

EPREUVE DU DIPLOME D'ETAT SESSION NOVEMBRE 2007  
TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES

**LE RÔLE INFIRMIER  
DANS L'INFORMATION  
PRÉ-OPÉRATOIRE  
DE L'ENFANT**

NOM : CAMUS  
PRENOM : EMILIE  
PROMOTION : 2004/2007

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS  
INFIRMIERS  
6, rue Thérèse  
57604 FORBACH

EPREUVE DU DIPLOME D'ETAT SESSION NOVEMBRE 2007  
TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES

**LE RÔLE INFIRMIER  
DANS L'INFORMATION  
PRÉ-OPÉRATOIRE  
DE L'ENFANT**

NOM : CAMUS  
PRENOM : EMILIE  
PROMOTION : 2004/2007

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS  
INFIRMIERS  
6, rue Thérèse  
57604 FORBACH

# SOMMAIRE

- INTRODUCTION.....	p.1
- SITUATION D'APPEL ET QUESTIONNEMENT INITIAL .....	p.2
- PREMIERE PARTIE	
1. Phase exploratoire	
1.1. Entretiens exploratoires.....	p.3
1.2. Cadre de référence (conceptuel et contextuel)	
1.2.1. L'information.....	p.3
1.2.2. La peur.....	p.4
1.2.3. La douleur.....	p.4
1.2.4. Le développement de l'enfant.....	p.5
1.2.5. L'interaction parents-enfant.....	p.5
1.2.6. La relation soignant-soigné.....	p.5
1.2.7. Les valeurs personnelles et professionnelles.....	p.6
1.2.8. Cadre législatif.....	p.6-7
2. Question de départ.....	p.8
3. Hypothèses de réponse.....	p.8
- DEUXIEME PARTIE	
1.Méthodologie d'enquête	
1.1. Choix de la population.....	p.9
1.2. Choix de l'outil de recherche utilisé.....	p.9
1.3. Les objectifs du guide d'entretien.....	p.10
1.4. La réalisation des entretiens.....	p.10
1.5. Conditions favorables et obstacles lors des entretiens	
1.5.1. Les obstacles.....	p.10
1.5.2. Les conditions favorables.....	p.10
2.Synthèse des résultats de l'enquête.....	p.11 à 13
- TROISIEME PARTIE	
• Analyse des résultats de l'enquête	
1. La fréquence d'enfants présents en service de chirurgie adulte.....	p.14
2. Le manque de temps.....	p.14
3. La place des parents lors de l'hospitalisation de leur enfant.....	p.15
4. Le statut de l'enfant.....	p.16
5. La formation du personnel.....	p.16
6. Une nouvelle hypothèse : l'infirmier en tant que parent.....	p.17

- PISTE DE SOLUTION ET CONCLUSION

1. Piste de solution.....p.19
2. Conclusion.....p.19

- BIBLIOGRAPHIE

- ANNEXES

- Annexe n°1 : La charte de l'enfant hospitalisé.....p.i
- Annexe n°2 : La charte du patient hospitalisé.....p.ii
- Annexe n°3 : Extraits du Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004.....p.iv
- Annexe n°4 : Extraits de la circulaire n°83-24 du 1er Août 1983.....p.v
- Annexe n°5 : Circulaire n°2006-90 du 2 mars 2006.....p.xii
- Annexe n°6 : Arrêté du 7 janvier 1997.....p.xiv
- Annexe n°7 : Loi 2002-303 du 4 mars 2002.....p.xv
- Annexe n°8 : Guide d'entretien (phase exploratoire).....p.xvii
- Annexe n°9 : Guide d'entretien (phase d'observation).....p.xix

# INTRODUCTION

L'hôpital est un monde d'émotions, que nous sommes tous amenés à connaître un jour ou l'autre et cela, parfois dès le plus jeune âge.

Durant ma formation en soins infirmiers, j'ai eu l'occasion de faire de nombreux stages, et tous, sans exception, m'ont prouvé que l'information du patient est le fondement de toute relation avec celui-ci.

Le choix du sujet de mon Travail Ecrit de Fin d'Etudes, a été motivé par l'observation d'une attitude professionnelle, qui m'a poussé à me poser un certain nombre de questions, au sujet du manque d'information que rencontre le patient. Le fait d'avoir été sensibilisée au problème de la douleur au cours de stages et lors d'enseignements théoriques, m'a fait ressentir ce manque d'information relatif à la douleur, comme un échec professionnel. C'est l'analyse de cet échec qui m'a permis une certaine remise en question.

Ma surprise a été de rencontrer des enfants dans des milieux adultes, peu propices à leur développement et à leur prise en charge. Dans la mesure où mon projet professionnel est de devenir puéricultrice et d'apporter un mieux être physique et psychologique à l'enfant, je souhaite que tous les éléments apportés par cette étude enrichissent mes connaissances quant à mon développement professionnel futur.

Dans un premier temps, j'exposerai ma situation d'appel ainsi que le questionnement qui en découle. Ensuite, je traiterai d'un point de vue théorique, la phase exploratoire. Puis j'aborderai le travail d'enquête réalisé auprès du personnel soignant. Et, en dernier lieu, grâce à un travail d'analyse, je tenterai d'apporter des réponses à ma problématique.

