

LA
COMMUNICATION
AU C  OEUR
DE LA PEDIATRIE

Institut de Formation en Soins Infirmiers « les Murets »

17 rue du Général Leclerc

NOTE AU LECTEURS

« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI des Murets à la Queue en Brie et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI »

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant contribué à l'accomplissement de ce travail de fin d'études.

Mes remerciements vont particulièrement aux infirmières et aux cadres surveillants des services de pédiatrie qui m'ont réservé un accueil chaleureux et permis de mener à bien mon enquête.

Je souhaite aussi remercier Mme Daudet Nadine, cadre formateur à l'IFSI « les Murets » à la Queue en brie, qui a su me guider dans la réalisation de ce travail. J'espère avoir tenu compte de ses remarques le mieux possible.

Je tiens également à remercier la documentaliste de l'IFSI des Murets, qui m'a beaucoup aidée dans mes recherches.

Enfin je remercie ma mère qui a accompli un travail de relecture minutieux et qui a permis de corriger de nombreuses erreurs ainsi que mon père et ma sœur qui m'ont soutenue durant mes études.

Que toutes ces personnes trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

SOMMAIRE

1- INTRODUCTION.....	5
2- PROBLEMATIQUE.....	6
3- CADRE DE REFERENCE.....	8
4- ENQUETE	16
5- CONCLUSION.....	27
6- BIBLIOGRAPHIE.....	28
7- ANNEXES	
Annexe I : Questionnaire	30
Annexe II : Texte de Jacques Salomé « <i>Quand je te demande d'être écouté</i> »	33
8- TABLE DES MATIERES	34

1- INTRODUCTION

Durant ces dernières années, on a pu remarquer une véritable explosion des moyens de communication, dans tous les domaines, à tous les niveaux, et cela ne fait que commencer. Paradoxalement, tous le monde se plaint de ne pas être compris, la solitude et l'isolement prédominent dans notre société de rendement.

Dans le domaine du soin, le personnel soignant est amené à collecter un certain nombre de données pour mieux comprendre l'histoire des patients et de répondre à leurs besoins. La communication est donc indispensable.

A travers différents stages, certaines attitudes des soignants ont retenu mon attention. Le soigné est parfois plus considéré comme une pathologie (exemple : l'appendicite à la chambre 5) que comme un individu. Certaines valeurs telles que l'écoute, le respect, la patience ne sont pas au rendez-vous par souci d'économie de temps. Je me suis alors rendu compte que la technique prend le dessus sur le relationnel. Or il me paraît important, notamment dans les services accueillant des enfants, que le soin relationnel prime sur la technique.

Il me paraissait donc intéressant de connaître et de développer les moyens de communication utilisés en pédiatrie pour entrer en relation avec un enfant hospitalisé.

A mon niveau professionnel, tous les éléments apportés par cette étude me seront d'une grande richesse quant à mon comportement professionnel futur, mon projet étant de travailler auprès d'enfants malades.

Dans un premier temps j'aborderai le concept de la relation soignant/soigné d'un point de vue théorique. Ensuite au travers d'une enquête réalisée auprès du personnel soignant et au cours d'une réflexion je vais tenter d'apporter des réponses à ma problématique.

2- PROBLEMATIQUE

Les équipes soignantes, par leur fonction dans les services hospitaliers, entre en relation avec les malades de façon intime et souvent prolongée. Les raisons ou objectifs de ces relations, sont majoritairement déterminés par les soins. Tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant/soigné.

Peut-on soigner et prendre soin d'un enfant sans prendre soin de communiquer ou d'entrer en relation avec lui ?

La maladie frappant l'enfant, qui plus est quand elle est grave, fait basculer l'équilibre de la famille. L'enfant perd ses rythmes habituels, ses repères. « *L'enfant arrive avec son histoire, ses parents proches, ses parents lointains et ses peurs* » (1). « *L'hôpital est un lieu insécurisant, frustrant, effrayant et même si les soignants ont eu raison de l'humaniser, il doit rester un lieu dont on veut partir* » (1). L'équipe soignante et l'hôpital doivent se donner les moyens d'améliorer les conditions de vie de l'enfant hospitalisé.

« *Le soins à l'enfant s'impose dès la naissance, la famille a donc un rôle potentiellement soignant, si l'on accorde à ce terme sa racine étymologique : être préoccupé par, avoir soin de, veiller à* » (2). Ce modèle fondateur de la vie affective de l'enfant va rester présent tout au long de sa vie psychique et peut ressurgir lors d'éventuelles hospitalisations. « *Toute personne investie d'une fonction de soins va se retrouver, au bout d'un certain temps, prise dans une dimension imaginaire qui reproduit une relation affective parentale sur le plan psychique* » (2). Le soignant va se retrouver investie d'une fonction protectrice pour l'enfant. « *La confiance établie avec la personne en charge des soins, dans une double dimension objectivable (professionnelle) et imaginaire (parentale) va contribuer à long terme à une meilleur qualité des soins* » (2).

(1) MANNONI C., 2000, pages 6 et 7

(2) BASS H.P., 2000, pages 4 et 5

Tout humain a besoin de tendresse. Pas seulement d'un contact physique, mais aussi d'une sensation, d'un regard, d'une émotion, d'une parole et d'un sourire qui témoignent de l'attention portée à l'autre. Dans la relation soignant/soigné, deux êtres se rencontrent, chacun avec son histoire, sa personnalité, son âge et sa vie. Deux personnes qui peuvent partager une relation au-delà des mots. « *C'est presque une histoire d'amour* » (1). Nous sommes des êtres de langage ; nous sommes en communication permanente avec les autres. La relation soignant/soigné peut être sans finalité ou sans objectifs particuliers. « *La particularité de l'enfant est son essai d'adaptation aux êtres humains, aux choses, et à sa grande dépendance vis-à-vis de l'adulte* » (1). « *Assurer des soins techniques n'est pas forcément un problème, mais prendre en charge globalement un petit malade, en tenant compte de la dimension relationnelle demande réflexion* » (1). Le rôle du soignant dans la relation à l'enfant est multiple. Il est bien rare aujourd'hui pour une infirmière, par exemple, de ne prendre en compte que l'aspect soins somatiques dans l'hospitalisation d'un enfant.

« *C'est l'adulte étranger qui sollicite l'enfant, qui va vers lui, qui est en position de demande. C'est lui qui est prioritairement à l'initiative de la relation même si les enfants par différents moyens recherchent la rencontre* » (1). En pédiatrie les professionnels cherchent maintenant à améliorer la relation entre l'enfant et les équipes soignantes. Cette relation est primordiale afin que l'hospitalisation ne soit pas vécue comme « une séparation déchirante » pour les parents et un sentiment d'abandon pour l'enfant, afin que ceux-ci coopèrent un maximum aux soins. « *La rencontre soignante a une efficacité propre qu'aucun acte technique ne peut remplacer, et qui devient d'autant plus utile que les soins techniques ne peuvent guérir totalement, ni rapidement* » (2).

