

**Institut de Formation en Soins Infirmiers  
Centre Hospitalier de Saint-Malo  
9, rue de la Marne  
35400 Saint-Malo**

**- « Votre enfant est réveillé ! »  
- « Peut-on le voir ? »**

## REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ici toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de mon Travail de Fin d'Etudes.

En premier lieu, je remercie Christine Rongiéras, Cadre de Santé Formateur pour m'avoir guidé et suivi aux prémices de ce Travail avec patience et disponibilité. Je remercie également Sylvie Trochet-Voyeaud, Cadre de Santé Formateur, pour avoir accepté de me suivre en cours d'année afin de poursuivre l'élaboration de mon Travail et s'y être investi.

En second lieu, je remercie les Directions des Soins et les Cadres de Santé d'anesthésie des établissements où j'ai réalisé mes entretiens. En outre, je remercie les infirmiers anesthésistes que j'ai interviewé pour leur accueil et leur disponibilité.

Ensuite, je remercie Jocelyne Freulon, infirmière responsable du CDI pour sa disponibilité et son aide, Alice Rodier, collègue de 3<sup>ème</sup> année, pour sa bonne humeur, son aide et son œil critique, et le Professeur Claude Ecoffey, chef du pôle anesthésie-réanimation et du Service d'Aide Médicale d'Urgence du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, pour avoir pris de le temps de répondre à mon courrier électronique.

Par ailleurs, je remercie ma famille et mes amis pour leur soutien et leur bonne humeur.

## GLOSSAIRE

**INSERM** : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale.

**IADE** : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'État.

**IBODE** : Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat.

**IMC** : Infirmier moteur-cérébral.

**ORL** : Oto-rhino-laryngologie ; spécialité chirurgicale.

**SFAR** : Société Française d'Anesthésie Réanimation.

**SSPI** : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle.

**TCPO** : Troubles du Comportement Post-Opératoire.

**UNESCO** : Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture.

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>page 1</b>
<b>1. Émergence du questionnement</b>	<b>page 2</b>
<b>2. Cadre conceptuel</b>	<b>page 3</b>
<b>2.1. L'enfant</b>	<b>page 3</b>
2.1.1. Les évolutions de la prise en charge des enfants	<b>page 3</b>
2.1.2. Les stades du développement de l'enfant	<b>page 3</b>
<b>2.2. Les parents et l'enfant</b>	<b>page 5</b>
2.2.1 Être parent ou la parentalité	<b>page 5</b>
2.2.2. La théorie de l'attachement de John Bowlby	<b>page 5</b>
2.2.2.1. Les fondements de la théorie de l'attachement	<b>page 5</b>
2.2.2.2. Le système comportemental d'attachement	<b>page 6</b>
<b>2.3. La relation soignant-soigné en pédiatrie</b>	<b>page 7</b>
<b>2.4. Cadre législatif</b>	<b>page 7</b>
2.4.1. Avancées législatives sur l'hospitalisation d'un enfant et la place de ses parents auprès de lui	<b>page 7</b>
2.4.2. La salle de surveillance post-interventionnelle	<b>page 9</b>
<b>2.5. Le rôle infirmier auprès de l'enfant accueilli en salle de surveillance post-interventionnelle</b>	<b>page 10</b>
2.5.1. L'accueil en salle de surveillance post-interventionnelle	<b>page 11</b>
2.5.2. Le réveil post-anesthésique	<b>page 12</b>
2.5.3. Comportement de l'enfant au réveil post-anesthésique	<b>page 12</b>
2.5.4. Les troubles du comportement post-opératoire	<b>page 13</b>
2.5.4.1. Manifestations de ces troubles	<b>page 14</b>
2.5.4.2. Moyens utilisés pour les éviter	<b>page 14</b>
<b>3. Méthodologie de la recherche</b>	<b>page 15</b>
<b>3.1. Méthodologie du recueil de données</b>	<b>page 15</b>
<b>3.2. Analyse du contenu</b>	<b>page 16</b>
<b>4. Discussion</b>	<b>page 23</b>

**Conclusion**

**page 27**

**Bibliographie**

**Sommaire des annexes**

## INTRODUCTION

Ce Travail écrit de Fin d'Études est réalisé dans le cadre de ma formation en soins infirmiers, en vue de l'obtention de mon Diplôme d'État d'infirmier.

A mon entrée en formation, je ne souhaitai pas exercer en service de pédiatrie, mais au cours de ma 2<sup>ème</sup> année j'ai été amené à réaliser un stage auprès d'enfants hospitalisés, et pour me confronter à mes limites j'ai décidé de l'effectuer en service de pédiatrie.

Cette expérience professionnelle, contrairement à ce que je pensais, m'a beaucoup apporté, tant au niveau technique que relationnel, c'est pour cela que j'ai souhaité traiter pour mon Travail de Fin d'Études d'un sujet concernant l'enfant, à partir d'une situation qui m'a touché.

Dans une première partie, j'aborderai l'enfant en décrivant les stades de son développement et les liens qui l'unissent à ses parents.

Dans une deuxième partie, j'évoquerai la relation soignant-soigné spécifique en pédiatrie.

Dans une troisième partie, je parlerai du cadre législatif relatif à l'enfant hospitalisé, à la présence des parents à l'hôpital et de la salle de surveillance post-interventionnelle.

Pour finir, je détaillerai l'accueil et le réveil post-anesthésique d'un enfant en salle de surveillance post-interventionnelle.

## 1. EMERGENCE DU QUESTIONNEMENT

Pour ce travail de fin d'études j'ai décidé de travailler sur l'accueil d'un enfant de 1 à 6 ans en salle de surveillance post-interventionnelle avec la notion de présence des parents. Quelles sont mes motivations pour ce thème ?

Durant ma 2<sup>ème</sup> année de formation j'ai effectué un stage en service de chirurgie, lors de mon dernier jour et en accord avec la cadre du service de chirurgie et du bloc opératoire je me suis rendu au bloc opératoire, où j'ai pu assister à des interventions chirurgicales. Parmi celles-ci, l'intervention d'une petite fille de 6 ans avec qui j'ai discuté dans la salle de pré-anesthésie pour la rassurer et que j'ai ensuite accompagné dans le bloc. L'intervention réalisée, je l'ai transféré en salle de surveillance post-interventionnelle, avec le médecin anesthésiste. L'infirmière anesthésiste et l'aide soignante présentes, l'installent confortablement. Je décide de rester près d'elle pour son réveil et, quelques minutes plus tard, elle s'est réveillée brusquement, s'est mise à pleurer tout en réclamant ses parents qui étaient restés dans le service de pédiatrie. L'infirmière anesthésiste occupée avec l'aide soignante m'a regardé et a vu que j'étais resté près d'elle pour la rassurer, j'ai alors pris une de ses mains, mis son doudou près de sa tête et je lui ai expliqué qu'elle était en salle de réveil et qu'elle resterait ici quelques minutes pour se reposer, puis à ce moment là l'aide soignante me dit « laisse-là tranquille il faut qu'elle se calme toute seule » je suis resté stupéfait de cette réaction, et je suis quand même resté à ma place en la rassurant, elle a fini par s'endormir calmement.

