisser le parent lors du soin. Je vois pas. Même si le parent est angoissé, je crois qu'il communique pas l'angoisse et que l'enfant, il est plus rassuré de voir une tête qu'il connaît que trois blouses blanches penchées au-dessus de lui.

➤ ***Existe-t-il des situations particulières ou des soins particuliers pour lesquels vous préférez que les parents sortent ? Citez-les.***

Non, moi ça ne me gêne pas qu'ils me regardent. Je veux dire, moi je suis sûre de la maîtrise de mes soins donc ils me regardent, même si l'enfant, je le pique 2 fois parce que la première fois, il a bougé ou j'ai pas réussi ou... Non, moi je pense...

Enfin moi je me situe en tant que maman, je sais pas comment réagissent les infirmières qui ne sont pas mamans mais moi, il est hors de question qu'on me fasse sortir d'une salle où on va faire une prise de sang à ma fille parce que je sais comment... En plus les parents savent aussi comment maîtriser l'enfant, ils savent un petit peu bon... Il y a des choses qu'on sait. Moi je sais que ma fille, elle bougera pas si je l'ai, si je suis là, etc. Elle va être plus angoissée de me voir sortir que de ...

Donc, bon alors après, peut-être que c'est propre à chacun avec son propre vécu, peut-être que quelqu'un qui n'a pas d'enfant, va dire "oh, non, moi les parents..."

Mais moi, je pense qu'ils font partie du soin, contrairement aux adultes où un adulte a moins besoin de sa famille. Un enfant, il est quand même tributaire de ses parents, même dans la vie de tous les jours.

➤ ***Quels sont les avantages et les inconvénients que la présence parentale représente dans votre pratique quotidienne ?***

Pour moi, il n'y a que des avantages sauf si, dans deux cas, les parents se sentent mal, ils ne supportent pas de voir une prise de sang, etc. et les parents vraiment... (hésitation) très chiants. Je devrais pas dire ça mais les parents qui sont là, qui regardent, qui... "eh ben, pourquoi vous faites ça ?"

Voilà, vraiment les parents trop...qui nous empêchent de faire le soin correctement et là, il faut les faire sortir.

Ou sinon, il y a aussi les familles. Ils rentrent à cinq dans la salle de soin, et où forcément, il faut faire sortir les cinq parce que soit c'est les cinq, soit, c'est personne.

➤ ***Considérez-vous que la présence parentale est encouragée dans votre service ?***

A mon avis, oui. Enfin, j'ai plusieurs sons de cloche mais je pense que la plupart de mes collègues laissent les parents sauf dans ces deux cas extrêmes que j'ai cités auparavant mais en général, je pense qu'on laisse, oui, les parents. Vous verrez par rapport à l'enquête, moi j'ai l'impression que oui, en en parlant...

➤ ***Distribuez-vous le carnet douleur ?***

Non parce qu'en fait, le problème par rapport à un service de pédiatrie, où ils ont le temps

par exemple chez les malades de longue durée, nous ici, c'est l'urgence, donc l'enfant vient, il a 40 de fièvre depuis 3 jours, il faut qu'on trouve.

Donc, je veux dire, le patch EMLA, c'est rare qu'on le pose. La plupart du temps, soit c'est parce que bon, il faut avoir la prise de sang tout de suite sinon on perd encore une heure, soit c'est à la demande des parents parce qu'ils disent : "tant pis, il pleurera un bon coup mais au moins on n'attendra pas une heure de plus parce qu'ici, bon, c'est...".

Donc, c'est vrai, toutes ces échelles de douleur... Nous on le voit en tant que professionnel, on voit bien si l'enfant a mal. On voit les signes surtout au niveau du visage et pour les enfants qui parlent, ils s'expriment.

Mais c'est vrai que toutes ces échelles de douleur... la EVA, un petit peu de temps en temps mais c'est très rare. Très rare parce que ici, c'est l'urgence, et c'est le premier soin, après dans les services, ils ont plus le temps. Ils ont plus aussi, quand ils soignent les enfants au long cours, le temps de voir si le traitement est efficace. Nous à la limite, même si on va mettre un antalgique, après on va pas suivre l'enfant parce qu'il va aller en service. Donc, le problème, c'est qu'après, on n'a pas l'évaluation. Donc c'est vrai qu'à ce niveau là, c'est vrai que c'est un peu frustrant pour nous, quelque part. On fait la première démarche mais après, on n'a pas la suite.

- *Avez-vous reçu une formation spécifique concernant la prise en charge des parents et leur présence dans la salle de soin ?
Si oui, dans quelles conditions ?*

Non, pas du tout. Moi, je le fais comme je le sens. Non, non, pas du tout.

- *Des études démontrent la nécessité de la présence parentale. Pensez-vous que les comportements des équipes soignantes ont changé ?*

Je sais pas parce que... A mon avis, ça c'est propre à chacun. C'est dur même si on a fait une formation, même si de plus en plus... je crois qu'après, ça c'est propre à chacun, il y en a qui vont faire sortir systématiquement les personnes et puis, il y en a d'autres, comme moi, dont mes convictions, c'est de laisser les parents.

Donc ça, j'ai l'impression que ça évolue mais doucement, doucement, doucement...

c) Analyse de l'entretien

D'emblée, grâce à sa réponse adaptée à la question sur sa façon d'aborder l'enfant et son entourage lors du soin douloureux, on se rend compte que son expérience importante des services pédiatriques lui a permis de travailler cette question et de prendre position.

De par son expérience des services dits "techniques" comme la réanimation, elle a acquis une certaine dextérité qui l'aide à accepter le regard parental.

Pour elle, il est primordial d'informer l'enfant mais aussi les parents pour que le soin se déroule le mieux possible. Il lui semble important de ne pas imposer brutalement le soin mais de l'expliquer en vue d'obtenir la coopération et la confiance de l'enfant et de ses parents.

A première vue, elle ne voit aucun inconvénient à la présence parentale et contrairement à ses collègues, ne considère pas la présence parentale angoissante pour l'enfant lors du soin.

Pourtant, elle se contredit plus tard et cite, non pas des soins pour lesquels elle préférerait que les parents sortent mais des situations qui lui semblent difficilement gérables. Il s'agit des parents qui ne supportent pas l'acte, des familles nombreuses et envahissantes et des parents comme elle dit "chiants". Elle est gênée par ses propres propos car elle culpabilise de ne pouvoir être en accord avec ses idées dans toutes les situations. Mais le fait est là, certains parents, rares heureusement, malgré nos explications qui nous semblent claires, ne nous font pas confiance et s'interrogent sur les soins qu'on prodigue.