A travers cette réflexion, je pense savoir que le relationnel est primordial, par rapport à la technique, pour pouvoir soigner et prendre soin d'un enfant. Cela m'amène à m'interroger sur les moyens de communications et plus précisément :

Quels sont les moyens de communication utilisés par les soignant pour entrer en relation avec un enfant hospitalisé en service de pédiatrie ?

(1) EQUIPE SOIGNANTE DU SERVICE DE REANIMATION PEDIATRIQUE DU CENTRE CHIRURGICAL MARIE LONNELONGUE au Plessis Robinson, 1995, pages 6 et 8

3- CADRE DE REFERENCE

3-1- HISTORIQUE

Le concept de la relation est né des travaux de S.FREUD et d'autres spécialistes notamment en pédagogie tels que H.WALLON...

En France le courant de la valorisation de la relation soignant soigné centrée sur la personne, en opposition au courant technique et organiciste, ne pénétrera les institutions sanitaires et sociales que très progressivement, grâce aux travaux de A.MASLOW, C.ROGERS...

C'est en milieu psychiatrique, vers la fin des années 50, qu'il se développera en premier.

A partir des années 60, ce courant apparaîtra dans l'enseignement et l'exercice professionnel infirmiers en soins généraux. Il trouvera ses premières applications dans les enseignements en soins infirmiers à l'école internationale d'enseignement infirmier supérieur de Lyon dès 1965, et fut à l'origine de la nouvelle réflexion sur l'organisation de la pratique infirmière. Avec le « plan en soins infirmiers » en 1970, il deviendra un des fondements du nouveau programme conduisant aux études d'Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat en 1972. (1)

3-2- QUELQUES GRANDES NOTIONS

3-2-1 Etre soignant

« Professionnel de santé qui dispense des soins en fonction du diplôme qui l'y habilite » (1) « Toute personne qui en fonction des diplômes, donne des soins sur prescription ou conseil médicale ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolue » (2). Le soignant est avant tout un homme, un être humain. D'autre part c'est un professionnel, c'est-à-dire qu'il a un savoir particulier qui n'exclut pas certaines ignorances de sa part. Il est important que le soignant admette ses limites, les reconnaissent et en tienne compte vis-à-vis de soigné.

(1) GROUPE INFIRMIER DE RECHERCHE, 2000, pages 260 et 283

(2) CODE DE SANTE PUBLIQUE, article L473

3-2-2 Etre malade

« Personne qui présente une altération de l'état de santé, confirmé ou non par un diagnostic médical » (1)

La maladie, quelle qu'elle soit, ne sera pas vécue de la même façon par chacun car elle s'inscrit dans un processus de vie unique et propre à chaque individu.

« Elle ne touche en fin de compte que le corps que l'on est » (2). « Le malade n'est donc pas à confondre avec la maladie, celui qui est malade, est celui qui souffre, c'est-à-dire celui qui doit supporter, endurer, subir quelque chose qui lui est pénible » (2).

3-2-3 Prendre soin

Il se définit comme *« une attention portée à l'autre en vue de lui venir en aide »* (2). Prendre soin doit être perçu comme un concept de valeur c'est-à-dire ce à quoi on accorde de l'importance, c'est ce qui représente quelque chose d'important à nos yeux.

« Prendre soin apparaît comme un concept motivant car désirable pour tous ceux qui veulent sincèrement mais aussi patiemment, le promouvoir dans sa dimension profondément et généreusement humaine » (2).

Prendre soin ce n'est pas seulement guérir, c'est aussi être prêt à rencontrer l'autre, à l'accompagner au quotidien et à s'accompagner l'un et l'autre dans l'inconnu que nous réserve la vie.

Ce concept permet d'améliorer, d'enrichir et de rendre plus pertinente l'aide apportée à autrui.

3-2-4 Soigner

« Agir pour soi-même ou pour autrui afin d'entretenir la vie, de maintenir, restaurer et promouvoir la santé. Pour les professionnels de santé, soigner c'est offrir, à une personne ou à un groupe, un service qui puisse compléter ou suppléer sa propre action » (1).

(1) GROUPE INFIRMIER DE RECHERCHE, 2000, pages 184 et 284

(2) HESBEEN W., 1997, pages 25-27-29 et 38

3-3- LA RELATION SOIGNANT/SOIGNE

3-3-1 Définition

« Interactions entre deux personnes se trouvant dans une situation de soins chaque fois renouvelée par ce qu'elle offre d'inconnu, de complexe et d'imprévisible. Elle est le fondement de la prise en charge globale du patient » (1).

« La relation soignant soigné fait se rencontrer deux hommes fondamentalement égaux mais dont les compétences sont différentes : la compétence du soignant est d'ordre technique, le soigné sait mieux que personne ce qui est pour lui le bien ou le mal » (2).

3-3-2 Le concept de la relation

La relation induit une notion de rencontre. Elle se fait dans un cadre institutionnel étranger au soigné mais qui pour le soignant est son lieu de travail dans lequel il possède ses propres repères.

La relation soignant/soigné ne peut avoir lieu que si le soignant prend en compte la dimension d'accueil du patient et pas seulement prendre connaissance d'un problème technique. Elle ne peut avoir lieu sans cette rencontre d'homme à homme « *Il ne peut y'avoir de relation valable avec la personne soignée sans une véritable rencontre* » (2).

La relation soignant/soigné est basée sur des principes fondamentaux :

- le respect : c'est-à-dire reconnaître l'autre comme une personne unique, investie d'une dignité et d'une valeur, ainsi que la reconnaître comme ayant droit.
- la compassion : ce n'est pas connaître la souffrance de l'autre mais avoir conscience de la souffrance qu'il ressent
- l'amour altruiste : bien véritable pour autrui. « *L'amour, pour celui qui souffre, n'a pas de prix* » (2).
- la disponibilité et le temps : reposent essentiellement sur l'écoute du malade.

(1) GROUPE INFIRMIER DE RECHERCHE, 2000, pages 260

(2) FROMENT A., 2003, pages 1-5 et 8

- l'authenticité : c'est la base d'une relation honnête, c'est tenter d'être soi-même.
- l'empathie : c'est la capacité de se centrer sur l'autre, d'emprunter ses sentiments pour mieux les comprendre, tout en restant conscient que ces sentiments appartiennent à l'autre.
- la congruence : c'est la concordance entre ce que le soignant sent et pense immédiatement et ce qu'il communique à la personne aidée.
- la considération positive inconditionnelle : c'est accepter le patient tel qu'il est, sans jugement sur ce qu'il fait ou dit. C'est avoir confiance en l'autre, en ses capacités.
- la communication : c'est être capable d'accorder à l'autre qu'il pense et que cela est important pour lui, être plus attentif au patient et à ce qu'il dit.