Situation d'appel  
et  
questionnement initial

## 1. Situation d'appel

Il s'agit de mon premier jour de stage de deuxième année, en service de traumatologie. Une enfant de six ans et demi, Lola, est accueillie le matin même de son intervention qui s'avère être une amygdalectomie. L'accueil s'effectue sous forme d'un rapide entretien conduit par l'aide soignante avec la mère, dans le but de remplir la feuille d'admission.

Trente minutes plus tard, la fillette est emmenée au bloc opératoire. A son retour de la salle de réveil elle me chuchote « Tu m'as pas dit que j'aurai mal ». Surprise de sa réaction je discute avec la mère qui m'apprend que le chirurgien et l'anesthésiste n'avaient que « vaguement » (selon ses dires) parlé de la douleur avec Lola, mais qu'ils avaient d'abord expliqué la technique de l'intervention. Puis elle me confie ne pas avoir voulu apeurer sa fille, alors, lorsque celle-ci l'interpellait à ce sujet, elle écourtait la discussion.

Puis je décide d'aborder ce sujet avec deux infirmières qui me répondent, toutes deux, ne pas avoir eu le temps de parler avec l'enfant avant l'intervention, parce que ce matin là, il y avait trop de travail.

## 2 . Questionnement initial

En premier lieu, je me suis interrogée sur l'importance des informations données selon le type d'intervention pratiquée (proportionnalité). Mais après avoir parlé avec quelques infirmiers (1), je me suis rendue compte que ce n'était pas ce qui primait dans ma situation d'appel, mais qu'il fallait aborder l'enfant et son hospitalisation dans un service à visée adulte.

Je me suis alors demandée:

- comment concilier le devoir d'information et la peur du soin éprouvé par l'enfant?
- comment aborder le thème de la douleur avec un enfant?
- si l'information de l'enfant devait être restreinte par rapport à celle apportée à l'adulte?
- si l'on parlait davantage de la peur que de la douleur avec un enfant?
- si un infirmier exerçant dans un service de chirurgie adulte était suffisamment formé pour prendre en charge un enfant?

---

1 lire partout infirmier et infirmière

# Première partie :

Phase exploratoire, question de  
départ et hypothèses

## 1. La phase exploratoire

### 1.1. Les entretiens exploratoires (2)

Ayant une certaine idée de ma question de départ mais n'ayant pas eu l'occasion d'observer une seconde fois cette situation, je suis allée interroger huit infirmiers, tous de services de chirurgie différents, afin de m'assurer du bien fondé de ma question, de l'affiner et de la concrétiser.

Après analyse des réponses obtenues, il s'est avéré que selon sept infirmiers sur huit, aucune information n'était donnée à l'enfant, mais que les parents jouaient les intermédiaires entre les soignants et l'enfant. Cette situation s'expliquerait principalement par un manque de temps.

Je me suis alors intéressée au cadre conceptuel et contextuel en lien avec l'information à l'enfant.

### 1.2. Cadre de référence (conceptuel et contextuel)

Mes recherches se sont centrées autour de 8 thèmes principaux:

- l'information
- la peur de l'enfant
- la douleur
- le développement de l'enfant
- l'interaction parents-enfant
- la relation soignant-soigné
- les valeurs professionnelles et personnelles
- le cadre législatif

#### 1.2.1. L'information

Nous pouvons définir l'information comme étant « l'action d'une ou plusieurs personnes qui font savoir quelque chose, qui renseignent sur quelqu'un, sur quelque chose. » (3)

Les informations à l'hôpital sont nombreuses, elles passent par les affiches placardées sur les murs, les paroles de la secrétaire, celles des

---

L'information permet de créer des liens entre le soigné et le soignant.

<sup>2</sup> Annexe n°8

pose alors de savoir

<sup>3</sup> MAUBOURGUET, Patrice - le Petit Larousse - Paris, 1992, p.1781 plus adapté se trouve

être la communication verbale (grâce à la reformulation, la répétition ou encore grâce au phénomène de feed back) et la communication non verbale avec le patient, à savoir le regard, le toucher et l'écoute.

#### 1.2.2. La peur

La peur est un « sentiment plus ou moins durable, de forte inquiétude, d'alarme, en présence ou à la pensée d'un danger, d'une menace. » (4)

En effet, l'hospitalisation suscite des peurs chez l'enfant, c'est un fait observable. D'après la synthèse d'un mémoire repris par la Revue de l'infirmière (5), il a été mis en évidence que la première cause d'inquiétude d'un enfant par rapport à une hospitalisation est, la peur de la douleur, en seconde place arrive la peur de l'inconnu (lié au manque d'information) et en troisième position la peur de la solitude.