Cette situation m'a amené à me questionner sur la non présence des parents en salle de surveillance post-interventionnelle :

- Les parents ont-ils leur place en salle de réveil ?
- La présence des parents est-elle un avantage ou un inconvénient ?
- Pourquoi l'aide soignante a-t-elle eu cette réaction ?

L'ensemble de cette réflexion a abouti à ma question de départ :

**- En quoi la présence des parents en salle de surveillance post-interventionnelle peut-elle influencer le rôle de l'infirmier face à l'enfant accueilli ?**

## 2. CADRE CONCEPTUEL

Pour commencer ce travail, nous avons souhaité partir de l'enfant, dans un premier temps nous allons le définir, faire un historique de l'évolution de la prise en soin de celui-ci et nous développerons les stades de son développement.

### 2.1. L'enfant

« Un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable. »<sup>1</sup>

#### 2.1.1. Les évolutions de la prise en charge des enfants

Nous ne détaillerons pas l'intégralité des avancées quant aux conditions d'hospitalisation des enfants, mais pour information une annexe<sup>2</sup> y est consacrée.

« Pendant longtemps, la médecine ne s'intéresse pas à l'enfant en tant qu'individu différent de l'adulte. Les théories s'accordent pour en faire un être faible car inachevé auquel on applique, comme pour tout autre malade, les remèdes issus de la médecine hippocratique, de la tradition et des croyances populaires et religieuses. »<sup>3</sup>

« En 1802 est créé le premier hôpital réservé aux enfants : l'hôpital des Enfants-Malades. Il s'agit alors d'éviter, pour des raisons de moralité, que les enfants soient hospitalisés avec des adultes, mais aussi de favoriser, grâce à leur réunion dans un même lieu, l'étude et le traitement de pathologies diverses. »<sup>4</sup>

« Une importante réforme de l'hospitalisation pédiatrique est décidée afin de répartir au mieux dans Paris les possibilités de soins. Trois nouveaux hôpitaux d'enfants ouvrent en 1901 [...] »<sup>5</sup>

Aujourd'hui, la prise en charge des enfants s'effectue dans des services spécialisés, leur permettant de se sentir en sécurité tout en pouvant se divertir en bénéficiant d'une salle de jeux, animée d'un(e) éducateur(trice) de jeunes enfants et parfois d'une école.

#### 2.1.2. Les stades du développement de l'enfant<sup>6</sup> :

Dans cette partie, nous n'aborderons que le développement de l'enfant de 0 à 6 ans.

<sup>1</sup> Article 1 de la Convention Internationale des droits de l'enfant, [en ligne], 1989.

<http://www.droitsenfant.com/cide.htm>

<sup>2</sup> Cf. Annexe I : L'évolution de la prise en soin de l'enfant de Spitz à la mise en place du congé de paternité.

<sup>3</sup> Dossier documentaire destiné aux professeurs de sciences et techniques médico-sociales, *L'hôpital et son histoire*, [en ligne], musée de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, février 2010, p.9.

<http://sms-idf.ac-creteil.fr/spip.php?article5>

<sup>4</sup> Dossier documentaire destiné aux professeurs de sciences et techniques médico-sociales, IBID – p.10.

<sup>5</sup> Dossier documentaire destiné aux professeurs de sciences et techniques médico-sociales, IBID – p.10.

<sup>6</sup> CHAPRON-MORILLON, M., Cours sur *Le développement de la personnalité*, IFSI de Saint-Malo 2008-2009.



Comme le dit John Bowlby : « La relation mère-enfant est aussi vitale pour le développement général du bébé que les vitamines ou les protéines pour le développement physique ».

Les trois premiers mois, sont caractérisés par une grande interaction entre la mère et le petit, c'est une relation continue et satisfaisante, d'ordre symbiotique qui a pour but de faire durer le lien fusionnel intra-utérin. Ce premier trimestre de vie chez le nourrisson se clôture par ce que Françoise Dolto appelle le 1<sup>er</sup> moment organisateur qui est le sourire.

De 3 à 6 mois, cette période est marquée par la fin du congé de maternité ceci va entraîner un sevrage de la relation mère-enfant. Pour le compenser, l'enfant va utiliser un objet transitionnel, qui est le « Doudou ». Celui-ci peut être un objet (peluche, tissu...) mais peut aussi être une partie de son corps. Il va avoir pour fonction de remplacer l'entourage auprès de l'enfant tout en lui permettant de s'habituer à la séparation de sa mère sans se sentir menacé.

De 6 à 12 mois : l'enfant va passer par le « stade du Miroir », définit par Lacan comme survenant entre le 6<sup>ème</sup> et le 18<sup>ème</sup> mois. Il s'agit pour le tout petit, de percevoir sa propre image « un autre lui-même », un « autre entier » dans le miroir, il va ainsi constituer l'image unifiée de son propre corps et imaginer son unité corporelle et physique. De plus, ce semestre est marqué par le second moment organisateur qui est « l'angoisse du 8<sup>ème</sup> mois ». L'enfant reconnaissant sa mère de toute autre personne grâce à ses nouvelles compétences somatiques, sensorielles, mnésiques et affectives, va réagir par des pleurs et de l'angoisse devant le visage d'un étranger se sentant abandonné par la mère. »<sup>7</sup>

De 12 à 24 mois : la deuxième année de l'enfant est marquée d'une part par l'acquisition du « non », troisième moment organisateur, qui se fait vers le 15<sup>ème</sup> mois et d'autre part, par le complexe d'Œdipe. Ce complexe va structurer l'enfant dans la mesure où celui-ci va pouvoir accéder à une relation triangulaire lui permettant de s'ouvrir aux relations sociales, tout en lui assurant des identifications sexuelles et hétérosexuelles. La résolution de ce complexe préfigure les rapports avec les hommes et les femmes que le sujet sera amené à gérer dans sa vie d'adulte.

Les deux premières années de la vie sont dominées par la nécessité d'une relation continue entre le nourrisson et un membre fixe de l'entourage et par l'importance d'une interaction active entre eux.

De 2 à 6 ans, il atteint la fonction symbolique du langage, l'imitation, le jeu, le dessin, cette étape peut aider l'infirmier dans sa prise en charge. De plus, il acquiert également une organisation intellectuelle où l'égoïsme va prédominer, il est dans l'absolutisme. C'est aussi la phase du deuxième sevrage dite de séparation/individualisation.

---

<sup>7</sup> DE BROCA, A., *Le développement de l'enfant, aspects neuro-psycho-sensoriels*, Editions Masson, 2009, p.120.

Nous nous sommes intéressés à l'enfant, nous allons maintenant étudier les liens qui l'unissent à ses parents.