Tout ceci découle d'un problème de compréhension mais encore faudrait-il être capable de se remettre en question, à savoir "Ai-je été claire ? Me suis-je bien fait comprendre ? Mes explications ne sont-elles pas de l'ordre du jargon professionnel ?"

De plus, son rôle de mère lui permet de comprendre plus facilement la nécessité de collaborer avec les parents car ils connaissent intimement leur enfant. Elle se projette en situation où sa fille devrait subir un soin agressif et dit clairement qu'elle n'accepterait pas de sortir.

Selon elle, la présence parentale est favorisée dans le service même si certains de ces collègues restent encore réfractaires.

Par contre, elle considère que la prise en charge de la douleur n'est pas satisfaisante. Les échelles d'évaluation de la douleur qui ne sont pas adaptées à l'urgence, ne sont pas utilisées, ce qui n'empêche pas de constater la douleur et de la traiter. Mais l'évaluation de l'efficacité du traitement est inexistante, et entraîne un sentiment de frustration.

Pour la question de la formation, elle oppose un "non" insistant et dit "je fais comme je sens" ce qui implique qu'elle ne sait pas si elle fait bien ou mal.

D'après elle, les comportements des soignants sont en évolution mais très lente. En effet, le changement d'attitude nécessite une prise de position, une réflexion personnelle avec un cheminement lié aux convictions personnelles, indépendant d'une formation.

7. Entretien n°5

a) Présentation de l'interlocuteur

Il s'agit d'un infirmier de 33 ans, diplômé depuis 5 ans et père de deux enfants. Il a une expérience très variée puisqu'il a travaillé dans divers services de médecine, en gériatrie, en psychiatrie, en service de réanimation et d'urgences.

Il est aux urgences de Nîmes depuis deux ans.

b) Retranscription de l'entretien

➤ *Comment abordez-vous l'enfant et son entourage lors d'un soin douloureux ?*

J'essaie de voir comment sont les parents, si c'est des gens angoissés. J'essaie le plus souvent de garder l'un des membres de la famille, que ce soit la mère ou le père, celui qui a le plus de chances de pas surangoisser l'enfant et éventuellement tomber dans les pommes. C'est pas à exclure mais j'essaie dans le meilleur des cas de garder un membre de la famille.

Mais bon, c'est vrai qu'après, dès fois, c'est quasiment impossible parce que les enfants sont dans un tel état d'angoisse et de surexcitation que les soins sont impossibles si on garde l'un des membres de la famille mais bon, en général, j'ai pour principe de garder ou le père ou la mère. Et souvent, c'est le père que je garde, non pas parce que la mère me paraît... mais c'est surtout vis à vis des soins agressifs qu'on fait. Les mères le supportent moins bien que les hommes, quoi, mon expérience de 2 ans.

➤ *Les parents peuvent-ils rester dans la salle de soin pendant le soin douloureux ? Si oui, quel est leur rôle et quelle est votre attitude à leur égard ? Si non, pourquoi ?*

Mon attitude à leur égard, c'est... Souvent, je leur dis de parler, parce que paradoxalement, ils caressent beaucoup leur enfant mais ils lui parlent très peu. Donc je leur indique de parler parce que c'est vrai que par la parole, souvent, l'enfant est calmé. C'est tout ce qu'il retient parce que souvent, on leur met un champ sur la figure donc une main, c'est très impersonnel, même si pour la mère, ça la rassure, je pense pas que ça rassure l'enfant. Voilà, c'est ma consigne majeure : parler à l'enfant. Et pas lui dire qu'on ne va pas lui faire mal. Si on est amené à faire un acte douloureux, il vaut mieux lui dire sans mentir.

Bon, c'est vrai que mon discours, il est différent suivant le milieu social à qui j'ai affaire (sourire). Non, mais c'est vrai aussi, si j'ai affaire à quelqu'un qui comprend... parce qu'il y en a qui sont choqués quand on dit à un enfant : "je vais faire une prise de sang, dans un premier temps, tu auras mal". Il y a des parents qui disent : "mais, il ne faut pas lui dire, vous allez faire une piqûre de moustique !". Bon, quand les gens partent comme ça, je vais dans leur sens, je vais pas leur refaire leur éducation.

➤ *Existe-t-il des situations particulières ou des soins particuliers pour lesquels vous préférez que les parents sortent ? Citez-les.*

Dans l'urgence réelle, c'est-à-dire quelqu'un, un petit, ça m'est arrivé en 2 ans, ça a dû m'arriver 3 ou 4 fois, c'est-à-dire quelqu'un qui fait une méningite à méningocoques, c'est que de la technique, il faut essayer de perfuser, et là, les parents n'ont pas leur place. Même si ça peut être choquant, quand il y a vraiment un gros gros problème ou une pose de voie centrale sur un petit, là, on fait évacuer.

Maintenant, il n'y a pas de soin particulier où... je pense que les parents peuvent être présents. Mais c'est toujours pareil, après s'il est prêt à jouer le jeu, à admettre...

Il faut vraiment que le parent comprenne : il n'y a pas d'acte, l'infirmier n'est pas amené à faire d'actes qui ne font pas mal. Même une pose d'urinocol prend un caractère

dramatique parce que bon, ben... il va pleurer leur enfant, il faut aussi qu'ils l'admettent, ça.

Sinon, non, il n'y a pas de soin que ce soit la prise de sang... Moi, je fais des prises de sang en jugulaire externe sur des enfants, je garde les mères ou le père mais après leur avoir expliqué ce que je vais faire quand même parce que c'est un peu... On fait pas de soin où...

Je pense que c'est pas plus mal. Mais après c'est de la pratique, on voit très bien la relation père/mère si... C'est vrai que dès fois, on sent que les parents ne vont rien nous apporter, ils vont créer une surangoisse mais c'est rare.

Mais bon, c'est pas un plaisir de s'occuper des petits. Moi personnellement, aux urgences, on tourne, c'est un poste qui tourne et c'est vrai que c'est pas... Je pense de tous les postes aux urgences, c'est le poste le plus stressant parce que c'est des pleurs, c'est de l'angoisse des parents, c'est de l'agressivité des parents parce que bon, ça se comprend parce qu'on touche leur gamin.

Donc la journée où on est de pédiatrie, c'est pas une partie de plaisir.

➤ ***Considérez-vous que la présence parentale est encouragée dans votre service ?***

Non, il n'y a pas de démarche vraiment dans ce sens. Après, c'est une démarche personnelle. Moi, je suis père de deux enfants donc je raisonne comme j'aimerais qu'on fasse avec mes enfants.

Non, non, il n'y a pas une politique, en tout cas je l'ai pas perçue qui tend à...c'est...chacun fait un peu ce qu'il veut.