Dans cette relation on retrouve la relation triangulaire autrement dit : soignant/soigné/famille ; dont les principales modalités sont l'alliance et l'opposition. « *Nous entendons par alliance toutes les stratégies qui vont pousser à s'entendre, à partager un avis, à s'attacher à un même objectif, à partager les mêmes sentiments. Et par opposition, toutes les stratégies où s'exerceront les dimensions, les rivalités, les jalousies* » (1). Ces modalités réduisent souvent un partenariat d'où l'importance que le soignant prenne conscience de sa propre place avant de s'interroger en équipe sur un compromis possible.

Les sentiments et les émotions ont une place prépondérante dans la relation de soin. Les distinguer permet d'ajuster sa position vis-à-vis des patients et de l'équipe :

- un sentiment de supériorité : il est fondé sur l'action auprès du malade, le port de la blouse... « *Ce sentiment donne la confiance en soi indispensable à la relation de soins et à l'exécution des tâches qui en découlent* » (1).
- un sentiment d'impuissance : provoqué par certaines pathologies incurables, non évolutives ou mortelles. Il peut s'accompagner d'un sentiment d'infériorité, d'émotions, de tristesse...
- un sentiment de responsabilité : de part son rôle de soignant
- un sentiment de découragement : « *ce sentiment renvoie à la notion de stress, et tout le monde convient que le milieu hospitalier est une réserve à stress, côté patient mais aussi côté soignant* » (1).
- un sentiment de satisfaction : gratifications personnelles dues à un bon contact avec un patient, une famille, l'équipe et le succès thérapeutique.

(1) MANOUKIAN A.-MASSEBEUF A., 2001, pages 32-43 et 45

La relation soignant/soigné n'amène pas la guérison, elle ne peut être en aucun cas remplacé par les soins, mais permet au soignant d'atténuer les souffrances et de redonner un degré d'estime et d'amour de soi. « *Aider les autres, c'est aussi avoir la capacité à demander de l'aide* » (1).

3-3-3 La relation d'aide

3-3-3-1 L'origine

Elle trouve ses origines dans le mouvement de la psychologie humaniste. Dès les années 50 des infirmières se penchèrent sur les aspects relationnels. La psychologie humaniste insiste sur la prise en compte globale de l'individu et non sur les symptômes. « *L'outil principal de la relation d'aide, versant psychothérapie ou versant soins infirmiers, est davantage la relation soignant patient que l'arsenal technique opposé à la maladie* » (1).

3-3-3-2 Définition

La relation d'aide est un soin relationnel. On peut la définir par la capacité du soignant à « *aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle. Elle est fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné* » (1). Ses interventions visent à rassurer le patient, diminuer sa peur et son anxiété, l'aider à accepter sa maladie et ses conséquences, a trouvé un sens réel à sa vie, à se sentir mieux dans sa peau...

3-3-4 La communication

3-3-4-1 Définition

La communication est un échange entre plusieurs personnes dans le but de comprendre et d'apporter en commun une solution à une question posée. Elle nécessite un émetteur et un récepteur de l'information.

(1) MANOUKIAN A.-MASSEBEUF A., 2001, pages 45-47 et 48

3-3-4-2 Les modes de communication

Il existe plusieurs modes de communications :

- analogique : elle ne passe pas par des codes mais par tout ce qui peut être exprimé différemment : images, sensations, impressions...
- digitale : communication codées : les mots
- symétrique : les deux acteurs ont tendance à adopter un comportement en miroir. On observe une tendance vers l'égalité, peut être pour qu'il puisse plus facilement s'affronter.
- complémentaire : les deux éléments vont tous faire pour former une unité. C'est parfois le contexte social qui va fixer ce type d'interaction*. Il n'y a pas d'affrontement, pas de rivalité.

3-3-4-3 Les différents types de communication

3-3-4-3-1 Le langage verbal

La communication est très souvent réduite au langage verbal : la parole et l'écriture. C'est un ensemble indissociable. Il faut associer toutes les pièces du puzzle, mais il faut préalablement s'assurer que l'information a été bien comprise.

Pour cela quelques techniques peuvent être appliquées :

- la répétition : c'est le fait de répéter ce qui a été dit
- la reformulation
- questions ouvertes ou fermées pour orienter la communication
- l'effet feed back ou rétroaction : dire au patient ce que l'on éprouve à son contact, à ses mots pour comparer avec ce qu'il ressent
- l'élucidation : reformulation synthétique de la situation dans son ensemble.

3-3-4-3-2 Le langage non verbal

Il peut prendre plusieurs formes :

- le regard : celui du soigné en dit parfois plus long que les mots, qui sont souvent difficiles à exprimer. (douleur, angoisse, peur, inquiétude...)
- le toucher : le soigné a besoin du contact du corps du soignant. C'est au cours des soins journaliers que le malade peut tester les sentiments du soignant et par cet intermédiaire faire le

point sur ce qu'il vit. De même, le soignant a besoin de toucher pour communiquer avec le patient. Il faut sentir et permettre de sentir pour avoir une vision globale du ressenti de la personne. L'utilisation de l'espace permet aussi de définir ce qui se joue entre deux personnes.

« *La peau est messagère de tout un vécu psychologique, émotionnel et spirituel* » (1)

- l'odorat et le goût : sont des moyens d'établir un contact avec l'environnement.

- l'écoute : notion différente du mot «entendre* » qui ne met en jeu que l'ouïe. L'écoute implique un effort d'attention et de compréhension. Elle s'effectue sur trois registres : au niveau des faits (ce qu'il s'est passé), du ressenti (la façon dont les faits sont vécus) et du retentissement (renvoi à notre propre histoire).

On constate donc que le langage non verbal est très vaste : mimiques, gestes, attitudes corporelles, signes, cris, gémissement, pleurs, rires, silence...sont autant de moyens d'expressions différents qui permettent de traduire de manière partielle, consciemment ou inconsciemment, nos sentiments.

3-4- SPECIFICITE DE LA PEDIATRIE

3-4-1 Définition

La pédiatrie est définie comme la « *branche de la médecine consacrée à l'enfance et à ses maladies* » (2).

Elle accueille les enfants de la naissance à l'adolescence (18 ans).

3-4-2 Le rôle infirmier

Selon le DECRET 2002-194 DU 11 FEVRIER 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière.