### 1.2.3. La douleur

Il s'agit d'une sensation pénible se manifestant sous différentes formes (brûlure, piqûre, crampe, pesanteur, étirement, etc.) d'intensité et d'extension variable. « La douleur est associée à des lésions tissulaires, réelles ou potentielles, ou décrite comme si ces lésions existaient. » (6)

Depuis ces dernières années, la recherche sur la douleur pédiatrique s'est grandement développée, en effet, il y a vingt ans, une idée fautive était véhiculée disant que (pour le personnel soignant) le nourrisson ne pouvait ressentir la douleur à cause de l'immaturité de son système nerveux. Désormais, le personnel soignant prend en charge la douleur de l'enfant de la même manière que celle de l'adulte. Ceci grâce à des échelles d'évaluation spécifique aux différentes tranches d'âge. (7)

- 5 -

---

4 MAUBOURGUET, Patrice - le Petit Larousse - Paris, 1992, p.1781

5 BORIE, C. ; LE BON, M. - Pour qu'à la douleur ne s'ajoute pas l'angoisse - Revue de l'infirmière - n° 42, octobre 1998, p. 12 - 18

6 DELESALLE, Tatiana; CARON, Antoine - Larousse Médical - Paris, 2004 p.1219

7 TWYCCROSS; MORIARTY; BETTS - Prise en charge de la douleur chez l'enfant - Paris, Masson, 2002, p.185

in  
l'opération.

A partir de six ans, l'enfant attache beaucoup d'importance à son apparence physique, il craint la différence par rapport aux autres enfants, c'est pourquoi l'opération peut entraîner une peur de la mutilation. Mais à cet âge il sera capable de comprendre la nécessité d'une intervention chirurgicale. (8)

### 1.2.5. L'interaction parents-enfant

Sauf cas particulier, un enfant ne vient pas seul à l'hôpital. Il est accompagné par ses parents ou par une personne de référence. Soigner un enfant implique donc obligatoirement d'être en rapport avec ses parents.

L'enfant, dans une situation inconnue potentiellement angoissante, aura tendance à imiter l'attitude de ses parents. Ainsi des parents anxieux feront ressortir davantage l'appréhension de leur enfant.

### 1.2.6. La relation soignant-soigné

Nous pouvons constater que la plupart des litiges qui surviennent entre soignants et patients sont liés à un manque ou une insuffisance de communication. Les informations attendues par le patient sur sa maladie, son traitement ou son avenir, sont d'autant plus espérées que le soignant les minore. A terme, la relation de confiance ainsi que la relation soignant-soigné peuvent s'en trouver compromises. La prise de conscience insuffisante, de l'importance de l'information du malade est la principale cause de cette carence. (9)

- 6 -

9 MANIZ, Jean-Marie; WATTEL, Francis - Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné - [www.academie-medecine.fr](http://www.academie-medecine.fr), 2006

« Les valeurs sont des références pour l'action humaine. On leur accorde un prix, on les estime et on y aspire. » (10) Sur le plan individuel, chaque personne donne davantage d'importance à certaines valeurs. Il s'agira alors de valeurs influençant ses comportements et ses attitudes dans ses rapports à l'autre. C'est pourquoi, lorsque cette personne choisit une profession, elle y arrive avec ses valeurs et convictions.

Les valeurs professionnelles, quant à elles, se traduisent tant dans les soins apportés au patient que dans ses rapports avec lui.

### 1.2.8. Cadre législatif

Selon la Charte de l'enfant hospitalisé (11) :

- Chapitre 4 : « Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptés à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant. »

- Chapitre 6 : « Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge. »

Selon l'article R. 4311-5 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à la profession d'infirmier/infirmière (12) :

« Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant

son information et celle de son entourage »

Selon l'article R. 4312-32 de ce même décret :

« L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en oeuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il

- 7 -

---

10 BLONDEAU - Regard déontologique - Journal chronique de déontologie - volume 4 n°5, 2006

11 Annexe n°1

12 Annexe n°3

et sociale des personnes hospitalisées soit assurée et que les moyens mis en oeuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information.

Afin que la personne malade puisse participer pleinement, notamment aux choix thérapeutiques qui la concernent et à leur mise en oeuvre quotidienne, les médecins et le personnel paramédical participent à son information et son éducation, chacun dans son domaine de compétences. Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé et le secret médical n'est pas opposable au patient.

Pour favoriser la participation des mineurs et des majeurs sous tutelle à la prise de décision les concernant, ils sont informés des actes et examens nécessaires à la prise en charge de leur état de santé, en fonction de leur âge et de leurs capacités de compréhension, indépendamment de l'indispensable information donnée à leurs représentants légaux. La personne de confiance doit également bénéficier d'une information suffisante pour pouvoir donner valablement son avis dans le cas où la personne malade n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté

Selon l'article L. 1111-2 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (14) :

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

---

13 Annexe n°5

14 Annexe n°7

« Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle. »

Selon l'article L. 1111-7 de cette même loi :

« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé... »

La Circulaire N° 83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants (15), ne concerne à aucun moment l'information de l'enfant mais aborde à plusieurs reprises l'information des parents.