Donc moi, je fais ça parce que je suis père de famille et je pense que les parents ont leur place. Maintenant, je sais pas comment font mes collègues. Moi, je fais ça, voilà.

Mais il n'y a pas une politique, on n'a pas été formés spécialement pour, c'est empirique, moi je fais ce que je fais avec mes enfants. Tout ce qui est prise de sang, c'est moi qui le fait à mes enfants. Voilà, je me comporte comme j'aimerais qu'on se comporte avec mes enfants.

➤ ***Des études démontrent la nécessité de la présence parentale. Pensez-vous que les comportements des équipes soignantes ont changé ?***

La place de l'enfant au sein de la famille a changé donc, oui, oui, je pense qu'il y a une prise en compte de la psychologie de l'enfant.

Mais il y a des progrès à faire. C'est indéniable, je ne vais pas vous dire qu'on fait un travail excellent, loin de là. C'est le volume qui fait qu'on est pressé, on pourrait faire beaucoup mieux au niveau de l'utilisation de l'EMLA, on le fait pas chez nous.

Il y a beaucoup eu de réflexion mais d'application, il n'y en a pas.

On ne le met pas parce que le temps qui nous est imparti ne nous permet pas de la mettre pour que ce soit efficace.

Non, il y aurait des améliorations à faire mais c'est toujours pareil, avec le volume de jeunes qu'on traite, la structure architecturale qui s'y prête pas...

Non, il y a des progrès à faire et il n'y a pas de politique vraiment mise en œuvre pour ça.

c) Analyse de l'entretien

Quand il énonce "j'ai pour principe de garder ou le père ou la mère", on comprend que pour lui, c'est une règle de conduite d'intégrer au moins un des deux parents au soin. Il précise que souvent, il garde le père parce qu'il supporterait mieux l'agressivité du soin que la mère. Ne serait-ce pas une projection par rapport à sa propre situation familiale ?

Cette attitude projective est reprise plus tard quand il explique son positionnement quant à la présence parentale par la phrase : "voilà, je me comporte comme j'aimerais qu'on se comporte avec mes enfants".

Pourtant certaines situations ne lui permettent pas de respecter ce principe qu'il s'est fixé. Il cite la surexcitation et l'angoisse de l'enfant, l'angoisse des parents, le malaise parental et l'urgence réelle. D'ailleurs, lors de l'urgence vraie, il dit "on fait évacuer". L'emploi de ce terme rappelle les champs de bataille ou en tout cas les situations catastrophes où la confusion et le désordre règnent.

Il a bien compris que collaborer avec les parents est un atout pour les soignants même si "dès fois, ils ne vont rien nous apporter". Surtout, s'ils ne sont pas capables d'admettre qu'il est inévitable que leur enfant souffre et pleure car l'infirmier n'est jamais amené à faire d'actes indolores ou atraumatiques.

Il donne des conseils comme parler à l'enfant, sans mentir, le câliner...aux parents qui sont à même de comprendre. Mais, il refuse de jouer son rôle éducatif envers les parents qui risqueraient de lui opposer une certaine résistance.

Soigner les enfants n'est pas son choix puisque c'est un poste qui tourne. Pour lui, la pédiatrie, c'est difficile et stressant à cause de ce qui est renvoyé au soignant. Ce sont les pleurs, l'angoisse et l'agressivité des parents.

Il considère qu'il n'y a pas de consensus d'équipe pour accepter les parents lors du soin car c'est une démarche personnelle.

Selon lui, les comportements ont changé à cause d'une prise en compte de la psychologie de l'enfant dont la place au sein de la famille a changé. Mais, il affirme qu'il y a des progrès à faire encore, surtout en ce qui concerne la prise en charge de la douleur, que la surcharge de travail ne facilite pas.

8. Entretien n°6

a) Présentation de l'interlocuteur

Il s'agit d'une infirmière de 52 ans, sans enfant, diplômée en 70 ayant travaillé en service de neurochirurgie, cancérologie et hématologie adulte et travaillant depuis 74 en pédiatrie dont la chirurgie infantile.

b) Retranscription de l'entretien

➤ *Comment abordez-vous l'enfant et son entourage lors d'un soin douloureux ?*

J'essaie d'expliquer. L'explication, j'essaie de la faire passer par le jeu ou par les systèmes ludiques parce que c'est ce qui marche le mieux avec les enfants et puis c'est mon caractère.

Et je pense qu'il faut...Je dis la vérité. Je suis très attachée à ce qui est vrai quitte à reprendre les parents et j'explique ce qui fait mal, ce qui fait pas mal avec la notion qu'on peut aider si besoin.

➤ *Les parents peuvent-ils rester dans la salle de soin pendant le soin douloureux ?*

Si oui, quel est leur rôle et quelle est votre attitude à leur égard ?

Si non, pourquoi ?

A la période Dolto, j'ai été très favorable à ce que les parents restent dans la salle de soin. Ça a été une période où on faisait rentrer les parents, où on essayait de leur expliquer...et il y avait une grande découverte de l'enfant.

Maintenant, dans les conditions où on travaille, où il y a énormément de gens qui passent, en consultation aux urgences, où il y a une éducation à faire vis à vis des parents dont le comportement est anarchique et tout... De premier abord, je les fais sortir pour ne pas avoir et à me battre et à responsabiliser les parents, à expliquer à l'enfant... C'est trop lourd. C'est trop lourd (soupirs).

Si je peux, je les fais sortir. S'ils insistent, si les parents sont très posés, que je me rends compte qu'ils sont à l'écoute de leur enfant et qu'ils ne vont pas transformer tout ce qu'on dit à l'enfant : "non, ça fait pas mal", "non, c'est rien", mettre les mains sur les champs. Moi, j'ai eu des parents qui m'ont enlevé le cathéter au moment où je le posais. Je peux plus (soupir). Ça, c'est vraiment quelque chose qui m'est insupportable et vraiment, il faut que je me rende compte très vite que les parents sont responsables, capables d'aider leur enfant, autrement, je les fais sortir.

Ça c'est vraiment, ...alors que raisonnablement, je pense que le parent peut-être d'une grande aide et peut apporter énormément à l'enfant, et que c'est que nous que ça dérange. Mais il est inconcevable d'être dérangé à tout moment, d'être obligé de remettre les gens à leur place, de reprendre ce qui...c'est une perte de temps et d'énergie énorme et moi, je supporte plus (soupir).