## **2.2. Les parents et l'enfant**

### **2.2.1. Etre parent ou la parentalité :**

« Grossesse et naissance entraînent des remaniements psychiques. Classiquement, c'est une période de grande malléabilité psychique source à la fois de vulnérabilité et de grandes capacités d'adaptation. On désigne par accès à la parentalité l'ensemble des remaniements psychiques à l'œuvre chez chaque parent pour investir le bébé et s'y attacher. »<sup>8</sup>

« Pour devenir parent, la mère et le père traversent certains processus psychiques qui vont leur permettre de passer du statut de protégé (par leurs propres parents) à celui de protecteur de leur enfant. Bowlby avait décrit l'ensemble des comportements parentaux comprenant à la fois les soins physiques et affectifs donnés à l'enfant sous le terme de caregiving »<sup>9</sup>

### **2.2.2. La théorie de l'attachement de John Bowlby :**

« John Bowlby<sup>10</sup> décrit l'attachement comme étant le produit des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique. C'est un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui. En ce sens, il s'éloigne de Freud pour lequel les seuls besoins primaires sont ceux du corps, l'attachement de l'enfant n'étant qu'une pulsion secondaire qui s'étaye sur le besoin primaire de nourriture. La fonction d'attachement est pour John Bowlby une fonction adaptative à la fois de protection et d'exploration. La mère, ou son substitut, constitue une base de sécurité pour son enfant. Le nouveau-né dispose d'un répertoire de comportements instinctifs, tels que s'accrocher, sucer, pleurer, sourire, qui vont pouvoir être utilisés au profit de l'attachement. Après 7 mois, une relation d'attachement, franche et sélective, à une personne privilégiée, s'établit. Bowlby (1969) parle alors de monotropisme, c'est-à-dire d'une seule et unique relation. »<sup>11</sup>

#### **2.2.2.1. Les fondements de la théorie de l'attachement**

« Travaillant sur de jeunes enfants hospitalisés et séparés de leurs parents, Bowlby s'est d'abord intéressé aux effets de la carence de soins maternels sur le développement de la personnalité.

---

<sup>8</sup> MAURY, M., *Développement affectif du nourrisson : L'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance* [en ligne], cours de la Faculté de Médecine de Toulouse 2008, p.48.

<http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/08.DEVELOPPEMENTAFFECTIF%283-3.pdf>

<sup>9</sup> THIBAUT-WANQUET, P., *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital*, Editions Masson, 2008, p.55.

<sup>10</sup> Cf. Annexe II : Les professionnels de l'enfance cités.

<sup>11</sup> SAVARD, N., dossier thématique *La Théorie de l'Attachement : Une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance* [en ligne], ONED, 2010, p.10.

<http://oned.gouv.fr/docs/production-interne/rapports/dossierattachement%20oned%202010-%202.pdf>

Pour Bowlby (1958), la construction des premiers liens répond à un besoin biologique fondamental qui ne dérive pas de la satisfaction des besoins alimentaires. Le bébé est un être social par nature. Dès la naissance il recherche activement le contact avec les personnes qui l'entourent. La relation privilégiée qui lie l'enfant avec sa mère résulte de l'activation d'un certain nombre de comportements génétiquement déterminés, acquis au cours de l'évolution, et qui contribuent à la survie de notre espèce. »<sup>12</sup>

« La principale fonction du système comportemental d'attachement est de protéger l'enfant en permettant d'établir la proximité physique avec la mère. Pour résumer, le modèle proposé par Bowlby (1969) prédit que, dès la naissance, les enfants exposés à des dangers recherchent activement la proximité de leur mère, cette recherche pouvant s'observer par une organisation comportementale bien définie. »<sup>13</sup>

### 2.2.2.2. Le système comportemental d'attachement

« Le système comportemental d'attachement peut être divisé en deux catégories de comportements (Bowlby, 1969). Elles sont chacune composées de trois comportements de « signal » ou d' « approche » qui sont génétiquement déterminés. Les comportements de signal sont ceux qui permettent d'amener la mère à l'enfant :

- *les pleurs* amènent la mère à agir pour protéger, nourrir ou reconforter son bébé.
- *le sourire*, à partir du deuxième mois, permet de prolonger l'interaction sociale.
- *le babil, et plus tard l'appel*, sont généralement interprétés par la mère comme le désir d'être pris dans les bras.

Les comportements d'approche, à l'inverse, permettent d'amener l'enfant vers la mère et de le tenir près d'elle :

- *L'approche* comprend à la fois la recherche et la poursuite visuelle ou motrice.
- *L'agrippement* est un réflexe présent à la naissance qui est provoqué par la nudité et le changement de centre de gravité avant d'être généralisé à toutes les situations de détresse auxquelles l'enfant est susceptible d'être confronté.
- *La succion*, au-delà de sa fonction alimentaire, permet à l'enfant de rester en contact étroit avec la mère.

Dès la naissance, les bébés utilisent leur système comportemental d'attachement pour satisfaire leurs besoins de sécurité, de proximité et de réconfort. Pour Bowlby (1969) les réponses maternelles aux comportements d'attachement des enfants sont déterminantes dans l'établissement de la relation mère-enfant. Ils vont peu à peu les mémoriser et se représenter, au niveau cognitif, la relation qui les lie à leur mère. »<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> BACRO, F., Thèse pour l'obtention de Doctorat, *Spécificité des liens entre l'adaptation socioscolaire, la qualité de l'attachement au père et la qualité de l'attachement à la mère des enfants de 3 à 5 ans* [en ligne] Université de Nantes, UFR de psychologie, octobre 2007, p.7-8.  
<http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/50/31/20/PDF/TheseFB.pdf>

<sup>13</sup> BACRO, F., IBID – p.7.

<sup>14</sup> BACRO, F., IBID – p.7.

Le comportement d'attachement s'applique aussi à l'enfant plus grand, tout en sachant que vers 3-4 ans, celui-ci diminue mais persiste pendant les premières années scolaires.<sup>15</sup>

Les liens unissant l'enfant à ses parents ont été expliqués, explorons maintenant comment ils sont respectés lorsque l'enfant est hospitalisé.

### **2.3. La relation soignant-soigné en pédiatrie :**

« Sauf cas particulier, un enfant ne vient pas tout seul à l'hôpital. Il est accompagné par ses parents ou par une personne de référence. Soigner un enfant en pédiatrie implique donc obligatoirement être en rapport avec ses parents. »<sup>16</sup>

« Si pendant longtemps, l'enfant était séparé de ses parents lors de son admission dans un service hospitalier, de nos jours, accueillir l'enfant à l'hôpital implique d'y accueillir ses parents. Dans ce contexte, la traditionnelle relation soignant/soigné devient une relation triangulaire, une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation les uns avec les autres. Pour parvenir à un accueil de qualité, il est essentiel que les soignants d'enfants comprennent le sens de cette démarche et en intègrent l'intérêt. Afin d'y parvenir, ils ont besoin de connaître les besoins de l'enfant et ceux de ses parents. »<sup>17</sup>

La relation soignant-soigné en pédiatrie implique donc la prise en compte des parents ou aidants naturels, celle-ci doit pouvoir respecter le lien d'attachement entre l'enfant et ses parents mais également comprendre les réactions des parents à l'hôpital. Découvrons maintenant quelles évolutions législatives ont permis aux parents d'être intégrés dans les services auprès de leur enfant.