## 2. La question de départ

Après avoir cherché et étudié le cadre conceptuel et contextuel, j'ai formulé ma question de départ :

**Pourquoi certains infirmiers, travaillant en service de chirurgie adultes, n'informent-ils pas ou peu les enfants de 3 ans et plus, du risque d'apparition de douleurs après une intervention chirurgicale?**

## 3. Hypothèses

Suite à la formulation de la question de départ, j'ai cherché plusieurs hypothèses de réponses :

- la fréquence peu élevée du nombre d'enfants dans les services
- le manque de temps des infirmiers
- le rôle d'intermédiaire que jouent les parents entre les soignants et l'enfant
- l'inquiétude du soignant face aux peurs de l'enfant
- une formation insuffisante sur la prise en charge de l'enfant

# Deuxième partie :

Méthodologie d'enquête  
et résultats

## 1. Méthodologie d'enquête

### 1.1. Choix de la population

Ma question de départ concerne l'information de l'enfant en situation pré-opératoire, dans un service adulte. Je me suis alors, en premier lieu, intéressée aux services pratiquant des opérations infantiles. Il m'est apparu qu'il s'agissait principalement des services de traumatologie, de chirurgie viscérale et d'urologie.

J'ai alors interrogé :

- un infirmier et deux infirmières travaillant en service de chirurgie viscérale,
- un infirmier et une infirmière travaillant en service de traumatologie
- et trois infirmières travaillant en service d'urologie.

### 1.2. Choix de l'outil de recherche utilisé

L'outil qui m'est apparu le plus judicieux est un guide d'entretien (16). Celui-ci est complet, fiable, et me permet ainsi d'effectuer une enquête pertinente. En effet, selon les réponses obtenues, il est possible de réajuster les questions en cas de mauvaise formulation ou de non compréhension de la part du personnel soignant. Il permet également d'envisager d'autres questions afin d'approfondir un sujet en particulier. Il s'agit alors d'un entretien semi-directif.

Il est impossible, avec un questionnaire, d'ouvrir le sujet sur de nouvelles perspectives jusque là non envisagées dans les hypothèses de réponses. Le guide d'entretien, lui, offre cette possibilité, facilitant le développement et l'enrichissement de l'analyse.

Pour les soignants interrogés, il est également une méthode qui tend à ne pas s'éloigner du sujet. Le face à face facilite la relation de confiance et permet une communication non verbale, qui parfois, répond davantage aux questions que les mots. Ces entretiens donnent accès à un échange, mais aussi à un enrichissement personnel de par les expériences relatées, ainsi que par la remise en question des professionnels de santé.

Mais, lors de la synthèse des résultats de l'enquête, j'ai pu constater

---

### 1.3. Les objectifs du guide d'entretien

16 Annexe n°9

- valider ou infirmer mes hypothèses
- apporter de nouvelles hypothèses
- me permettre un enrichissement personnel et professionnel
- apporter des informations complémentaires
- répondre à la question de départ

### 1.4. La réalisation des entretiens

Avant de me rendre dans les services, j'ai trouvé préférable, d'informer de ma venue le cadre de santé responsable du service. Ainsi, lorsque cela a été possible, je lui ai exposé l'intérêt de mon travail, mes attentes quant aux entretiens, et lui ai précisé le caractère anonyme de ceux-ci. Puis j'ai réalisé huit entretiens.

## 1.5. Conditions favorables et obstacles rencontrés lors des entretiens

### 1.5.1. Les obstacles

Lors de deux rendez-vous pris sans passer par l'intermédiaire du cadre en raison de son absence, il m'a été impossible d'obtenir 15 à 30 minutes du temps des infirmiers. Ceux-ci ont montré un fort désintérêt quand à mon initiative.

Un autre point négatif, malgré la bonne volonté des soignants, a été leur manque de disponibilité. En effet, il nous a parfois été difficile de ne pas interrompre l'entretien car certains soins ne pouvaient être différés. Ainsi, nous étions régulièrement interrompu.

### 1.5.2. Les conditions favorables

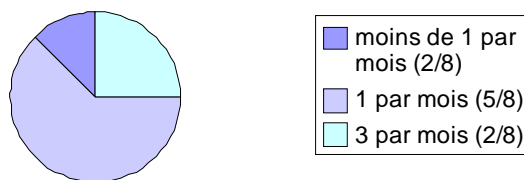
Une fois le caractère d'anonymat précisé, les soignants n'ont pas hésité à me faire part ouvertement de leur « petite » expérience auprès des enfants.

- 11 -

## 2. Synthèse des résultats de l'enquête

- Question n°1 : Admettez-vous des enfants en bas âge dans votre service?

Fréquence du nombre d'enfants dans les services



Aucun des services interrogés ne présente un infirmier référent pour l'accueil et l'accompagnement des enfants hospitalisés.

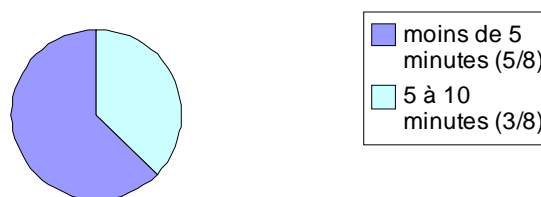
- Question n°2 : Quel est le déroulement d'une matinée lors de l'opération d'un enfant?
- l'organisation du service:
    - ~ 6 services sur 8 considèrent l'enfant comme devant passer prioritairement par rapport à l'adulte pour une opération
    - ~ 100% des personnes interrogées donnent les explications aux parents, puis ce sont eux qui s'occupent de l'enfant le matin de l'opération.
  - dans tous les services interrogés, les enfants sont admis le matin même de l'intervention.