➤ *Existe-t-il des situations particulières ou des soins particuliers pour lesquels vous préférez que les parents sortent ? Citez-les.*

Il y a des soins qui peuvent être traumatisants pour les parents et l'enfant a besoin après parfois, que les parents ne participent pas à ce genre de soin. Les méchages sont des soins qui sont difficiles. Pour les pansements de brûlés, les parents peuvent aider mais s'ils sont très importants et que l'enfant ressent la douleur et puis le regard des parents sur la plaie, ça peut aggraver la répercussion morale qu'il y a sur l'enfant donc c'est pas toujours bon. Alors qu'il est bon qu'on soit seul et que ça se passe entre nous pour qu'on soit seul les

acteurs de ce qui se passe, de ce qui fait mal, de ce qui est douloureux. Moi il me semble. Il me semble parce qu'après les parents peuvent être là pour consoler et pour aider à faire les câlins. Ils ne sont plus acteurs de quelque chose qui est douloureux.

Maintenant, ça dépend de l'âge. On le fait pour un enfant qui est petit, un enfant de deux ans, avant deux ans. Après on peut expliquer à l'enfant.

Dans tous les soins, si les parents sont des parents bien structurés et bien équilibrés, s'ils sont capables de prendre à charge leur émotivité pour aider leur enfant, il n'y a pas de raison.

Les parents peuvent être là à tout moment, mais ça demande à ce qu'eux aient un bon équilibre. Si émotivement, ils ne sont pas capables d'accepter quelque chose et c'est difficile de demander à une mère d'accepter que son enfant soit brûlé, c'est difficile de demander à une mère d'accepter que son enfant ait mal sans qu'elle n'ait pas un ressenti négatif alors que nous, on a de la distance vis à vis de ça.

Les parents, on ne peut pas leur demander d'avoir de la distance vis à vis de ça. Ils ne sont plus parents. On les met dans un rôle où on leur enlève le rôle de parent c'est-à-dire le rôle où ils peuvent aider mais où ils n'ont pas à être soignants pour des choses qui sont douloureuses et profondément dégradantes physiquement, ils n'ont pas à jouer ce rôle, je pense.

Je crois qu'il faut que chacun garde un rôle vis à vis d'un enfant et nous, on a un rôle de soignant, on est là pour les mauvais côtés. Les bons côtés, on doit les laisser aux parents.

Par contre, on n'est pas là...qu'on soit là pour être à l'écoute de l'enfant et tout, mais il faut toujours préserver les câlins pour les parents. On ne doit pas confondre les rôles, je crois.

Alors, c'est vrai qu'il y a des moments où les parents peuvent aider mais ils peuvent aussi bien aider en étant présent après, sans participer à une douleur dont ils ne doivent pas être acteurs. C'est pas eux qui soignent. Ou ils soignent et à ce moment là, c'est réglé le problème ; ou c'est nous qui soignons et on nous laisse soigner avec l'enfant.

On peut avoir un rapport à 3 en triangle mais c'est un rapport ambigu de toute manière. Même si le parent ne participe pas et qu'il se met de notre côté. Le rapport à 3 est ambigu parce que déjà, pour nous il y a le regard des parents qui remet en cause notre position. Si déjà, il n'a pas confiance, s'il a un doute, s'il a peur qu'on pique mal, s'il a peur qu'on fasse mal, il a un regard qui est gênant parce qu'il remet en doute nos capacités ou nos qualités et on n'a pas la même façon de travailler avec le parent que sans le parent même si on doit apprendre à travailler avec eux, ça, je ne...

Et en plus, vis à vis de l'enfant, l'enfant est pris entre deux regards, celui du soignant qui dit : "il faut faire comme ça", celui du parent qui se dit : "est-ce qu'il faut faire comme ça ?" Ce n'est plus une situation qui est nette et structurante.

Un enfant surtout dans les moments de déséquilibre, il a besoin de structure, de quelque chose de solide et s'il y a quelqu'un qui met en doute cette solidité, il n'est pas bien.

Je crois... ça n'empêche pas que...c'est pas pour cacher ce qu'on fait avec un enfant. De toute façon, un enfant, il parle, il dit maintenant ce qu'il se passe et s'il n'est pas content des soins, il sait qui le soigne, comment. Mais c'est parce que souvent, d'abord nous, on est plus à l'aise parce qu'on cherche la confiance de l'enfant, on n'a pas à chercher la confiance de deux personnes et le rapport se passe entre deux. C'est moins, c'est beaucoup moins ambigu.

➤ ***Considérez-vous que la présence parentale est encouragée dans votre service ?***

Elle est pas refusée mais pas plus encouragée.

Personnellement, si les gens y tiennent, je les laisse. Ça ne me gêne pas. Ça fait longtemps que je travaille.

Ça ne me gêne pas de travailler avec eux, mais je pense qu'on peut avoir plus de connivence si parfois, ils nous laissent une aire de liberté avec leur enfant comme ils laissent une aire de liberté aux instituteurs quand ils amènent leur enfant à l'école. Si demain, les parents s'assoient à côté de leurs enfants quand ils vont à l'école, ça ne sera plus pareil. Les choses vont changer. Alors, peut-être en bien pour certains, en mal pour d'autres mais ça ne sera plus le même rapport.

➤ ***Distribuez-vous le carnet douleur ?***

On n'a pas un carnet douleur mais par contre on a une réglette douleur et on a fait une étude sur la douleur.

Parce qu'on ne peut pas, ici. Le passage est trop bref pour avoir un carnet avec le suivi.

➤ ***Avez-vous reçu une formation spécifique concernant la prise en charge des parents et leur présence dans la salle de soin ?***

Si oui, dans quelles conditions ?

Non.

Non, j'ai fait beaucoup de choses sur la psychologie de l'enfant, sur... mais je n'ai pas eu une formation spécifiquement sur les parents, sur les gens difficiles mais pas sur le rapport parent-enfant.

➤ ***Des études démontrent la nécessité de la présence parentale. Pensez-vous que les comportements des équipes soignantes ont changé ?***

Alors, depuis que je travaille, je pense que le comportement a énormément changé.

D'abord parce que l'enfant est pris comme un élément indépendant avec lequel on va s'expliquer et avec lequel on va essayer d'avoir un rapport d'honnêteté.

Maintenant, on fait des contrats avec l'enfant, un contrat psychologique en lui expliquant bien ce qu'il va avoir et ça tout le monde le fait maintenant alors que ça ne se faisait pas il y a quelques années. Tout le monde explique bien, ce qu'on va lui faire. Tout est expliqué, tout est dit. On n'annule pas l'enfant pour expliquer aux parents. C'est-à-dire, que bien souvent même on va expliquer à l'enfant parfois avant qu'on explique aux parents qu'est-ce qui va se passer avec lui, pourquoi on lui fait une prise de sang, à quoi ça correspond, qu'on n'est pas là pour l'embêter mais qu'on est là pour l'aider à se soigner. Ça c'est quelque chose que presque toutes les équipes font maintenant, ou tout le monde fait, parce que la psychologie de l'enfant est...les gens savent bien maintenant comment fonctionne l'enfant.