### **2.4. Cadre législatif :**

Dans une première partie, nous aborderons la législation concernant d'une part l'enfant hospitalisé, et d'autre part celle relative à la présence de ses parents auprès de lui. Dans une seconde partie nous évoquerons les textes législatifs concernant la Salle de Surveillance Post-Interventionnelle.

#### **2.4.1. Avancées législatives sur l'hospitalisation d'un enfant et la place de ses parents auprès de lui.**

Avant de commencer cette partie, nous allons définir le terme de famille et d'aidant naturel.

---

<sup>15</sup> BACRO, F., IBID – p.8 à 10.

<sup>16</sup> Association Sparadrap, *Enquête : Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires*, Actes du colloque, octobre 2004, p.18.

<http://www.sparadrap.org/content/download/3523/32612/version/2/file/actes+colloques+web+D19.pdf>

<sup>17</sup> THIBAUT-WANQUET, P., IBID – p.51.

Selon Danielle Chapron<sup>18</sup>, « Le mot famille a beaucoup évolué au cours des siècles et sa définition varie d'une discipline à l'autre et d'un auteur à l'autre. L'une des définitions les plus courantes de la famille, empreinte du sens de la famille nucléaire, c'est qu'il s'agit d'un groupe social caractérisé par la résidence commune et la coopération d'adultes des deux sexes et des enfants qu'ils ont engendrés ou adoptés. [...]»<sup>19</sup>

« « Tout groupe qui se reconnaît en tant que famille est une famille ». Par cette définition, l'infirmière reconnaît les différentes formes de famille présentes dans notre société d'aujourd'hui, telle la famille biologique, nucléaire, monoparentale, élargie, recomposée, lesbienne ou homosexuelle, famille substitutive et la commune »<sup>20</sup>

« Un aidant naturel ou informel est toute personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendant de son entourage pour les activités de la vie quotidienne. »<sup>21</sup>

La famille vient d'être défini, intéressons-nous maintenant à son intégration auprès de l'enfant hospitalisé. Nous ne détaillerons pas ici l'intégralité de ces législations, mais pour information elles le seront en annexe<sup>22</sup>, ainsi que les textes cités ici.

« Dès 1974, un décret du 14 janvier relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et hôpitaux locaux permet expressément la présence d'un accompagnant auprès d'un malade de moins de 15 ans en dehors des heures de visites »<sup>23</sup>

Le 1<sup>er</sup> Aout 1983, la circulaire ministérielle n°83-24 relative à l'hospitalisation des enfants est mise en place, sans parution au Journal Officiel, « il s'agit de la première étape officielle vers une reconnaissance des droits de l'enfant hospitalisé, ainsi que des droits des parents. Il s'agit aussi d'une reconnaissance des travaux<sup>24</sup> réalisés par toutes les personnes, soignants et non soignants, qui ont œuvré pour l'évolution des conditions d'hospitalisation des enfants dès la fin de la seconde guerre mondiale. »<sup>25</sup>. Il s'agit du premier texte fondateur quant à « l'admission conjointe », c'est-à-dire l'admission « mère ou père/enfant », mais aussi la possibilité pour le parent de rester auprès de son enfant la nuit.

---

<sup>18</sup> Danielle Chapron : *Professeure agrégée en sciences infirmières, Faculté de sciences de la santé et des services communautaires, Université de Moncton, Nouveau Brunswick, Canada.*

<sup>19</sup> FORMARIER, M., JOVIC, L., *Les concepts en sciences infirmières*, ARSI, Éditions Mallet Conseil, 2009, p.78.

<sup>20</sup> FORMARIER, M., JOVIC, L., *IBID* – p.78.

<sup>21</sup> GUILLOU, D., Cours sur *Les aidants naturels*, IFSI de Saint-Malo, mai 2011.

<sup>22</sup> Cf. Annexe I : L'évolution de la prise en soin de l'enfant de Spitz à la mise en place du congé de paternité.

<sup>23</sup> THIBAUT-WANQUET, P., *IBID* – p.40.

<sup>24</sup> Cf. Annexe I : L'évolution de la prise en soin de l'enfant de Spitz à la mise en place du congé de paternité.

<sup>25</sup> THIBAUT-WANQUET, P., *IBID* – p.40.

En 1988, est rédigée la « Charte européenne de l'enfant hospitalisé » à Leiden au Pays-Bas, elle résume et réaffirme en dix points les droits des enfants hospitalisés. Cette charte repose sur les mêmes références que la circulaire précédemment citée, en ré-insistant sur la présence des parents auprès de leur enfant, notamment les articles 2 et 3.

Le 4 mars 2002, la loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, oblige les établissements et les professionnels de santé médicaux à informer le patient sur son état de santé et à recueillir son consentement pour tout acte. Celle-ci « [...] ne remet pas en cause l'autorité parentale mais accorde à l'enfant une plus grande autonomie. »<sup>26</sup>

Toutes ces évolutions ont été réalisées dans un but de bien-être, d'une part, pour l'enfant mais aussi pour les parents.

En ce qui concerne la présence des parents en salle de surveillance post-interventionnelle, nous exploiterons une enquête nationale<sup>27</sup> réalisée en 2003 par l'association Sparadrap<sup>28</sup> avec le soutien de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Celle-ci précisait, selon les soignants, que la présence des parents est systématique en Salle de Surveillance Post-Interventionnelle dans 23% des cas, mais indique aussi que, dans 35% des cas l'accès leur est refusé. Par contre selon les parents, la présence peut leur être imposée dans 3% des cas, proposée et encouragée dans 33% des cas et interdite dans 59 % des cas.<sup>29</sup>

#### **2.4.2. La salle de surveillance post-interventionnelle**

Nous allons maintenant définir le terme de SSPI, ensuite nous verrons pourquoi elles ont été créées, quels textes les légifèrent et pour finir nous nous intéresserons aux catégories de personnels pouvant y exercer.

La législation ne se sera pas détaillée, mais pour information une annexe<sup>30</sup> y est consacrée.

Tout d'abord, la SSPI se définit comme un lieu qui accueille et prend en charge tous les patients ayant subis un acte anesthésique avec un acte opératoire à visée diagnostique, thérapeutique et/ou curative<sup>31</sup>. Elle a « [...] pour objet de contrôler les effets résiduels des médicaments anesthésiques et leur élimination et de faire face, en

---

<sup>26</sup> MANOUKIAN, A., avec la collaboration de MASSEBEUF, A., *La relation soignant-soigné*, Editions Lamarre, 2008, p.95.

<sup>27</sup> Association Sparadrap, IBID.

<sup>28</sup> Sparadrap, association loi 1901, créée en 1993.

<sup>29</sup> Cf. Annexe III : Résultats de l'enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital.