Nombre de visites de l'infirmier avant l'opération d'un enfant



- 12 -

Temps consacré à l'enfant par l'infirmier

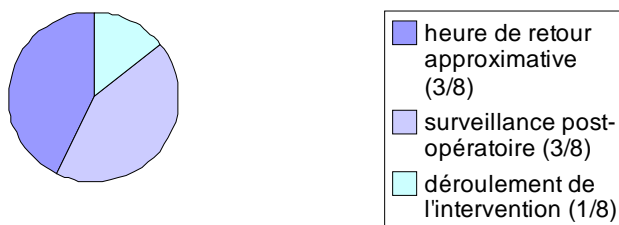


- informations données à l'enfant:
  - ~ 1 infirmier interrogé sur 8 dit expliquer à l'enfant le protocole qu'il devra suivre avant l'opération
  - ~ 2 infirmiers disent uniquement à l'enfant qu'il verra « le docteur en blouse bleu »
  - ~ les 5 autres infirmiers avouent ne donner aucune information à l'enfant.
- aucun des infirmiers interrogés ne sait ce qui a été dit par l'anesthésiste ou le médecin, et aucun ne vérifie la compréhension de l'information par l'enfant. Ils considèrent que c'est le rôle des parents, d'être présents en cas de besoin de l'enfant.

- Question n°3 : Quelle est la place des parents lors de l'hospitalisation de leur enfant?
- Pour 6 infirmiers, les parents sont considérés comme des intermédiaires entre le soignant et l'enfant au niveau de l'information, et pour 4 infirmiers, les parents sont présents pour surveiller et pour rassurer l'enfant.

- 13 -

Informations données aux parents par l'infirmier



- Question n°4 : Le statut d'enfant a-t-il un effet sur sa prise en charge?

Tous les infirmiers interrogés disent avoir des difficultés à affronter la peur de l'enfant, et tous disent que la notion de représentation de la douleur chez l'enfant est une barrière à son information. Certains citent en exemple leur incertitude quant à la réaction de l'enfant, la peur de le faire pleurer ou leur inquiétude quant aux explications à donner.

- Question n°5 :

Pour tous, la formation initiale semble insuffisante pour prendre en charge des enfants, aucun n'a eu de formation complémentaire, mais aucun n'en a cependant fait la demande. Toutefois, cinq d'entre eux considèrent qu'ils en auraient besoin. Les trois autres disent apprécier le rôle et la présence des parents auprès de leur enfant.

# Troisième partie :

L'analyse des résultats de l'enquête

Pour traiter les résultats de l'enquête, la trame la plus appropriée me semble être de procéder hypothèse par hypothèse. Il m'apparaît ainsi que cette analyse de résultats s'édifiera de façon plus claire et ordonnée.

## 1. La fréquence d'enfants présents en service de chirurgie adulte

On constate, que dans les services ciblés de chirurgie, les enfants représentent en moyenne 3% des patients admis. Ceci est vécu comme un inconvénient par les soignants. Selon eux la place d'un enfant est en pédiatrie, auprès d'un personnel formé. En effet, selon la charte de l'enfant hospitalisé, « l'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille. » (17).

Ces professionnels de santé considèrent que le petit nombre d'enfants, présent dans ces services, ne permet pas une prise en charge optimale du fait de la méconnaissance et de la présence inhabituelle de ce type de patient. Pour six infirmiers interrogés, l'enfant ne comprend pas toujours l'utilité des soins. Ils avouent clairement ne pas savoir comment aborder cette personne si « spontanée, insouciant et tendre » (18). Ainsi des questions reviennent souvent telles que:

- Que lui dire?
- Comment lui dire?
- Comprend t-il ce qu'on lui dit?
- A-t-il conscience de ce qui va se passer?

Il est alors difficile d'établir une relation soignant-soigné. La relation de confiance, qui en est le fondement, est souvent compromise par une méconnaissance des réactions et du comportement de l'enfant. Ainsi, pour les infirmiers, il devient délicat d'être attentif, cohérent, sincère et fiable quand tant de questions s'imposent à eux.

Rappelons que selon la charte de l'enfant hospitalisé, « les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes... » (19) Après diverses conversations, j'ai compris qu'il existait un manque de place, d'autant plus

## 2. Le manque de temps

17 Annexe n°1 chapitre 8

18 Selon les dire d'une soignante

19 Annexe n°1 chapitre 6

faible. Un infirmier sur ce thème, il a abordé le et prendre son temps lorsqu'il s'agissait d'un enfant, et que cela n'était pas toujours possible. Selon lui, la relation est plus maternante, rassurante et demande davantage de temps qu'avec un adulte.

Il m'est cependant impossible de valider cette hypothèse puisque sur les sept autres infirmiers interrogés, dès que le thème du temps a été abordé,

toutes les réponses se sont orientées vers la nécessité de la présence et du rôle des parents. En effet, ils considèrent qu'il est préférable que ceux-ci s'occupent de leur enfant, afin qu'il soit plus rassuré et moins angoissé.