Et on a un rapport avec l'enfant qui est bien déterminé, qui est approprié à l'enfance alors que ça ne se faisait pas avant, il y a quelques années.

On expliquait aux parents. On disait pas toujours à l'enfant ce qu'on allait lui faire,

pourquoi on lui faisait les choses comme ça, on lui disait pas que ça allait lui faire mal, on ne répondait pas toujours à ses questions.

Maintenant, c'est toutes les équipes qui le font, qui répondent aux questions, qui parlent, même les petits bébés. On ne pique pas un bébé qui a quelques jours ou quelques mois sans lui dire qu'on va le piquer.

c) Analyse de l'entretien

Sa prise en charge de l'enfant lors du soin douloureux est plus globale puisqu'elle y inclut les antalgiques et la notion de vérité au petit patient dans les nombreuses explications qu'elle estime nécessaires.

A priori, elle a été influencée par la période Dolto, dit-elle, période où elle acceptait les parents lors du soin.

Pourtant, maintenant elle en est revenue et préfère les faire sortir s'ils n'insistent pas pour rester. Elle explique ce revirement par la surcharge de travail et par le comportement inapproprié des parents qui peuvent discréditer le soignant en mentant à leur enfant ou gêner le soin.

Elle confie en soupirant, qu'intégrer les parents au soin est une perte de temps et d'énergie énorme et que c'est trop lourd pour elle. On comprend qu'au bout de 32 ans de carrière, l'épuisement se fasse sentir et l'enthousiasme des débuts laisse place au renoncement.

Mais malgré tout, elle est bien consciente que les parents sont utiles et ont leur place. Elle avoue que leur présence dérange tout simplement le soignant et que c'est par facilité qu'elle exclut les parents de la salle de soin. Elle ne veut pas avoir à se "battre" (terme fort) avec eux en quelque sorte pour les responsabiliser. Elle cite deux soins particuliers, les méchages et les pansements de brûlé, où le regard parental lui semble inopportun.

Elle introduit la notion que le parent présent devient, aux yeux de son enfant, complice du geste douloureux puisqu'il permet au soignant de lui faire mal. Il vaut mieux qu'il soit uniquement le parent consolateur surtout quand l'enfant a moins de deux ans puisque après, il peut plus facilement comprendre.

Elle considère que les rôles doivent être clairement définis de sorte que les parents rassurent et consolent tandis que les soignants soignent et font mal. Elle pense que le parent, contrairement au soignant n'a pas eu le temps de prendre du recul par rapport à l'acceptation de la douleur et que le mettre face à face avec la douleur de son enfant n'est pas forcément un bien. De la même façon, elle insinue que le soignant ne doit pas se prendre pour le parent et consoler l'enfant.

Cette façon de concevoir les choses est toute nouvelle pour moi, mais alors le soignant sera uniquement synonyme de douleur et dans ce cas, comment lui demander de ne pas craindre les blouses blanches lors d'un futur contact avec le milieu hospitalier.

Elle continue en expliquant que le rapport à trois, parent–enfant–soignant, est ambigu car le parent ne nous accorde pas toujours toute sa confiance et met en nos capacités, ce qui crée une situation floue et non structurante pour l'enfant. Elle dit que le regard des parents est gênant et que du coup notre façon de travailler est différente quand le parent est présent.

Mais, elle reste lucide sur la nécessité de travailler avec les parents : "on doit apprendre à travailler avec eux". Faire sortir les parents est une façon non pas de cacher le soin, mais de rechercher la confiance de l'enfant uniquement dans un rapport duel plus facile.

La présence parentale n'est "pas refusée mais pas plus encouragée". Il faut comprendre donc que le parent insistant peut rester mais que ce n'est pas un choix que le soignant va lui proposer.

Elle compare le soignant et l'instituteur. En effet, l'enfant est confié à l'un comme à l'autre mais l'instituteur, lui, bénéficie de la confiance parentale puisque les parents n'estiment pas nécessaire de rester. De prime abord, cette métaphore pourrait paraître judicieuse mais les deux situations ne sont pas similaires et on ne compare que ce qui est comparable.

Elle a bénéficié de diverses formations comme la gestion des patients difficiles mais jamais de formation concernant l'importance de garder les parents dans la salle de soin.

Selon elle les comportements ont changé, pas forcément au niveau de l'acceptation des parents lors du soin mais surtout au niveau de la considération de l'enfant. En effet, celui-ci est considéré comme un être à part entière. Il a droit à une explication, avant ses parents d'ailleurs et à la vérité, dans un rapport d'honnêteté.

9. Entretien n°7

a) Présentation de l'interlocuteur

Il s'agit d'une puéricultrice de 43 ans, sans enfant, diplômée depuis 20 ans. Elle travaille comme puéricultrice depuis 15 ans, dans des services de chirurgie infantile ou de pédiatrie.

b) Retranscription de l'entretien

➤ *Comment abordez-vous l'enfant et son entourage lors d'un soin douloureux ?*

Je lui explique ce que je vais lui faire et puis, j'essaie de le rassurer.

➤ *Les parents peuvent-ils rester dans la salle de soin pendant le soin douloureux ? Si oui, quel est leur rôle et quelle est votre attitude à leur égard ? Si non, pourquoi ?*

En principe, je préfère qu'ils sortent.

Souvent, les enfants quand il y a les parents sont moins...on arrive moins à les raisonner que quand les parents sont là. Enfin ça dépend des enfants aussi.

Mais certains enfants écoutent mieux quand les parents ne sont pas là parce qu'ils veulent

absolument tendre les bras vers leurs parents, et on n'arrive pas à les approcher. Donc ça dépend du contexte, en fait.

➤ ***Existe-t-il des situations particulières ou des soins particuliers pour lesquels vous préférez que les parents sortent ? Citez-les.***

Quand ce sont de grosses sutures ou des soins qui peuvent être impressionnants pour les parents parce qu'il faut s'occuper des parents en même temps que l'enfant et on peut pas tout faire.

➤ ***Quels sont les avantages et les inconvénients que la présence parentale représente dans votre pratique quotidienne ?***

Voilà, tout dépend de la famille. Certains parents savent rassurer leur enfant, d'autres les inquiètent plus qu'autre chose.

➤ ***Considérez-vous que la présence parentale est encouragée dans votre service ?***

Encouragée, non, mais acceptée, oui.