(1) NECTOUX-LANNEBERE M, 1995, pages 38 et 39

(2) PETIT LAROUSSE, 1994, page 759

Le rôle du soignant dans la relation à l'enfant est multiple :

- l'accueil : Accueillir c'est accepter l'autre de ce qu'il a de spécifique, de particulier, d'unique. C'est savoir l'accompagner dans son parcours. Ce n'est pas un don c'est une compétence professionnelle mais c'est aussi la compétence d'une équipe pluridisciplinaire.
- concilier les soins techniques et relationnels : instaurer un climat de confiance avec l'enfant et se faire des parents, des partenaires de soins.
- les soins d'hygiène qui peuvent être réalisés par les parents qui sont des partenaires à part entière dans la prise en charge de la thérapie de leur enfant.
- reconnaître l'enfant en tant que sujet et non pas en tant qu'objet de soin
- « *satisfaire le besoin de communiquer de l'enfant quels que soient son âge ou son état de conscience* » (1).

La spécificité de l'infirmière travaillant auprès d'enfant lui permet, grâce à ses connaissances en pathologie et psychologie de l'enfant, d'assurer une optimisation de la qualité des soins qu'elle est amenée à dispenser du nouveau-né à l'adolescent.

Dans ce contexte elle prend en charge l'enfant dans sa globalité, en partenariat avec une équipe pluridisciplinaire (médecins, puéricultrice, aide soignante ou auxiliaire de puériculture...) afin de répondre à tous ses besoins.

(1) EQUIPE SOIGNANTE DU SERVICE DE REANIMATION PEDIATRIQUE DU CENTRE CHIRURGICAL MARIE LONNELONGUE au Plessis Robinson, 1995, page 6

4- ENQUETE

4-1-METHODOLOGIE DE RECUEIL DE DONNEES

Afin de mener à bien la suite de mon étude, il m'est apparu plus judicieux d'opter pour l'enquête par questionnaire. Ils sont destinés aux infirmiers(ères) dans deux hôpitaux du Val de Marne (94). 40 exemplaires ont été distribués. Les personnes concernées ont trois semaines pour y répondre avec une date butoir de retour. (voir Annexe I)

Pour le choix de la population je me suis posé la question de savoir qu'elles étaient les personnes concernées par mon sujet. Même si l'équipe soignante rentre dans sa globalité (cadre infirmiers, infirmiers, aide soignants...) en ligne de compte dans la relation avec l'enfant. Mon étude s'interroge sur les moyens de communication utilisés par les soignants, en particulier ceux qui prodiguent des soins plus ou moins invasifs, pour entrer en relation avec un enfant hospitalisé. C'est la raison pour laquelle j'ai ciblé les infirmières comme échantillon pour mon enquête.

Au regard de mon sujet, l'enquête par questionnaire m'a semblé être l'outil le plus adapté, il est anonyme, ce qui engendre des réponses plus objectives et sans retenue. Les intervenants peuvent y répondre quand ils le souhaitent dans les délais impartis, alors que les entretiens eux, nécessitent des rendez-vous donc de nombreux déplacements et une plus grande disponibilité des intervenants. Le questionnaire permet un traitement qualitatif et quantitatif des données. Celui-ci est facile à lire, à comprendre et à remplir pour le personnel soignant étant déjà très occupé et en sous effectif.

Même si les réponses d'une enquête par questionnaire sont moins riches parce qu'écrites et qu'elles peuvent être faussées si elles sont entretenues en groupe, le questionnaire restait l'outil le plus propice à mon sujet et aux objectifs que je m'étais fixés. D'autre part, cet outil me permettait d'obtenir un panel de réponse plus large qu'avec les autres types d'enquête (20 minimums contre 5).

Mes attentes quand au retour des questionnaires étaient de connaître les moyens de communications utilisés dans les services de pédiatrie et d'avoir une approche concrète en

tant que futur professionnel afin d'assurer une meilleure prise en charge de l'enfant hospitalisé.

Concernant le choix du questionnement, j'ai choisi une majorité de questions :

- Fermées car elles permettent d'avoir une seule réponse et facilitent le dépouillement. Elles ont l'avantage d'être ciblées.
- Préformées car elles offrent la possibilité d'apporter une ou plusieurs réponses.
- Il y'a aussi des questions ouvertes qui offrent la liberté de réponse et une richesse de l'information. Cependant le dépouillement est un peu plus long.

Pour ce qui est de la diffusion de mon questionnaire, après avoir pris contact avec les différentes structures et convenus d'un rendez-vous, j'ai apporté mes questionnaires afin de les présenter à l'équipe et de préciser les modalités de retour (par courrier ou remise en main propre).

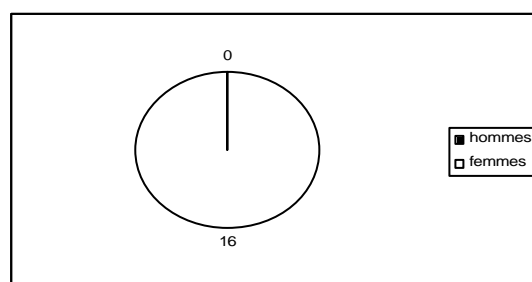
4-2- ANALYSE QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

4-2-1- Taux de réponse

Au départ quarante questionnaires ont été distribués dans trois services différents. Seul seize questionnaires sont revenus. Le taux de réponse aux questionnaires est de 40%.

4-2-2- La population enquêtée

4-2-2-1 Répartition selon le sexe du soignant



Sur 16 personnes interrogées, toutes sont des femmes. Les services de pédiatrie sont essentiellement des milieux à prédominance féminine.

4-2-2-2 Répartition selon l'âge, l'année de diplôme et les années de travail auprès d'enfants

Répartition selon l'âge

20-24 ans	7	35-39 ans	1
25-29 ans	3	40-44 ans	2
30-34 ans	0	45 ans et +	3

Répartition selon l'année de diplôme

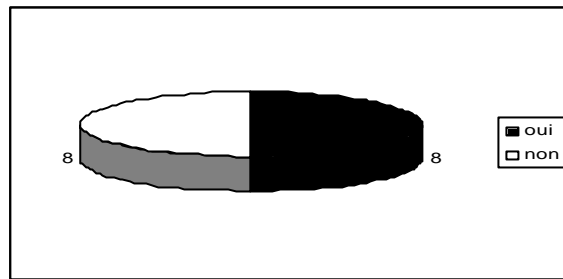
1970-1975	2	1990-1995	2
1976-1979	0	1995-1999	3
1980-1985	2	2000-2004	7
1985-1989	0		

Répartition selon les années de travail avec les enfants

1-5 mois	4	7-8 ans	1
5-11 mois	0	9-10 ans	0
1-2 ans	3	11-12 ans	0
3-4 ans	3	13-14 ans	1
5-6 ans	0	15 ans et plus	4

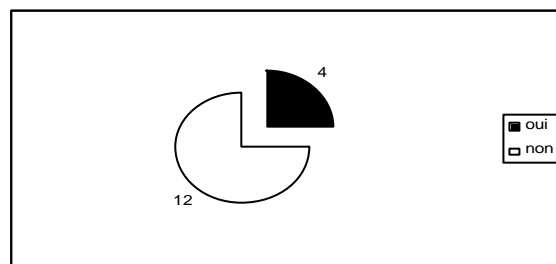
Les infirmières se situent plutôt entre 20 et 25 ans. Ce sont généralement de jeunes diplômés (7/16) qui travaillent depuis quelques mois voir quelques années.