De plus, on constate que le temps consacré à l'enfant avant une intervention chirurgicale, est en moyenne de cinq minutes. Mais je ne peux pas considérer qu'il s'agisse d'un manque de temps car, d'autre part, toutes les explications sont données aux parents. Les infirmiers disent leur consacrer 20 à 40 minutes en moyenne. Cependant selon la charte de l'enfant hospitalisé, l'enfant a les mêmes droits que ses parents d'obtenir les informations le concernant (20). Nous pouvons également nous référer au décret de compétence infirmier (21) qui affirme que « L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience... quel que soit... son âge... »

Lors de ces entretiens, six infirmiers disent clairement se reposer sur les informations données par l'anesthésiste et le médecin. Malheureusement, aucun n'a la connaissance de ce qui a été dit et quels termes ont été employés par ceux-ci. Il n'existe aucun moyen (feuille de liaison ou autre) mis en place dans ces services permettant d'assurer les transmissions quant aux informations données aux patients. Ainsi, nous pouvons nous demander s'il existe une cohérence entre les différents acteurs de ces équipes pluridisciplinaires.

---

20 Annexe n°1 chapitre 4

21 Annexe n°3 Article R. 4311-5 et Article R.4312-32

Dans ces services de chirurgie, un enfant ne peut-être hospitalisé sans être accompagné par au moins un des deux parents. A défaut, l'enfant serait admis en service de pédiatrie. Ce sont les premiers éléments qui m'ont été donnés lors de mes entretiens. Je me suis alors rapidement rendu compte que la place des parents était primordiale à tout point de vue.

En effet, les parents sont informés sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service, afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant. Ce sont les principales personnes informées du protocole pré-opératoire, et c'est à elles que revient la charge de le respecter (douche à la Bétadine\*, jeûne...). Mais il peut être difficile pour certains parents d'être affectés à ce type de tâche. En cas d'infection nosocomiale, ou autres complications, ils pourraient se sentir davantage impliqués, voire coupables.

Pour la moitié des infirmiers, les parents ont pour rôle de surveiller et de rassurer l'enfant. Pour six infirmiers sur huit, les parents sont considérés comme des intermédiaires entre les soignants et l'enfant. Dans ce cas, il ne

s'agit plus d'une relation triangulaire, mais on pourrait qualifier ceci d'un glissement de fonction. Dire quelque chose par l'intermédiaire d'une personne, n'assure pas une transmission fidèle des propos. De plus, il semble évident que les parents veulent protéger leur enfant, ainsi certains préféreront lui cacher la vérité afin d'éviter des craintes ou des angoisses.

Pourtant, la faculté d'imagination de l'enfant est grande, et le préparer à une intervention chirurgicale demeure une chose importante. En arrivant à l'hôpital, l'enfant porte en lui ses expériences antérieures qui conditionnent son vécu pendant son séjour. C'est à l'infirmier qu'il revient de dissiper ses craintes et idées reçues, celui-ci étant plus à même de répondre à ses questions que ses propres parents. Le soutien et l'accompagnement de l'enfant sont essentiels pour le bon déroulement de ce parcours.

Cependant, les parents permettent à l'équipe soignante de mieux connaître et comprendre l'enfant. Les infirmiers reconnaissent, qu'ils sont d'une grande aide dans la bonne préparation de l'opération. Les soignants attendent principalement de la part des parents, qu'ils rassurent leur enfant. Il semblerait que c'est aussi ce que les parents désirent pouvoir faire. Mais, pour être en mesure de mettre en oeuvre ces actions, les parents ont besoin d'être eux-mêmes rassurés, et suffisamment bien informés, car leur angoisse se reporte le plus souvent sur l'enfant. Globalement, la présence des parents est fortement souhaitée par les soignants.

#### 4. Le statut de l'enfant

C'est un être en constant développement. Chaque enfant évoluera différemment et selon son propre rythme. Il est souvent qualifié de vulnérable, d'insouciant et d'égocentrique. « L'égocentrisme est l'incapacité qu'a l'enfant de se décentrer et de coordonner son point de vue avec celui d'autrui. » (22) L'enfant est un patient à part entière qui, dans sa vie, n'a pas forcément été confronté au milieu hospitalier. Il est donc facilement compréhensible que son imagination l'entraîne à générer une appréhension aux proportions importantes.

Ainsi, la notion de représentation de la douleur chez l'enfant est redoutée par les infirmiers. Selon eux, les réactions que l'enfant serait porté à avoir, sont totalement imprévisibles. Les informations à donner ne sont pas toujours rassurantes (risque de douleur, de complications...) ni faciles à expliquer (protocoles pré et post-opératoires). Ceci explique, que le rôle d'information soit généralement délégué aux parents.

L'enfant, est situé dans un lieu inconnu, sans repères, auquel il devra

s'adapter. Il est entouré de personnes qui lui sont étrangères et vêtues de blouses blanches. Il n'est pas toujours à même de comprendre l'intérêt de cette hospitalisation, il peut alors la considérer comme une « punition ». Les soignants, peu habitués à ce type de population ne savent comment réagir ni que dire face à des attitudes telles que des pleurs, des cris, des refus...