➤ ***Avez-vous reçu une formation spécifique concernant la prise en charge des parents et leur présence dans la salle de soin ?
Si oui, dans quelles conditions ?***

Personnellement, non.

➤ ***Des études démontrent la nécessité de la présence parentale. Pensez-vous que les comportements des équipes soignantes ont changé ?***

Oui, peut-être.

Oui, je pense qu'on essaie d'accepter plus facilement qu'ils restent qu'avant.

c) Analyse de l'entretien

Pour elle, la priorité dans le soin douloureux, est l'explication à l'enfant afin de le rassurer.

Mais quand elle dit "quand il y a les parents, on arrive moins à les raisonner, [...] on n'arrive pas à les approcher", on comprend qu'elle considère que si elle accorde une place aux parents, elle va perdre la sienne puisqu'elle n'aura plus accès à l'enfant.

C'est pourquoi, même si elle avoue que les parents peuvent être utiles en rassurant l'enfant, elle les exclut systématiquement. On a l'impression qu'elle veut s'accaparer l'enfant

et faire jouer sa position toute puissante de soignante.

N'étant pas mère, elle-même, elle n'a pas la possibilité de se projeter dans la souffrance d'une mère qui ne peut assister au soin douloureux de son enfant et qui l'entend pleurer à travers la porte.

Vu son attitude vis à vis des parents, je ne suis pas étonnée d'entendre qu'elle n'ait pas eu accès à une formation concernant la nécessité de travailler avec les parents. Pourtant, est-il possible qu'en 15 ans de puériculture, on n'ait jamais abordé le sujet ?

Du coup, elle conclut que la présence parentale dans le service n'est pas encouragée mais acceptée, ce qu'on comprend aisément à la lecture de cet entretien.

Elle insiste quand elle dit que les comportements ont changé puisqu'elle dit : "oui, je pense qu'on essaie d'accepter plus facilement qu'ils restent qu'avant."

10. Entretien n°8

a) Présentation de l'interlocuteur

Il s'agit d'une infirmière de 31 ans, diplômée depuis 7 ans. Elle a un fils.

b) Retranscription de l'entretien

➤ *Comment abordez-vous l'enfant et son entourage lors d'un soin douloureux ?*

Déjà, moi, j'accepte les parents quand je fais un soin, prise de sang, pansement...

Bien sûr, il faut voir aussi la personne parce qu'il y a des parents qui ne sont pas capables d'être là donc dans ce cas là, je les fais sortir.

Mais sinon, il faut parler avec l'enfant, expliquer à la famille, expliquer à l'enfant. Qu'il ait 0 à 15 ans, il faut expliquer.

➤ *Les parents peuvent-ils rester dans la salle de soin pendant le soin douloureux ?*

Si oui, quel est leur rôle et quelle est votre attitude à leur égard ?

Si non, pourquoi ?

Alors là, tout dépend de l'enfant et du parent.

Si l'enfant vraiment a besoin de la présence du papa ou de la maman, il va lui tenir la main. Sinon, le parent peut être éloigné ou près du brancard et parler avec l'enfant.

En fait, tout va dépendre de l'enfant et du parent et du soin aussi que l'on va faire.

C'est vrai, pour les prélèvements, j'aime bien qu'ils soient à l'opposé comme ça l'enfant tourne la tête et ne voit pas le geste qu'on fait. Et pour les pansements, je préfère qu'ils soient un petit peu éloignés parce que c'est un soin propre, stérile même.

- ***Existe-t-il des situations particulières ou des soins particuliers pour lesquels vous préférez que les parents sortent ? Citez-les.***

Oui, il y a des situations où vraiment... Si les parents sont agressifs.

C'est vrai, déjà quand les parents arrivent agressifs, on se dit si nous on va faire un soin que... Bon déjà, on va tenir l'enfant et tout, donc il va voir son enfant crier, il va croire qu'on lui fait mal, bon bien sûr qu'il a..., qu'on lui fait un petit peu mal (sourire gêné), on peut pas dire le contraire. Donc je préfère les faire sortir.

C'est au feeling. On voit de suite si les parents sont prêts à rester ou pas.

- ***Quels sont les avantages et les inconvénients que la présence parentale représente dans votre pratique quotidienne ?***

Les avantages, c'est qu'ils peuvent détourner un petit peu l'attention de l'enfant pendant qu'on lui fait le soin. Ils peuvent aussi le cajoler ou lui parler.

Et selon la situation, pareil, je dis que c'est un avantage pour eux s'ils sont à l'extérieur parce qu'ils sont les parents consolateurs et non le parent complice. Donc c'est vrai qu'ils aiment bien quand on leur dit : "non, si vous restez avec nous, vous êtes complices du geste alors que si vous restez à l'extérieur, vous serez là pour faire les câlins".

Il y a une façon après de dire si on ne veut pas accepter les parents. J'essaie de faire passer la sauce le plus gentiment possible ce qui n'est pas évident. Et puis, je me mets à leur place, si mon petit était là j'aimerais rester donc, je les comprends (sourire).

- ***Considérez-vous que la présence parentale est encouragée dans votre service ?***

La surveillante a fait une réunion et nous a dit que ça serait bien qu'on accepte les parents en salle de soin mais c'est pas suivi par tout le monde parce qu'il y en a qui sont mal à l'aise, il y en a qui supportent pas les parents, enfin...

- ***Avez-vous reçu une formation spécifique concernant la prise en charge des parents et leur présence dans la salle de soin ?
Si oui, dans quelles conditions ?***

Je sais qu'il y a quelque chose qui se fait sur la douleur mais je ne sais pas s'ils parlent des parents.

De toute façon, même, dès fois les médecins quand ils suturent, ils ne veulent pas les parents. Non, franchement je ne sais pas s'il y a quelque chose qui se fait là-dessus.

- ***Des études démontrent la nécessité de la présence parentale. Pensez-vous que les comportements des équipes soignantes ont changé ?***

En ce moment, il y a deux nouvelles puéricultrices qui sont arrivées mais elles ne se sentent pas assez à l'aise pour encore garder les parents. C'est vrai que quand on n'est pas à l'aise dans le geste que l'on fait, c'est vrai que quand il y a les parents, c'est vrai que ça

déstabilise un petit peu. Pour les pansements, pas de problème, elles les gardent mais pour les poses de cathéter, elles ne sont pas encore bien à jour donc elles préfèrent être seules, ça se comprend (sourire).