4-2-2-3 Répartition des infirmières selon leur travail avec des adultes



La moitié des infirmières non jamais travaillées auprès d'adultes malades (8/16) par choix et par préférence pour les services de pédiatrie.

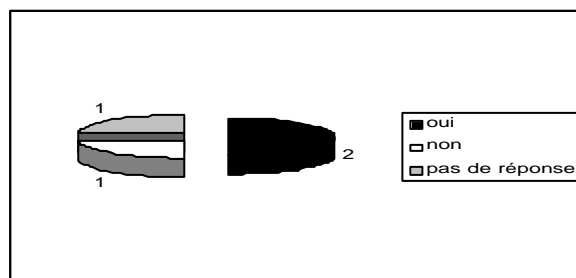
4-2-2-4 Répartition des infirmières ayant des enfants



4 femmes sur 16 interrogées ont des enfants.

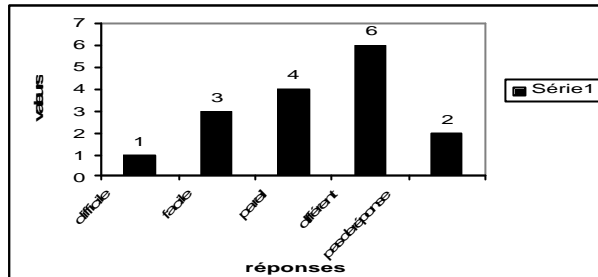
4-2-3 Le relationnel

4-2-3-1 L'influence d'être parent sur la relation avec l'enfant hospitalisé (question 7)



Seule deux femmes sur 4 pensent que le fait d'être parent soi même, a une influence sur la relation avec l'enfant hospitalisé.

4-2-3-2 La communication avec l'enfant (question 8)



Sur 16 personnes, seulement 2 non pas répondus.

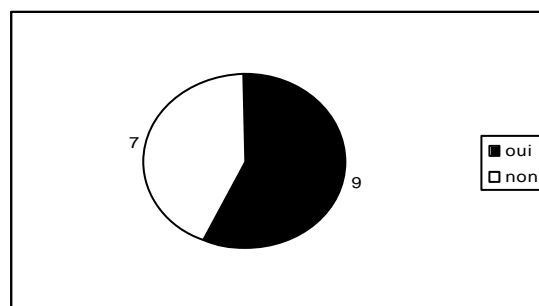
6 femmes sur 14 pensent que la communication avec l'enfant n'est ni facile ni difficile mais simplement différente. « *L'enfant n'a pas de préjugés, il est vrai* ».

4-2-3-3 La différence entre la relation en pédiatrie et les autres services (question 9)

14 femmes sur 16 ont répondu à cette question. Elles pensent que la relation en pédiatrie est différente des autres services pour de multiples raisons :

- l'enfant ne comprend pas toujours l'utilité des soins
- il faut longuement expliquer, rassurer et prendre en compte la douleur
- la relation est plus maternelle, demande plus de temps et elle est plus innocente
- c'est une relation triangulaire : soignant/soigné/parents
- l'enfant est plus ouvert, plus spontané, insouciant et tendre.

4-2-3-4 La place du relationnel en service de pédiatrie (question 10)

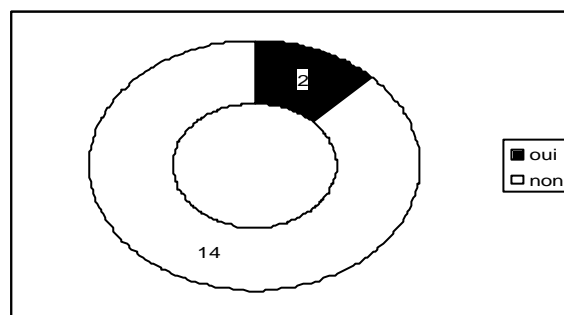


Concernant cette question les avis sont plutôt partagés.

Certaines pensent que le relationnel prend une place plus importante en service de pédiatrie (9/16) car il faut prendre le temps de préparer l'enfant avant le soin, de lui donner plus d'explication, il faut impliquer les parents dans les soins, pallier à leur absence. L'enfant a besoin d'être rassuré, de parler et d'avoir une présence auprès de lui.

D'autres pensent que la place du relationnel est la même dans tous les services (7/16). Quelque soit son âge, le patient a besoin d'être écouté, rassuré et que quelqu'un prenne en compte ses angoisses. « *Il y'a autant de relationnel dans les autres services seul le langage change.* »

4-2-3-5 Les soins à l'enfant et la communication



14 femmes sur 16 pensent qu'on ne peut pas soigner un enfant sans prendre le soin de communiquer ou d'entrer en relation avec lui. « *La communication est la première chose à aborder avec un enfant pour instaurer la confiance* ».

Au contraire 2 femmes pensent que l'on peut prendre soin d'un enfant sans prendre le soin de communiquer ou d'entrer en relation avec l'enfant par faute de temps, charge de travail trop importante ou manque de moyens.

4-2-4 Les moyens de communications

4-2-4-1 Les moyens de communication utilisés pour établir et maintenir une relation (question 12 et 13)

Toutes les femmes ont répondu à ces questions.

Les moyens de communication utilisés pour entrer en relation avec l'enfant hospitalisé sont différents selon l'âge, la personnalité de l'enfant et la place des parents. Ils sont très divers et très variés. (toucher / massage, rire, jeux, musique, câlins...)

4-2-4-2 Les éléments qui facilitent la relation soignant/soigné en pédiatrie

Seule une personne n'a pas répondu à cette question.

Les éléments qui facilitent La relation soignant/soigné sont par ordre d'importance :

- appeler l'enfant par son prénom (9/15)
- le tutoiement (5/15)
- la présence des parents (5/15)
- appeler le soignant par son prénom (5/15)
- l'environnement adapté à l'enfant (6/15)
- le sexe du soignant (10/15)
- autres (13/15) : authenticité, cohérence des attitudes, calme, compétence du soignant, propos clairs et compréhensifs.

4-2-4-3 Les éléments qui font obstacle à la relation soignant/soigné en pédiatrie

13 femmes sur 16 pensent qu'il y'a des éléments qui font obstacles à la relation.