<sup>30</sup> Cf. Annexe IV : De la salle de réveil à la salle de surveillance post-interventionnelle

<sup>31</sup> GODET, S., *L'IADE en SSPI une plus value* [en ligne], mémoire de fin d'étude, école d'infirmier(e) anesthésiste, IRF Reims, 2009, p.25.

[http://ecoleiadereims.blog.free.fr/public/Sandrine\\_GODET.pdf](http://ecoleiadereims.blog.free.fr/public/Sandrine_GODET.pdf)

tenant compte de l'état de santé du patient, aux complications éventuelles liées à l'intervention ou à l'anesthésie [...]. »<sup>32</sup>

« L'analyse des accidents survenant au décours de l'anesthésie a poussé le législateur à édicter dès 1974 un certain nombre de règles »<sup>33</sup>

La création des SSPI est rendue obligatoire à la suite d'une enquête de l'INSERM réalisée sur près de 200 000 anesthésies entre 1978 et 1982, celle-ci a clairement fait ressortir que c'est au cours de la période post-anesthésique que survenaient la majorité des accidents liés à l'anesthésie (42 %), et que ceux-ci apparaissaient généralement à la première heure de la phase de réveil post-anesthésique (50 %).<sup>34</sup>

La surveillance post-interventionnelle est rendue obligatoire par le décret du 5 décembre 1994, afin de contrôler les effets résiduels de l'anesthésie et faire face aux complications liées non seulement à l'anesthésie mais aussi à l'intervention. A partir de cette date apparaît donc le terme de « Salle de Surveillance Post-Interventionnelle » qui remplace l'ancienne dénomination « Salle de réveil ».<sup>35</sup>

Les catégories de personnels pouvant y exercer sont mentionnées dans l'article D.712-49 du Code de la Santé Publique<sup>36</sup>, celui-ci précise d'une part que « Pendant sa durée d'utilisation, toute salle de surveillance post-interventionnelle doit comporter en permanence au moins un infirmier diplômé d'Etat formé à ce type de surveillance, si possible infirmier anesthésiste diplômé d'Etat » et d'autre part « Lorsque la salle dispose d'une capacité égale ou supérieure à six postes occupés, l'équipe paramédicale doit comporter au moins deux agents présents dont l'un est obligatoirement un infirmier diplômé d'Etat formé à ce type de surveillance, si possible, infirmier anesthésiste diplômé d'Etat. »

## **2.5. Le rôle infirmier auprès de l'enfant accueilli en salle de surveillance post-interventionnelle**

En préambule à cette partie, nous avons souhaité éclaircir les notions « d'infirmier » et « d'accueil », afin de percevoir le rôle de celui-ci par rapport à ce concept. Dans un premier temps, nous rappellerons le cadre légal de la profession d'infirmier, tout en faisant référence à des articles concernant le thème et dans un deuxième temps, nous illustrerons le concept d'accueil au moyen de définitions.

---

<sup>32</sup> Légifrance, Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994, article D.712- 45 du Code de la Santé Publique [en ligne].

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549818&fastPos=1&fastReqI d=1543433413&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

<sup>33</sup> CARPENTIER, J-P., *Nouveaux cahiers de l'infirmière : Urgence/Réanimation, Transfusion sanguine* Editions Masson, septembre 2005, p.233.

<sup>34</sup> CARPENTIER, J-P., IBID – p.234.

<sup>35</sup> CARPENTIER, J-P., IBID – p.234.

<sup>36</sup> Légifrance, IBID – article D.712-49 du Code de la Santé Publique.

La profession d'infirmier est régie par le décret 2004-802 du 29 juillet 2004<sup>37</sup>, relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la Santé Publique et modifiant certaines dispositions de ce code, paru au Journal Officiel n°183 du 9 août 2004.

Dans l'article R. 4311-5, « 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

➤ Alinéa 40 : Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire. »

Dans l'article R. 4311-9, « l'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

➤ Alinéa 8 : Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12. »

La notion d'infirmier vient d'être vue, voyons maintenant le concept d'accueil.

Nicolas-Gustave Fischer<sup>38</sup> quant à lui précise que « L'accueil n'est pas une finalité en soi mais seulement la première phase, l'ouverture du lien social ; c'est ce dernier qui donne un sens à l'accueil. Cette phase ritualisée, voire protocolisée n'est pas sans conséquence sur la relation qu'elle inaugure ». <sup>39</sup>

Pour Monique Formarier<sup>40</sup>, « L'accueil peut-être défini comme l'ouverture du lien social, ritualisée avec et par des automatismes sociaux et culturels. Il n'a de sens que par la finalité de la rencontre, mais il peut avoir une influence sur cette dernière par l'organisation sociale qu'il engendre et la persistance des impressions qu'il laisse. »<sup>41</sup> elle précise également que « Dans les soins infirmiers, l'accueil peut-être considéré comme la première étape de la prise en soin d'un patient dont il gardera un souvenir et qui peut influencer la suite des interactions de soin »<sup>42</sup>

### **2.5.1. L'accueil en salle de surveillance post-interventionnelle**

Les notions précédentes ont été définies, nous allons maintenant les appliquer à mon sujet.

---

<sup>37</sup> Cf. Annexe V : Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à la profession d'infirmier.

<sup>38</sup> Nicolas-Gustave Fischer : *Professeur de psychologie sociale à l'université de Metz, directeur de laboratoire de psychologie de Metz.*

<sup>39</sup> FORMARIER, M., JOVIC, L., IBID – p.46.

<sup>40</sup> Monique Formarier : *Puéricultrice, directrice des soins, rédactrice de la revue Recherche en Soins Infirmiers.*

<sup>41</sup> FORMARIER, M., JOVIC, L., IBID – p.46.

<sup>42</sup> FORMARIER, M., JOVIC, L., IBID – p.46.



L'accueil d'un enfant à l'hôpital n'est pas anodin, il s'agit d'une démarche qui doit être pensée et structurée en fonction de l'âge de celui-ci. De cet accueil va dépendre le comportement de l'enfant au cours de sa prise en charge future.

De plus, accueillir un enfant en salle de surveillance post-interventionnelle, lieu qui lui est inconnu, avec des personnes portant un masque, sans repère familial et dans un contexte de traumatisme ou de maladie, il paraît alors essentiel de devoir rassurer l'enfant. Pour ce faire, le « doudou » paraît indispensable si celui-ci en a un, cette démarche devra s'accompagner d'une information de l'enfant, en lui expliquant où il se trouve, le temps qu'il est susceptible d'y rester et lui dire où se trouvent ses parents et à quel moment il les verra.

Ce qui est primordial pour l'enfant, tout au long, de son séjour en SPPI, c'est le côté rassurant que doit avoir l'infirmier face à celui-ci.

Dans cette partie, nous ne détaillerons pas le rôle spécifique de l'infirmier en SSPI, mais pour information, une annexe<sup>43</sup> y est consacrée.