Et puis pour les vieilles... les vieilles (sourire), celles qui sont là depuis un petit moment, il y en a qui, sans problème et puis il y en a, non, c'est hors de question. Ça, je crois qu'on les changera pas.

c) Analyse de l'entretien

D'emblée, elle se positionne en disant clairement qu'elle accepte les parents dans la mesure où ils sont capables de rester. Elle sélectionne les parents qui peuvent rester "au feeling". Et si elle ne précise pas quelles qualités ils doivent avoir pour pouvoir assister au soin, elle cite l'agressivité comme un inconvénient majeur et sans appel.

Son attitude consiste à expliquer le soin à l'enfant qu'il ait 0 à 15 ans et à sa famille et elle précise aux parents ce qu'ils peuvent faire pour aider l'enfant, entre autres de lui tenir la main et de lui parler.

Je pense qu'elle a dû longuement réfléchir au rôle à accorder aux parents. Car c'est la seule à m'avoir répondu quelle place physique, elle donnait aux parents, à savoir éloignée lors d'un soin stérile comme un pansement et à l'opposé du soignant lors de la prise de sang, pour distraire l'enfant.

Elle considère que c'est un avantage de travailler avec les parents car ils permettent de détourner l'attention de leur enfant en lui parlant et en lui prodiguant des caresses.

Elle ne cite pas d'inconvénient mais sous-entend comme sa collègue, que les parents peuvent être considérés par l'enfant comme complices du geste. Elle n'y croit pas forcément mais utilise ce subterfuge pour faire accepter aux parents de sortir. Elle est dans l'empathie car elle dit "je me mets à leur place, si mon petit était là, j'aimerais rester donc je les comprends."

Elle m'informe qu'il y a eu une tentative de consensus dans le service. En effet, la surveillante a réuni l'équipe pour lui demander d'apprendre à travailler avec les parents. A priori, elle doute que ce soit possible car selon elle, ça va dépendre de la capacité du soignant à se remettre en question et de son histoire personnelle.

Quant à la formation, elle sait qu'il y en a une sur la douleur mais ignore si elle aborde ce thème. Elle semble dire qu'une telle formation ne changera rien si le médecin refuse les parents lors d'une suture. En effet, comment pourrait-elle s'opposer au médecin qui lui, n'aurait pas bénéficié de la même formation qu'elle ? Apparemment, elle vit la hiérarchie comme un veto sur lequel elle n'aurait aucun poids, d'où la nécessité d'inclure aussi, les médecins dans ce type de formation.

En ce qui concerne le changement de comportement, elle ne répond pas par "oui" ou par "non". Mais elle explique que les nouvelles puéricultrices, qui seraient plus à même d'avoir été sensibilisées au cours de leurs études par l'importance de garder les parents lors du soin, ne peuvent pas toujours se permettre de garder les parents car ne maîtrisant pas toujours

leurs gestes techniques, le regard parental serait déstabilisant et gênant. Ce qui peut effectivement se comprendre mais, il faudrait aussi qu'après acquisition de dextérité, elles n'oublient pas de réintégrer les parents au soin.

Quant aux anciennes dans le service, elle "croit qu'on ne les changera pas".

Est-ce à dire que l'installation dans une certaine routine ne permet plus le questionnement de sa pratique ?

VI.CONCLUSION

La situation est très différente selon que l'on se trouve aux urgences ou aux urgences pédiatriques.

Aux urgences d'Arles et de Nîmes, la collaboration avec les parents semble être une règle qui ne comporte comme exceptions que les situations d'urgences réelles, les situations où le comportement des parents est inadéquat, et les soins nécessitant une dextérité non encore acquise par les jeunes diplômés.

En effet, les soignants, s'ils n'ont pas forcément compris l'importance que ça a pour le petit patient, ils ont au moins compris que les parents sont une aide précieuse dans leur pratique. Par opposition au personnel des urgences pédiatriques qui lui est spécialisé, ils ne considèrent pas qu'ils ont le savoir-être et le savoir-faire nécessaires pour s'adresser à l'enfant d'où l'utilisation de la connaissance irremplaçable des parents.

Au contraire, la majorité des soignants des urgences d'Avignon exclut systématiquement les parents, qui sont vécus comme une gêne et une surcharge de travail.

Ils recherchent plutôt une relation de confiance avec l'enfant en s'adressant directement à lui. Ils considèrent que l'enfant est un être à part entière et que le soin le concernant, il est indispensable de le tenir informé de ce qui va lui arriver avant même ses parents.

Il est évident que l'attitude est inversée aux urgences classiques car les soignants qui s'appuient beaucoup sur les parents, attendent d'eux qu'ils expliquent le soin à leur enfant.

Par contre, ils s'accordent tous pour citer les avantages et les inconvénients majeurs de la présence parentale, jusqu'au malaise si rare mais tellement présent dans les esprits.

Ces deux façons de faire, diamétralement opposées sont bonnes et mauvaises à la fois. Il faudrait pouvoir intégrer le parent tout en considérant l'enfant comme acteur du soin.

Je retiendrais par rapport à mon mémoire qu'il reste un travail à faire pour que les soignants d'Arles et de Nîmes comprennent l'importance pour l'enfant d'être soutenu et accompagné par ses parents et pour que les soignants d'Avignon, intègrent non seulement cette notion mais acceptent de travailler avec les parents, à l'image de leurs collègues.

En ce qui concerne la prise en charge de la douleur, il semble que c'est un véritable problème pour les équipes des urgences classiques. En effet, les soignants en souffrance, estiment qu'il y a des progrès à faire dans ce domaine.

A contrario, le personnel des urgences pédiatriques n'aborde quasiment pas le sujet. Pour avoir travaillé dans le service, je sais que les moyens antalgiques sont fréquemment utilisés et par conséquent, le traitement de la douleur n'est pas un sujet de préoccupation pour eux.

Dans tous ces entretiens, on constate l'absence :

- de consensus d'équipe, car comme ils l'expriment tous, c'est une démarche tout à fait personnelle qui demande un cheminement lié à sa propre éthique professionnelle et parfois même à sa situation familiale.
- de formation permettant de sensibiliser le soignant à l'importance de la présence parentale pendant le soin douloureux ou lui permettant de gérer les parents difficiles.
- de connaissance du carnet douleur.

Au terme de cette étude, on peut affirmer que les comportements évoluent mais comme le regrette une infirmière des urgences de Nîmes, trop lentement.

A la lumière de cette "enquête", je peux donc dire que **mon hypothèse est en partie confirmée**.

En effet, si elle est confirmée aux urgences pédiatriques, elle ne peut se transposer aux urgences d'Arles et de Nîmes puisque à priori, ils ne sont pas réticents à la présence parentale, donc la problématique elle-même ne se pose pas vraiment.