Ces éléments sont les suivants :

- l'état de l'enfant : s'il est douloureux ou fatigué
- les parents : leur angoisse, leur stress communiqué à l'enfant, les parents non coopérants ou non aidant aux soins et leur présence
- la peur des enfants devant la présence de personne étrangère
- les langues étrangères
- les soins douloureux et répétés
- l'agressivité des gestes et de certains soignants
- le manque de temps
- la présence d'une pathologie particulière (psychiatrique et/ou handicapante)

Les résultats obtenus par cette enquête sur le terrain, vont me permettre de faire une analyse en relation avec mon cadre de référence, qui représente la partie théorique de mon travail

4-3- ANALYSE CORRELATIVE

On peut dire que les équipes soignantes des services de pédiatrie sont essentiellement composées de femme. Peut être de part le fait de la complexité de la relation que ces services engendrent, de « l'instinct maternel » inné chez les femmes ou encore de part la substitution de leur rôle de soignante en rôle de « mère » aux regard de l'enfant. Ce sont souvent des femmes jeunes (10/16 se situent entre 20 et 30 ans), qui sont diplômé depuis peu et non pas encore d'enfants.

Toutes (16 femmes sur 16 interrogés) on déjà eu une expérience professionnel auprès d'adultes malades au cours de leur stage durant la formation. Mais c'est par choix et aussi par préférence qu'elles ont voulu travailler auprès d'enfants malades. Cependant le travail auprès d'adultes permet d'approfondir la place de l'infirmière auprès des adultes, avant les enfants, pour une meilleure prise en charge des parents.

Le fait d'être parent soi-même influence leur relation avec l'enfant hospitalisé (4/16 sont mère). Elles se sentent plus proche du vécu des parents durant l'hospitalisation car elles se mettent plus facilement à leur place. Cela leur permet d'inclure plus facilement les parents dans la prise en charge de l'enfant. Elles se sentent plus sensibles, plus compréhensive et visualisent mieux les comportements de l'enfant selon son âge, donc elles sont plus attentives à leurs besoins et à leurs attentes.

La communication est l'outil de cohésion de l'équipe. C'est un échange entre les soignants, le soigné et la famille dont le but est de comprendre et d'apporter en commun une solution à un problème posé. Ce qui s'appuie sur mon cadre de référence. En pédiatrie celle-ci n'est ni facile ni difficile mais elle est différente. (C'est ce qu'on répondu 6 femmes sur les 14 interrogées). Il est parfois plus facile de communiquer avec certains enfants et plus difficile avec d'autres, comme pour les adultes. L'enfant ne comprend pas toujours l'utilité des soins qui lui sont prodigués. La communication dépend de l'âge de l'enfant, de son développement, de son degré de compréhension, de sa culture, de son environnement.... Elle fait partie d'un ressenti personnel mais surtout d'un savoir être.

Selon 14 femmes, la relation à l'enfant est différente des autres services pour de multiples raisons. Elle est plus familière (l'enfant tutoie et appel les soignants par leur prénom et inversement), plus affective (l'enfant a besoin d'être rassuré, écouté, entouré), demande plus d'explications (pour supprimer l'angoisse et la peur engendré par l'hospitalisation) et une

plus grande attention car l'enfant n'est pas toujours coopérant au moment où on le souhaite. La relation et l'attitude du soignant doivent être adaptées à chaque enfant.

Le relationnel prend alors une place importante dans les services de pédiatrie, d'après 9 femmes sur 16, bien que quelque soit son âge un patient doit être écouté, rassuré. Ce qui confirme en partie mon hypothèse de départ. Il faut à tout moment prendre le temps des explications et pallier à l'absence des parents pour les actes de la vie quotidienne. Les soignants ne peuvent arriver dans la chambre d'un enfant et faire un soin tout de suite. Il y a une étape préliminaire qui est d'entrer en contact avec l'enfant, de prendre le temps de lui expliquer, lui laisser le temps de comprendre et d'accepter les soins.

D'après les 16 femmes interrogées, le soignant doit inclure les parents dans sa relation à l'enfant. En lien avec mon cadre de référence, elles parlent de la relation triangulaire. Il importe de comprendre les sentiments qui sont éprouvés par le patient et sa famille pour pouvoir assurer une prise en charge globale de l'enfant hospitalisé. En pédiatrie, le partenariat avec les parents, dans les soins doit être favorisé. La relation à l'enfant et à ses parents demande autant, sinon plus qu'ailleurs, des échanges de paroles.

Nous ne pouvons donc pas soigner un enfant sans prendre le temps de communiquer ou d'entrer en relation avec lui, c'est ce que pense 14 femmes sur 16 interrogées ce qui est étroitement en lien avec mon cadre de référence. Le fait de communiquer avec l'enfant constitue la base du soin. Elle permet de rassurer l'enfant et de le mettre en confiance dans un environnement qui lui est étranger. Les soins sans communication sont voués à l'échec et seront d'autant plus durs lorsqu'ils sont répétés plusieurs fois par jours. Prendre soin d'un enfant ne se substitue pas à mettre en œuvre un exercice appris, mais il doit prendre en compte la dimension globale (physique, psychique, sociale et spirituelle) de l'enfant et des ses parents.

« Si l'infirmière ne comprend pas la nécessité de communiquer avec ses patients, il faut changer de métier » (propos tenu par une infirmière d'un hôpital enquêté).

Pour établir et maintenir une relation soignant/soigné en pédiatrie, les infirmières doivent utiliser des moyens de communications. (16 femmes sur 16 interrogées utilisent ses moyens pour entrer en communication avec les enfants). Ces moyens sont différents selon l'âge de l'enfant, sa personnalité et la place des parents. Ils sont divers, variés et complètent ceux vu précédemment dans mon cadre conceptuel :

→ Le langage verbal :

- Utiliser une voix douce
- L'emploi du TU
- Appeler l'enfant par son prénom
- Appeler le soignant par son prénom
- Toujours tout expliquer ce qu'on va faire
- Parler des centres d'intérêts de l'enfant pour détourner son attention
- Tenir des propos clairs, compréhensifs et adaptés à chaque enfant.
- Ne jamais mentir, être toujours vrai

→ Le langage non verbal :

- Le regard : (en lien avec mon cadre de référence) celui du soigné en dit parfois plus long que les mots, il traduit souvent la douleur, l'angoisse, la peur, l'inquiétude.... Tandis que le regard du soignant a un effet positif sur l'enfant s'il exprime la joie, la chaleur. Au contraire un regard vide à un effet destructeur pour l'enfant.
- Le sourire : est sans doute la manifestation qui soutient le plus la confiance et la tendresse qu'on accorde à l'enfant.
- Le toucher : (massage, caresse...) il faut sentir et permettre de sentir pour avoir une vision globale du ressenti de la personne. C'est une approche chaleureuse et rassurante autant pour le soignant que pour le soigné. Ce qui se lie fortement avec mon cadre de référence.
- L'utilisation d'objets transitoires : (jouet, musique, chants...) qui permettent de détourner l'attention de l'enfant le temps du soins et d'instaurer un échange à partir d'un point commun qui est l'objet.
- Démonstration du soins sur une peluche, un doudou : qui permet à l'enfant de voir et de comprendre de façon objective ce qu'on va lui faire, diminue la peur et rassure l'enfant. Il va prendre soin de son doudou «malade » et donc se mettre inconsciemment dans la peau d'un soignant, un protecteur.
- La présence des parents : qui rappelle à l'enfant qu'il n'est pas seul que ceux qui l'aime sont avec lui.