### **2.5.2. Le réveil post-anesthésique.**

Pour aborder ce point, une définition du réveil post-anesthésique est nécessaire, « Il débute dès la fin de l'anesthésie, et correspond à la phase de récupération des réflexes vitaux avec normalisation progressive des paramètres physiologiques. C'est une période à risque marquée par la disparition progressive des effets résiduels de l'anesthésie, alors qu'apparaissent les conséquences de l'acte chirurgical. »<sup>44</sup>

« Comme l'induction, la phase de réveil fait parti intégrante de l'anesthésie. C'est une phase particulièrement critique pour le patient puisqu'en règle générale, les mécanismes de régulation et de compensation de l'organisme ne sont pas encore totalement rétablis du fait du traumatisme chirurgical et des effets résiduels de l'anesthésie. Pendant cette phase, une surveillance rapprochée minutieuse et sans faille des fonctions vitales est requise par du personnel compétent. »<sup>45</sup>

Ce « réveil post-anesthésique peut être divisé en trois stades dont l'évaluation repose sur des tests en vue d'objectifs »<sup>46</sup>, celui-ci est détaillé en annexe<sup>47</sup>.

### **2.5.3. Comportement de l'enfant au réveil post-anesthésique :**

---

<sup>43</sup> Cf. Annexe VI : Le rôle spécifique de l'infirmier en salle de surveillance post-interventionnelle.

<sup>44</sup> ECOFFEY, C., JOLY, A., *Réveil chez l'enfant*, [en ligne] SAR 2, CHU Pontchaillou, Rennes, 1997.  
[http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca97/html/ca97\\_006/97\\_06.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca97/html/ca97_006/97_06.htm)

<sup>45</sup> GODET, S., *IBID* – p.7.

<sup>46</sup> PETER, J.-D., *La surveillance du réveil post-anesthésique* [en ligne], cours de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 2003, p.8-9.

<http://udsmed.ustrasbg.fr/emed/courses/MODULE06/document/Anesth%E9sie/PeterSalleSurvPost.pdf?cidReq=MODULE06>

<sup>47</sup> Cf. Annexe VII : Le réveil post-anesthésique.

« Certains enfants présentent fréquemment une phase d'agitation, de confusion ou de désorientation dès leur installation en SSPI. Ces troubles disparaissent le plus souvent après un réveil complet et l'établissement d'une communication avec le soignant. L'agitation postopératoire en pédiatrie est fréquente (10 à 50% des cas) et s'explique par la survenue rapide du réveil après utilisation d'halogénés à élimination rapide comme le sévoflurane<sup>48</sup>. »<sup>49</sup>

« L'agitation intervient le plus souvent chez un enfant d'âge pré-scolaire et de sexe masculin. Elle est favorisée par l'état d'anxiété préopératoire [...] »<sup>50</sup>

« Des états d'agitation sont décrits pendant la période du réveil, [...]. L'intensité de ces troubles du comportement au réveil décroît avec le temps de présence en salle de réveil. Ces états d'agitation représentent un problème de la période postopératoire immédiate car ils prolongent le délai de sortie de la salle de réveil et peuvent assombrir le souvenir de la période opératoire. Kain et al. trouvent une corrélation étroite entre l'anxiété préopératoire et l'agitation au réveil qui peuvent être des facteurs prédictifs de la survenue de TCPO [...]. »<sup>51</sup>

Quelques facteurs favorisant cette agitation au réveil ont été notés dans la littérature :

- parmi les agents d'induction, le Sévoflurane est retrouvé par plusieurs études,
- l'enfant de moins de 5 ans,
- un réveil rapide dans un environnement non familial ou avec des inconnus,
- les chirurgies ORL et ophtalmologique,
- l'anxiété préopératoire,
- la douleur postopératoire pour certains, et pas pour d'autres.<sup>52</sup>

#### **2.5.4. Les troubles du comportement post-opératoire**

« Ces troubles du comportement sont transitoires, survenant selon la majorité des études entre 2 semaines et un mois après l'intervention [...]. Dans un faible pourcentage de cas (entre 7 et 20 %) les effets secondaires peuvent durer 6 mois à un an après la chirurgie et sont retrouvés alors des troubles alimentaires, une peur « des blouses blanches » et une angoisse de séparation [...]. »<sup>53</sup>

« L'importance de la préparation psychologique des patients, adultes ou enfants, avant une anesthésie et une chirurgie est connue depuis longtemps. Dans son précis

---

<sup>48</sup> Sévoflurane : *Anesthésique général de type halogéné* [en ligne]. <http://www.vidal.fr/Medicament/sevorane-15032.htm>

<sup>49</sup> BOUTY, C., BORDES-DEMOLIS, M., *Particularités du réveil en pédiatrie* [en ligne], SAR 4, Bordeaux, 2008, p.8.

[http://www.reanesth.org/reanesth/02formcont/jarcas/2008/jarca\\_2008/articles/iade/01\\_bouty.pdf](http://www.reanesth.org/reanesth/02formcont/jarcas/2008/jarca_2008/articles/iade/01_bouty.pdf)

<sup>50</sup> BOUTY, C., BORDES-DEMOLIS, M., IBID – p.8.

<sup>51</sup> LUCAS-POLOMENI, MM., CALIPEL, S., WODEY, E., *Les troubles du comportement de l'enfant en postopératoire : peut-on les éviter ?* [en ligne], Mapar 2005, CHU Pontchaillou Rennes, p.503

<http://www.mapar.org/article/pdf/572/Les%20troubles%20du%20comportement%20de%20l%20E%80%99enfant%20en%20postop%C3%A9ratoire%20A0:%20peut-on%20les%20C3%A9viter%20A0?.pdf>

<sup>52</sup> LUCAS-POLOMENI, MM., CALIPEL, S., WODEY, E., IBID – p.503.

<sup>53</sup> LUCAS-POLOMENI, MM., CALIPEL, S., WODEY, E., IBID – p.500.

d'anesthésie chirurgicale de 1934, Forgue insistait déjà sur la nécessité de la « préanesthésie », ensemble des moyens propres à préparer l'anesthésie et permettant de diminuer l'angoisse du patient, d'accroître sa réceptivité pour l'agent anesthésique et donc de simplifier la mise en marche de la narcose<sup>54</sup>.

Chez l'enfant, cette préparation est d'autant plus importante que l'anxiété préopératoire peut-être très intense. En lien avec ce stress préopératoire, l'enfant peut présenter des troubles du comportement en postopératoire. »<sup>55</sup> Pour évaluer l'anxiété préopératoire, un questionnaire et une grille d'observation a été réalisé<sup>56</sup>.