Cela nous amène malgré tout à nous demander si la principale crainte

- 18 -

## 5. La formation du personnel

22 Selon Jean Piaget ( ~~pour les personnes interrogées~~ considèrent que la formation initiale d'infirmier n'est pas suffisante à la prise en charge d'un enfant. En effet le nombre d'heures dispensées sur ce sujet est dérisoire. Nous pouvons, à l'heure actuelle, compter environ 100 heures pendant lesquelles le thème de l'enfant est abordé dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers. Rappelons que le nombre total d'heures d'enseignement dispensé équivaut à 2240 heures.

Des formations complémentaires sont organisées dans ces services, mais elles tiennent compte de la prise en charge adulte. Pas une seule formation sur l'enfant n'a été proposée au personnel, et aucun infirmier n'en a fait la demande. Nous pouvons lier ce phénomène à la moindre fréquence d'enfants admis dans ces services de chirurgie. Ceci peut être également en lien avec le rôle attribué par le personnel soignant aux parents. En effet, les parents apprécient de pouvoir être au côté de leur enfant et de pouvoir suivre le déroulement de l'hospitalisation. Ceci permet aux infirmiers de se « décharger d'un certain poids » (23)

Les répercussions de ce manque de formation, souligné par cinq infirmiers, peuvent être une mauvaise prise en charge globale de l'enfant, et des responsabilités trop importantes pour les parents.

De plus nous pouvons constater, que selon le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, l'infirmier se doit « d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles » (24)

Rappelons également que les parents ne sont pas toujours habilités à rassurer leur enfant, car ils ne connaissent parfois pas, eux-même, le cours de cette journée d'hospitalisation. Certains parents attendent d'être rassurés et informés.

---

23 Selon les dire de trois soignants

24 Annexe n°3 article R. 4312-10

## 6. Une nouvelle hypothèse : l'infirmier en tant que parent

Lors de mon quatrième entretien, une nouvelle hypothèse, à laquelle je n'avait encore jamais songé, m'a été suggérée. La personne interrogée était un infirmier. Pour lui, sa plus grande difficulté semblait être le fait de ne pas être père. En effet, cet homme n'avait jamais eu de réelle relation avec un enfant, et selon lui, c'était ce qui lui manquait le plus pour soigner et accompagner un enfant lors d'une hospitalisation.

Cette hypothèse me paraissant avoir de l'importance, j'ai alors décidé de rajouter une question à mon guide d'entretien : Selon-vous est-il plus facile de prendre en charge un enfant lorsque l'on a soi même le statut de parent? Ainsi les quatre infirmières interrogées par la suite, toutes mères, m'ont dit qu'il s'agissait d'un réel avantage d'être mère et de prendre en charge un enfant hospitalisé. Le fait de savoir rassurer son propre enfant semblerait donner une certaine confiance en soi pour assumer ce rôle auprès d'autres enfants.

A l'issue de ces recherches et des entretiens avec les infirmiers, il semble en effet, qu'être soi même parent puisse aider à la compréhension des enfants, de par la connaissance des peurs, des craintes et des angoisses de ses propres enfants.

Cependant je me suis également interrogée sur le danger de réaliser un transfert, des ses propres enfants sur ceux hospitalisés. C'est ainsi que l'infirmier pourrait reporter ses propres craintes, son vécu personnel en tant que mère ou père sur l'enfant hospitalisé, voire sur les parents de ce dernier.

# Piste de solution et conclusion

## 1. Piste de solution.

Après avoir analysé l'ensemble des réponses obtenues par les soignants grâce aux entretiens, il me semble important de faire le lien avec la question de départ :

**Pourquoi certains infirmiers, travaillant en service de chirurgie adulte, n'informent-ils pas ou peu les enfants de 3 ans et plus, sur le risque d'apparition de douleurs après une intervention chirurgicale?**

Mon constat de départ, à savoir que l'information est primordiale dans la prise en charge de l'enfant a été vérifié par mon étude et par les dires des soignants. En effet, toutes les hypothèses posées au départ ont été confirmées, à l'exception de celle concernant le manque de temps des infirmiers.

A travers cette étude, j'ai cherché à savoir ce qui amène des infirmiers à ne pas informer les enfants hospitalisés en vue d'une opération chirurgicale, des possibles complications douloureuses post-opératoires.

Ainsi, la piste de solution la plus significative semble être, celle d'une formation sur la prise en charge de l'enfant. Celle-ci permettrait aux parents de réduire la lourde charge d'être l'unique interlocuteur de leur enfant avant une intervention chirurgicale. Mais elle permettrait également à l'enfant d'avoir un meilleur suivi et des explications qui seraient susceptibles de diminuer ses inquiétudes.

## 2. Conclusion

Pour clore ce Travail de Fin d'Etudes, il me semble inévitable de rappeler l'importance de l'information du patient quelles que soient les circonstances. Toute hospitalisation amène chez le patient un questionnement, voire une peur, une angoisse. Ainsi les infirmiers ont un rôle primordial dans l'information pré-opératoire.