- L'environnement adapté : pour que l'enfant se sente en sécurité et en confiance avec le milieu et les personnes étrangères qui l'entourent. L'enfant doit se sentir « chez lui ».
- L'écoute : implique un effort d'attention et de compréhension de la part du soignant mais aussi de l'enfant.

C'est l'enfant qui va nous guider en tant que soignant sur ce qu'il veut, en opposition avec le cadre de référence où «c'est l'adulte étranger qui sollicite l'enfant, qui va vers lui, qui est en position de demande ». En réalité chaque individu, que ce soit le soignant ou le soigné, est en position de demande de relation et d'échange avec l'autre à un moment ou à un autre.

Autant de moyens de communication qui permettent à l'enfant et au soignant d'établir une relation de confiance, bien que certains éléments peuvent contribuer ou encore faire obstacle à cette relation, (l'angoisse, la peur, la présence des parents...) ce qui n'a pas été développé dans le cadre de référence.

Mon enquête me permet donc d'affirmer mon hypothèse : que le relationnel est primordial en service de pédiatrie.

En conséquence, il convient à nous en tant que soignant, d'utiliser les différents moyens de communication dont nous disposons, afin d'améliorer la qualité des soins relationnels et donc d'assurer une meilleur prise en charge des jeunes patients.

5- CONCLUSION

Grâce à cette étude, je suis arrivée à apporter une réponse aux questions posées malgré quelques difficultés rencontrées, notamment lors de la diffusion des questionnaires.

Lorsque j'ai choisi ce sujet, il me semblait que le relationnel était primordial en service de pédiatrie. Lors de mon enquête sur le terrain, il est ressorti que l'on ne pouvait pas soigner et prendre soin d'un enfant, sans prendre le temps de communiquer ou d'entrer en relation avec lui.

Cependant les infirmières aimeraient avoir plus de temps pour mettre en place plus de soins relationnels. Ils leurs semblent primordiaux en pédiatrie, afin principalement de diminuer les angoisses, les peurs liées à l'hospitalisation et aux soins douloureux. En effet la mise en confiance du patient repose essentiellement sur le travail des soignants.

Un texte de Jacques Salomé intitulé « Quand je te demande d'être écouté » (disponible en annexe II) retrace bien les besoins des patients et les attitudes qui font obstacle à l'écoute. Il me semble important de garder ce texte à l'esprit en tant que future infirmière afin de nous établir notre propre ligne de conduite.

Ce travail m'a permis de prendre conscience de l'importance des soins relationnels dans l'hospitalisation d'un patient. Cela m'a aussi donné l'occasion d'approfondir un sujet qui me tenait à cœur et d'en avoir une vision théorique et pratique.

Ainsi, il va me permettre très certainement d'améliorer ma pratique soignante dans sa globalité. Cependant une évolution des mœurs hospitalières serait nécessaire pour une bonne mise en pratique des soins relationnels.

Il faut prendre le temps de communiquer avec nos patients comme nous prenons le temps de les soigner.

6- BIBLIOGRAPHIE

Bass Henri-Pierre – La représentation du soignant par l'enfant – Soins pédiatrie/puériculture, n°194, mai/juin 2000, pages 4 et 5.

Chneiweis Laurent, Dischamps Jérôme – Les soignants face à la psychologie des maladies – Edition Lamarre (psycho 3^{ème} édition), Paris, 1999, 263 pages.

Décret du 11 février 2002 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière

Equipe soignante du service de réanimation pédiatrique chirurgie cardiovasculaire du Centre chirurgical Marie Lannelongue au Plessis Robinson – La relation soignant/enfant – Soins pédiatrie/puériculture, n°163, février 1995, page 6 à 15.

Froment Alain – La relation soignant/soigné – www.ithaque.net/RELAT_ss.htm, mise à jour le 1 octobre 2003, page 1 à 10, le 15 septembre 2003.

Froment Alain – Le malade en tant qu'homme souffrant, le soignant devant l'homme souffrant – www.ithaque.net/h_souffrant.htm, janvier 1995, page 1 à 10, le 9 octobre 2003.

Gillery David Frédérique – Communication et toucher – Soins psychiatrie, n° 185, 1996, page 25 à 27.

Gineste Yves, Marescotti Rosette – Philosophie des soins : qu'es ce qu'être soignant ? – www.cec-formation.net/philo.htm#personne, mise à jour le 6 octobre 2003, page 1 à 7, le 29 septembre 2003.

Groupe infirmier de recherche – Dictionnaire des soins infirmiers – 2^{ème} édition AMIEC recherche, Paris, 2000, 376 pages.

Hesbeen Walter – Prendre soin à l'hôpital – Inter édition Masson, Paris, 1997, 195 pages.

Mannoni Christine – Rencontre entre soignants et enfants hospitalisés – Soins pédiatrie/puériculture, n°194, mai/juin 2000, page 6 à 8.

Manoukian A., Massebeuf A. – Pratiquer la relation soignant/soigné – Edition Lamarre, Groupe Liaison S.A Toulouse, 2001, 173 pages.

Nectoux Lannebere Martine – Le toucher au cœur des soins – Revue de l'infirmière, n°13, juillet 1995, page 37 à 42.

Rosenblatt Françoise – L'hôpital, l'enfant et sa famille, Objectifs soins, n°37, novembre 1995, page 38 à 40.

Annexe I

LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE EN PEDIATRIE

Actuellement étudiante infirmière en 3^{ème} année, à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre Hospitalier « les Murets » à la Queue en brie (94), j'ai choisi le thème de la relation soignant/soigné en pédiatrie comme sujet de mon Travail Ecrit de Fin d'Etudes (TEFE). Ce questionnaire a pour but de connaître les différents moyens utilisés par les soignants pour entrer en relation avec un enfant hospitalisé en service de pédiatrie.

Afin de répondre à mon interrogation, je vous remercie de remplir ce questionnaire, par une phrase ou en cochant une ou plusieurs cases.