« L'anxiété préopératoire des enfants est elle-même fortement liée au degré d'angoisse des parents. [...], l'augmentation de l'anxiété des parents dans la salle d'attente est prédictible de l'augmentation des TCPO de l'enfant. Si ce stress est élevé au moment de la séparation avec l'enfant, le risque de survenue des troubles augmente également. »<sup>57</sup>

Eckenhoff a mené en 1958 une étude prospective sur 600 enfants mettant en lien une induction anesthésique non satisfaisante et des changements négatifs de la personnalité des enfants en post-opératoire.<sup>58</sup>

#### **2.5.4.1. Manifestations de ces troubles**

« Grâce aux travaux de Vernon, à partir des années 1960, un questionnaire spécifique fut élaboré. Ce questionnaire (PHBQ) recense les différents signes relevés dans certaines études précédentes et les classes par catégories de troubles [...] »<sup>59</sup>

Les manifestations de ces troubles sont développées en annexe avec le questionnaire PHBQ.<sup>60</sup>

#### **2.5.4.2. Moyens utilisés pour les éviter**

« Si l'idéal serait d'adapter la prise en charge à chaque enfant et chaque parent, les contraintes de temps et de rentabilité obligent à rechercher la méthode la plus efficace pour diminuer l'anxiété préopératoire du plus grand nombre d'enfants voire de parents. La détermination de facteurs de risque permet de repérer initialement les enfants les plus exposés. Divers moyens thérapeutiques ont également été évalués : la prémédication sédatrice, les programmes de préparation, la présence des parents à l'induction, l'hypnose, la musicothérapie. »<sup>61</sup>

---

<sup>54</sup> Narcose : *Sommeil provoqué artificiellement par un narcotique.*

<sup>55</sup> LUCAS-POLOMENI, MM., CALIPEL, S., WODEY, E., IBID – p.499

<sup>56</sup> Cf. Annexe VIII : Evaluation de l'anxiété préopératoire : score de Yale.

<sup>57</sup> LUCAS-POLOMENI, MM., CALIPEL, S., WODEY, E., IBID – p.505.

<sup>58</sup> *Induction inhalatoire au sévoflurane : Quelques règles de bonnes pratiques pour les infirmier(e)s anesthésistes*, p.20.

<http://www.adiam.fr/adiam%20iade.pdf>

<sup>59</sup> LUCAS-POLOMENI, MM., CALIPEL, S., WODEY, E., IBID – p.499-500.

<sup>60</sup> Cf. Annexe IX : Manifestations des troubles du comportement post-opératoire et évaluation.

<sup>61</sup> LUCAS-POLOMENI, MM., CALIPEL, S., WODEY, E., IBID – p.505.

### 3. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

#### 3.1. Méthodologie du recueil des données.

Pour mon travail de recherche, j'ai choisi d'avoir recours à des entretiens semi-directifs, ce type de recueil me semblait judicieux, dans la mesure où il permet d'obtenir des réponses complètes tout en ayant la possibilité de reformuler des propos si besoin.

Afin d'obtenir des informations concernant mon thème, il me paraissait indispensable d'interviewer des infirmiers exerçant en salle de surveillance post-interventionnelle, qu'ils s'agissent d'infirmiers spécialisés en anesthésie ou non. De plus, afin d'obtenir des réponses quant à ma question de départ, il m'a semblé essentiel de m'entretenir avec deux infirmiers travaillant au sein d'une structure accueillant les parents et deux autres pour lesquels cette démarche n'y est pas réalisée.

Pour réaliser ces entretiens, j'ai effectué des demandes d'autorisations<sup>62</sup> auprès de la Direction des Soins et des Cadres de santé d'anesthésie dans deux Centres Hospitalier, les réponses que j'ai obtenu étaient favorables. Les Cadres de santé, m'ont informé qu'au sein de leurs unités, n'exerçaient que des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat, ceci n'était pas gênant dans la mesure où ma recherche portait sur le rôle propre de l'infirmier, ainsi que sur son ressenti.

Les entretiens ont été réalisés pour certains assis en face à face et pour d'autres assis l'un à côté de l'autre, selon le choix de l'infirmier, par ailleurs, ils se sont vus effectuer durant les horaires de travail des professionnels, il fallait donc qu'ils soient réalisés dans une salle proche de la SSPI. Pour une des structures, ils ont été tous les deux enregistrés dans une salle de rangement et pour l'autre, dans une salle de repos et dans une salle de réunion. Ceci a pour conséquence que des bruits parasites s'entendent à l'écoute des enregistrements et, que lors d'une interview, nous avons été dérangés.

N'étant pas habitué à réaliser des entretiens de recherche, j'ai eu des difficultés, d'une part à réaliser une introduction lors de mes deux premiers entretiens, chose que j'ai rétabli par la suite, et d'autre part, à rebondir et reformuler sur les propos des infirmiers, ceci a eu pour conséquences que certaines des réponses n'ont pas été assez exploitées.

Ayant effectué un stage en salle de surveillance post-interventionnelle qui m'a permis de percevoir le rôle de l'infirmier y exerçant, ce qui était un atout lors de la réalisation de mon enquête, dans la mesure où leurs discours me renvoyaient des images, il était donc plus facile pour moi de comprendre.

---

<sup>62</sup> Cf. Annexe X : Demande de réalisation d'entretiens à l'attention des Directions des Soins, et des Cadres de santé d'anesthésie.

De plus, pour information, j'ai effectué ce stage dans l'une des structures où j'ai mené mon enquête, c'est donc pour cela qu'à certain moment je tutoyais les professionnels tout en étant perdu avec le vouvoiement.

Lors de la retranscription de mes entretiens, j'ai retiré le nom des établissements, les répétitions de mots à la suite et j'ai changé les « euh » en « hésitation », afin d'avoir une lecture plus fluide. Par ailleurs, j'ai souhaité donner un surnom aux IADE, en fonction de la manière dont je les ai perçus.

### 3.2. Analyse du contenu.

#### Objectif n°1 : Connaître les réactions de l'enfant de 1 à 6 ans à son réveil.

Catégorie	Thèmes	IADE	Items
Réactions au réveil (21)	Agitées (6)	Mme Stricte	-Parfois ils ont des réveils agités. -Parfois les réveils peuvent être agités suite à l'anesthésie avec les halogénés ça donne des réveils agités. -Ils peuvent parfois être agités par la douleur, le manque des parents.
		Mme la Magicienne	-Il y a toujours des phases d'excitation (2).
		Mr Rigolo	-Une petite phase d'agitation.
	Variables (15)	Mme Stricte	-Les enfants passent par plusieurs phases en fait dans leur réveil. -Variable.
		Mr Rigolo	-Ça dépend du type d'anesthésie. -Ça dépend du type de chirurgie. -Les comportements peuvent être très variables. -Ils peuvent aussi se réveiller de façon tout à fait calme, le réveil il peut-être très variable. -Ça dépend de la douleur.
		Mme la Magicienne	-Ça dépend des enfants. -Ça dépend du type d'anesthésie. -Soit l'enfant se rendort, soit l'enfant est agité, ça peut être soit du à l'appréhension, la douleur, il y a plusieurs causes. -Ça dépend si on peut instaurer une communication avec l'enfant.

			-Ça dépend, il y a des enfants qui se rendorment, qui sont calmes. -On sait qu'il y a différentes phases au réveil.
		Mr Stressé	-Il est le même que juste avant de s'endormir c'est-à-dire qu'un enfant qui va être un peu agité, excité avant de dormir, il sera excité, agité au réveil la plupart du temps c'est comme ça sauf s'il a mal.