Mais, je trouvais intéressant de connaître la situation sur le terrain et de pouvoir effectuer un comparatif. Ceci n'a d'ailleurs pas été inutile car il est manifeste qu'il faut les sensibiliser aussi sur les avantages que la présence parentale peut avoir pour les enfants.

Reprenons les différents items de l'hypothèse concernant les réticences des soignants :

- Un manque de formation concernant la nécessité de la présence parentale et les outils pour la gérer → *vérifié au cours des huit entretiens.*
- Un manque de temps pour prendre en charge les parents → *sous-entendu dans certains entretiens.*
- Un manque de confiance en soi probablement lié à une courte expérience professionnelle ou à un manque d'habitude → *mis en lumière dans les entretiens 2 et 3 (urgences d'Arles et de Nîmes) et exprimé dans l'entretien 8 (urgences pédiatriques d'Avignon).*
- Enfin, un problème de consensus d'équipe → *vérifié dans tous les entretiens.*

D'ailleurs à ce propos, il faudrait que les médecins puissent bénéficier des mêmes formations que les infirmières car comment peut-on mettre en application nos valeurs si nos supérieurs hiérarchiques s'y opposent ?

C'est l'équipe au grand complet qui doit être dans cette dynamique de changement et inclure l'encouragement à la présence parentale lors du soin dans son projet de service.

F. PROJET EN SOINS INFIRMIERS

Mon hypothèse étant vérifiée aux urgences pédiatriques d'Avignon, j'ai décidé que mon action se porterait sur cette population.

Tous les arguments qu'ils avancent en défaveur de la présence parentale, sont valables mais, je pense que s'ils comprenaient les avantages qu'ils ont à collaborer avec les parents et surtout l'importance pour le petit patient d'avoir ses parents à ses côtés, ils pourraient entreprendre de changer leurs comportements.

Ainsi, ils apprendraient à travailler avec les parents de sorte d'en prendre l'habitude. Ils réclameraient peut-être une formation pour la gestion des situations difficiles et enfin, s'inscriraient dans un consensus d'équipe, afin que leurs objectifs de soin soient cohérents.

Je crois donc que sensibiliser les soignants à l'importance d'accepter les parents dans la salle de soin est un premier pas vers un changement de leurs pratiques.

Aucune attente en matière d'information ou de formation (inexistante à ce sujet) n'ayant été formulée, il me semble que l'information est un objectif plus réaliste que la formation, cette deuxième nécessitant plus de temps et des moyens financiers plus importants.

D'autre part, on sait que pour qu'une formation soit efficace, il faut un investissement de la personne en formation alors que l'information, plus accessible et moins contraignante permet une bonne sensibilisation.

Je ne sais pas si j'ai été l'élément déclencheur d'une prise de conscience vis à vis de ce problème des parents exclus de la salle de soin mais le fait est que la surveillante a pris les devants et a entamé un processus visant à instaurer un consensus d'équipe.

Mon projet vient donc à point nommé pour appuyer son action.

De ce fait, j'ai trouvé intéressant de collaborer avec la surveillante, qui par sa position hiérarchique, permettrait de donner plus de poids à mon message. De plus, je pense qu'il lui sera plus facile de réunir l'équipe et de trouver un temps pour mettre en place cette information.

Je l'ai donc contactée et elle semblait très motivée par mon idée.

J'ai décidé d'utiliser la cassette vidéo éditée par l'association SPARADRAP intitulée : "Soins douloureux en pédiatrie : avec ou sans les parents ?", que nous avons visionnée au cours de notre cursus, car c'est un support ludique et complet.

Ce film a pour objectifs de:

- Sensibiliser les professionnels à l'intérêt de la présence parentale lors d'un soin douloureux, sans nier les remises en question qu'elle peut engendrer
- Promouvoir certaines attitudes et comportements envers les parents et les enfants.
- Favoriser un meilleur dialogue et la confiance entre enfants, parents et soignants.

J'ai donc convenu avec la surveillante de lui envoyer toutes les références nécessaires pour qu'elle puisse se procurer cette vidéo (malheureusement payante) par l'intermédiaire de l'hôpital.

Je compte bien me tenir au courant de ses démarches et de l'impact de l'action.

CONCLUSION GENERALE

Les comportements évoluent mais dépendent de notre capacité à nous remettre en question.

Je crois que nous, soignants avons le devoir de perpétuellement nous interroger sur nos pratiques et de continuer à nous former.

Pour moi, travailler avec les parents est indispensable et je vais tout mettre en œuvre dans ma pratique pour collaborer avec eux lors du soin.

Je suis consciente qu'en tant que jeune diplômée, je serai inexpérimentée et ne maîtriserai pas forcément mes soins, à l'image de certains soignants que j'ai interrogés, mais c'est avec la pratique et l'habitude que je pourrai dépasser ça.

La grande difficulté selon moi, ce serait de m'affirmer dans une équipe pluridisciplinaire réticente à collaborer avec les parents.

Car si le talent, l'expérience et le dévouement des professionnels de santé sont à l'origine de nombreuses guérisons, il demeure qu'aucun enfant ne peut assumer dans la solitude affective de telles épreuves sans en garder des traces, parfois indélébiles.

Cette intégration des parents, pour qu'elle soit effective nécessite une information médicale appropriée et la possibilité d'une participation aux soins dans laquelle les parents trouveront spontanément leur place et leur rôle.

Il faut proposer aux parents d'être présents, leur expliquer le déroulement du geste, y compris la prise en charge de la douleur et surtout ne pas les culpabiliser s'ils ne souhaitent pas rester.

Il faut leur recommander de ne pas mentir à leur enfant, en particulier au sujet de la douleur, si elle est prévisible. Il faut les prévenir que leur enfant peut pleurer et que c'est normal qu'il exprime son désaccord.

Avant le geste, ils peuvent transmettre à l'équipe des informations utiles concernant leur enfant (personnalité, caractères, antécédents...).

Pendant le geste, ils peuvent s'asseoir à côté de l'enfant, le distraire, lui parler et lui serrer fort la main, rester en contact visuel avec lui, chanter pour lui ou avec lui, l'écouter et l'encourager...

Enfin, après le geste, ils peuvent le réconforter, le consoler...

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES:

- L'infirmière et la douleur, par l'institut UPSA.
- Les Relations humaines à l'hôpital (Elisabeth Barnes)

BROCHURES:

- Soins douloureux en pédiatrie : avec ou sans les parents ? (Livret SPARADRAP).
- Les enfants n'aiment pas les piqûres. (Livret SPARADRAP).

SITES INTERNETS :

- www.cec-formation.net/charte.html
- www.sparadrap.org
- www.pediadol.fr
- www.sante.gouv.fr

ANNEXES