Cette étude m'a conduit à approfondir des notions et des thèmes

Mais nous pouvons nous demander si, dans les services de chirurgie, les soins techniques ne priment pas sur les soins relationnels. En effet il semble que ces derniers soient délaissés. Tout patient a besoin et, est en demande de soins relationnels, qu'il s'agisse d'information mais également d'écoute ceci peut permettre de diminuer les angoisses, les peurs liées à l'hospitalisation et aux soins douloureux. Ces soins ne seraient-ils pas délaissés au détriment des pansements, injections et autres, du fait qu'aucune prescription médicale ne soit nécessaire? Rappelons que rassurer et informer une personne fait parti du rôle propre de l'infirmier.

« 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 » (24)

# Bibliographie

## LIVRES

- TOURIGNY, Jocelyne - Votre enfant et sa chirurgie d'un jour - Montréal, Méridien, 1999, p.75
- TWYCROSS; MORIARTY; BETTS - Prise en charge de la douleur chez l'enfant - Paris, Masson, 2002, p.1-37, p.51-74, p.91-116, p.130, p.157-165

## ARTICLES

- BORIE, C. ; LE BON, M. - Pour qu'à la douleur ne s'ajoute pas l'angoisse - Revue de l'infirmière - n°42, octobre 1998, p.12-18
- BLONDEAU - Regard déontologique - Journal chronique de déontologie - volume 4 n°5, 2006
- CASTILLA, C. - Au coeur des maux - L'infirmière magazine - n°214, mars 2006, p.12-15
- IVALDI, C. - Constats consternants - L'infirmière magazine - n°216, mai 2006, p.19
- DESMOULIERE, A. - Douleur et soins - Cahier de formation de l'infirmière magazine - n°217, juin 2006, p.16-17
- GERMAIN, M. - L'infirmière ressource douleur, un relais d'informations - L'infirmière magazine - n°228, juin 2007, p.12
- MAISONNEUVE, C - En 2006, près de 13000 infirmières auront accès à la formation continue conventionnelle - Soins - n°704, avril 2006, p.13
- MAISONNEUVE, C - Quatre priorités pour le plan Douleur 2006 - Soins - n°705, mai 2006, p.6
- PONTE, C. - Le dossier du patient, modalités d'accès pour le patient - Soins - n°706, juin 2006, p.18-19
- CHAGUÉ, V. - La formation continue est incontournable - Soins spécial formation (supplément) - n°706, juin 2006, p.2-5
- THIBAUT, P. - L'infirmière et la douleur - Soins - n°711, décembre 2006, p.51

- SOHET, E. ; THIBAUT, P. - L'utilisation des moyens de prévention de la douleur - Soins Pédiatrie/Puériculture - n°233, décembre 2006, p.39-43
- THIBAUT, P. - La douleur de l'enfant, quelles réponses? - Soins Pédiatrie/Puériculture – n°234, février 2007, p.8
- BRUCHON. A-M. - Respecter les rythmes biologiques de l'enfant - Soins Pédiatrie/Puériculture - n°235, avril 2007, p.31-32

### **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES**

- La charte de l'enfant hospitalisé
- La charte du patient hospitalisé
- Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004
- Circulaire n°83-24 du 1er Août 1983
- Circulaire n°2006-90 du 2 mars 2006
- Arrêté du 7 janvier 1997
- loi 2002-303 du 4 mars 2002

### **ENSEIGNEMENT DE L'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

- Enseignement de M. Woll sur la relation soignant-soigné
- Enseignement de Mlle Houllé sur les droits de l'enfant
- Enseignement de M. Florsch sur le développement de l'intelligence selon M. Piaget

### **SITES INTERNET**

- [http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Jean\\_Piaget&action=edit&section=3](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Jean_Piaget&action=edit&section=3)
- <http://www.sante.gouv.fr>
- <http://www.academie-medecine.fr>
- <http://www.famille.gouv.fr>
- <http://www.droit.univ-paris5.fr>
- <http://www.hopital-dcss.org>
- <http://www.huyette.com>
- [http://biblio.hmr.qc.ca/chirurgie\\_jour\\_enfant.pdf](http://biblio.hmr.qc.ca/chirurgie_jour_enfant.pdf)
- <http://www.sparadrap.org/>
- <http://www.apache-france.net/>

### **DICTIONNAIRES**

- MAUBOURGUET, Patrice - le Petit Larousse - Paris, 1992, p.1781

- DELESALLE, Tatiana; CARON, Antoine - Larousse Médical - Paris, 2004, p.1219

### **DVD**

- DALMOLIN, Michèle - Cliniques de la douleur - Grenoble, 2007

# Annexes

# Annexe n°1

La charte de l'enfant hospitalisé

## Charte de l'enfant hospitalisé

Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants - [UNESCO](#)

1



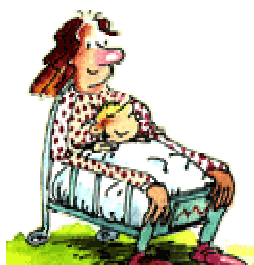
L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.

2



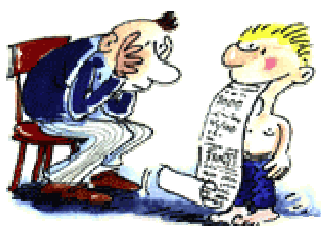
Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.

3



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

4



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

On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.

5



Les enfants et les parents ont le droit d'être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les

6

Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à