Je tiens à vous informer qu'il est anonyme et confidentiel.

Merci de me remettre ce questionnaire avant le / /2003.

Melle Derut Vanessa

IDENTIFICATION

1- Vous êtes

un homme

une femme

2- Dans quel tranche d'âge vous situez vous ?

20-24 ans

35-39 ans

25-29 ans

40-44 ans

30-34 ans

45 ans et +

3- Quelle est l'année de votre diplôme ?

.....

4- Depuis combien de temps travaillez vous avec les enfants ?

.....

5- Avez-vous déjà travaillé avec les adultes ?

oui

non*

*Pourquoi :

.....

.....

6- Avez-vous des enfants ?

oui

non*

* allez à la question 8

LE RELATIONNEL

7- Le fait d'être parent, soi même, a-t-il une influence sur la relation avec l'enfant hospitalisé ?

oui

non

Pourquoi :.....
.....
.....

8- Selon vous, est il plus difficile ou plus facile de communiquer avec l'enfant ?

.....
Pourquoi :.....
.....
.....

9- En quoi la relation en pédiatrie est elle différente des autres services ?

.....
.....
.....

10- Le relationnel prend t'il une place plus importante en service de pédiatrie ?

oui

non

Pourquoi :.....
.....
.....

11- Peut on soigner et prendre soin d'un enfant sans prendre le soin de communiquer ou d'entrer en relation avec lui ?

oui

non

Pourquoi :.....
.....
.....

LES MOYENS DE COMMUNICATION

12- Comment entre t-on en relation avec un enfant ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

13- Quels moyens de communication utilisez vous pour établir et maintenir une relation de confiance avec l'enfant ? (le toucher, le «tu », les jeux...)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

14- Quels sont les éléments qui facilitent la relation soignant/soigné en pédiatrie ?
(Classez vos réponses en numérotant par ordre chronologique)

- la présence des parents
 - le sexe du soignant : lequel ?.....
 - l'environnement adapté
 - l'emploi du « tu »
 - appeler le soignant par son prénom
 - appeler l'enfant par son prénom
 - autres :
-
.....

15- Au contraire, quels sont les éléments qui font obstacles à cette relation ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe II

QUAND JE TE DEMANDE D'ETRE ECOUTE

Quand je te demande de m'écouter et que tu commences à **me donner des conseils, je ne me sens pas entendu.**

Quand je te demande de m'écouter et que tu me poses des questions, quand tu **argumentes**, quand **tu tentes de m'expliquer ce que je ressens** ou ne **devrais pas ressentir, je me sens agressé.**

Quand je te demande de m'écouter et que **tu t'empares de ce que je dis** pour tenter de résoudre ce que tu crois être mon problème, aussi étrange que cela puisse paraître, je me sens encore plus en perte.

Quand je te demande **ton écoute**, je te demande d'être là, au présent, dans cet instant si fragile où je me cherche dans une parole parfois maladroite, **inquiétante, injuste ou chaotique**, j'ai besoin de ton oreille, de ta tolérance, de ta patience pour me dire au plus difficile, comme au plus léger, oui simplement m'écouter. **Sans excusation ou accusation, sans dépossession de ma parole, écoute-moi.**

Tout ce que je te demande, c'est de m'écouter, au plus proche de moi, simplement **accueillir** ce que je tente de te dire, **ce que j'essaie de me dire.** Ne m'interromps pas dans mon murmure, n'aies pas **peur** de mes tâtonnements ou de mes imprécations.

Mes contradictions comme mes accusations, aussi injustes soient-elles, **sont importantes pour moi.**

Par ton écoute, je tente de dire ma différence, j'essaie de me faire entendre, surtout de moi-même, j'accède ainsi à une parole propre, **celle dont j'ai été longtemps dépossédée.** Oh non, je n'ai pas besoin de conseils, je peux agir par moi-même et aussi me tromper.

Quand je me sens écouté, je peux enfin m'entendre, je peux entrer en relation, établir des ponts, des passerelles incertaines, entrer dans mon histoire et mes histoires, relier des événements, des situations, des rencontres ou des émotions pour en faire la trame de mes interrogations.

S'il te plaît! Ecoutes et entends-moi, et si tu veux parler à ton tour, **attends** juste un instant que je puisse terminer et je t'écouterai à mon tour, **mieux**, surtout si je me suis senti entendu.

Jacques SALOME

TABLE DES MATIERES

1- INTRODUCTION

2- PROBLEMATIQUE

3- CADRE DE REFERENCE

3-1- HISTORIQUE

3-2- QUELQUES GRANDES NOTION

3-2-1 Etre soignant

3-2-2 Etre malade

3-2-3 Prendre soin

3-2-4 Soigner

3-3-LA RELATION SOIGNANT/SOIGNE

3-3-1 Définition

3-3-2 Le concept de la relation

3-3-3 La relation d'aide

3-3-3-1 L'origine

3-3-3-2 Définition

3-3-4 La communication

3-3-4-1 Définition

3-3-4-2 Les modes de communication

3-3-4-3 Les différents types de communication

3-3-4-3-1 Le langage verbal

3-3-4-3-2 Le langage non verbal

3-4 LA SPECIFICITE DE LA PEDIATRIE

3-4-1 Définition

3-4-2 Le rôle infirmier

4- ENQUETE

4-1 METHODOLOGIE DE RECEUIL DE DONNEES

4-2 ANALYSE QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

4-2-1 Taux de réponse

4-2-2 La population enquêtée

4-2-2-1 Répartition selon le sexe du soignant

4-2-2-2 Répartition selon l'âge, l'année de diplôme et les années de travail auprès des enfants.

4-2-2-3 Répartition des infirmières selon leur travail avec les adultes

4-2-2-4 Répartition des infirmières ayant des enfants

4-2-3 Le relationnel

4-2-3-1 L'influence d'être parent sur la relation avec l'enfant hospitalisé (question 7)

4-2-3-2 La communication avec l'enfant (question 8)

4-2-3-3 La différence entre la relation en pédiatrie et les autres services (question 9)

4-2-3-4 La place du relationnel en service de pédiatrie (question 10)

4-2-3-5 Les soins à l'enfant et la communication (question 11)

4-2-4 Les moyens de communication

4-2-4-1 Les moyens de communication utilisés pour établir et maintenir une relation

4-2-4-2 Les éléments qui facilitent la relation soignant/soigné en pédiatrie

4-2-4-3 Les éléments qui font obstacles à la relation soignant/soigné en pédiatrie

4-3 ANALYSE CORRELATIVE

5- CONCLUSION

6- BIBLIOGRAPHIE

7- ANNEXES

Annexe I : Questionnaire

Annexe II : Texte de Jacques Salomé « *Quand je te demande d'être écouté* »