### Commentaires :

Au regard des données recueillies, nous constatons que les infirmiers décrivent les réactions de l'enfant de 1 à 6 ans à son réveil post-anesthésique comme variables (15 items), ceci s'explique par le fait que beaucoup de paramètres entrent en compte dans ce contexte.

En premier lieu, les réactions sont dépendantes des produits anesthésiques utilisés (2 items) et de la douleur de l'enfant (2 items).

En second lieu, est mis en avant la personnalité de l'enfant (1 item), l'appréhension quant au lieu (1 item) et pour finir, Mr Stressé expose l'état émotionnel de l'enfant avant l'induction (1 item) « *Il est le même que juste avant de s'endormir* ».

De plus, sont décrits des réactions d'agitation (6 items), il s'agit de phases d'agitation (3 items) liées à la spécificité du réveil post-anesthésique, par ailleurs, Mme Stricte évoque différentes raisons pour expliquer ces réactions, la première est celle provoquée par les halogénés (1 item), elle évoque également le manque des parents (1 item) ainsi que la douleur (1 item).

### **Objectif n°2 : Connaître la place accordée aux parents auprès de leur enfant en salle de surveillance post-interventionnelle.**

#### Tableau d'analyse en annexe<sup>63</sup>

### Commentaires :

En regardant le tableau, nous nous apercevons que sur les quatre IADE interviewés, trois accordent peu de place (9 items) aux parents en SSPI.

Mme Stricte et Mr Rigolo expriment le fait que « *les parents ne sont pas très présents* » (1 item) dans la SSPI où ils travaillent et que leur présence n'est « *pas forcément prévue* » (2 items). Mr Rigolo l'explique par le fait que cette présence « *n'a*

<sup>63</sup> Cf. Annexe XI : Tableau d'analyse de l'objectif n°2, « Connaître la place accordée aux parents auprès de leur enfant en salle de surveillance post-interventionnelle ».

*pas été abordé* » (1 item), et qu'ils font « *plus de chirurgie adulte que de chirurgie enfant* » (1 item). En revanche, Mr Stressé accorde peu de place aux parents car il « *aime avoir une vue d'ensemble sur les gamins* » (1 item).

Par ailleurs, Mme la Magicienne explique qu'elle accorde une place aux parents (8 items) en SSPI, sur « *protocoles* » (2 items), ceci induit des règles, et notamment le fait que « *les parents sortent sur sa demande* » (3 items), tout en ayant la possibilité de refuser leur présence « *[...] ce n'est pas un dû, mais ça ils ont du mal* » (1 item).

En outre, Mme la Magicienne et Mme Stricte, expriment une présence variable (7 items), éclaircie par le fait que « *c'est fonction de l'activité [...]* », cette présence dépend en premier lieu de l'attitude des parents (3 items), de la nature de la chirurgie (2 items) et de l'âge de l'enfant (2 items), en second lieu apparaît comme illustration la religion (1 item), la culture des parents (1 item) et pour finir les antécédents de l'enfant (1 item).

### **Objectif n°3 : Connaître l'avis des professionnels vis-à-vis de la présence des parents auprès de leur enfant en salle de surveillance post-interventionnelle.**

Tableau d'analyse en annexe<sup>64</sup>

#### Commentaires :

A l'analyse du tableau, il apparaît que le ressenti des infirmiers quant à la présence des parents en SSPI, est favorable (11 items). En effet les quatre IADE ont au minimum émis une phrase dans ce sens.

Pour illustrer ce ressenti, nous retiendrons que pour Mme Stricte, Mr Rigolo et Mr Stressé, la présence des parents permet de « *rassurer* » (2 items), d'« *apaiser* » (1 item), et de « *calmer* » l'enfant (1 item), tout en l'aidant à être « *serein* » (1 item).

Par ailleurs, Mme la Magicienne et Mr Stressé émettent un avis défavorable à cette démarche, tout d'abord, Mme la Magicienne précise que la présence des parents « *gêne* » certains de ses collègues (1 item), puis Mr Stressé indique quant à lui qu'il « *n'aime pas avoir des parents quand il y a des enfants intubés dans la salle de réveil* » (1 item), et qu'en règle général, il « *n'est pas très fan* » vis-à-vis de leur présence.

En outre, Mr Stressé émet un avis variable (1 item) en précisant que cette présence doit être réalisée au « *[...] cas par cas* » (1 item).

---

<sup>64</sup> Cf. Annexe XII : Tableau d'analyse de l'objectif n°3, « Connaître l'avis des professionnels vis-à-vis de la présence des parents auprès de leur enfant en salle de surveillance post-interventionnelle ».

**Objectif n°4 : Savoir quels évènements pourraient amener à solliciter la présence des parents en salle de surveillance post-interventionnelle.**

Tableau d'analyse en annexe<sup>65</sup>

Commentaires :

Au regard des données recueillies, on remarque que les quatre IADE ont été ou seraient amenés à solliciter la présence des parents pour calmer l'enfant (4 items), en précisant principalement que se serait pour « un enfant qui pleure énormément, dont il serait difficile d'évaluer la douleur et qui ne pourrait remonter dans son unité rapidement » (3 items).

Par ailleurs, Mme la Magicienne précise qu'elle a été amenée à inviter la présence des parents dans le but de les rassurer (5 items), lors de contextes de néonatalogie (2 items) et de cancérologie pédiatrique (1 item).

En outre, Mme la Magicienne et Mr Stressé déclarent que la présence la présence parentale est incitée en vue de « soulager » ou d' « aider » le soignant (4 items), principalement sur des pathologies autistiques, psychiatriques, les IMC et les trisomies 21 (2 items), tout en corrélant ces troubles aux problèmes de communication (1 item).

En ce qui concerne l'absence de sollicitation des parents, seul Mr Rigolo s'exprime en précisant « *Notre demande à nous je n'ai pas souvenir que ce soit arrivé que l'on ai à solliciter la présence des parents* » (1 item).

**Objectif n°5 : Savoir si le comportement de l'enfant est influencé par la présence de ses parents.**

Catégorie	Thèmes	IADE	Items
Influence du comportement (10)	Variable (7)	Mme Stricte	<i>-Ça peut les rassurer [...], ils peuvent continuer à pleurer. -Les enfants, ils réagissent différemment avec les parents donc du coup c'est à double tranchant, parfois c'est bien ça les calme et tout ça, mais parfois aussi ça peut être pire.</i>
		Mr Rigolo	<i>-Ça peut arriver que le fait que le parent soit là l'enfant se laisse un peu plus aller à réclamer, à faire du cinéma comme ils font à la maison quoi.</i>

<sup>65</sup> Cf. Annexe XIII : Tableau d'analyse de l'objectif n°4, « Savoir quels évènements pourraient amener à solliciter la présence des parents en salle de surveillance post-interventionnelle ».



		Mme la Magicienne	<i>-Je te dis c'est vraiment une histoire de feeling avec les parents et l'enfant, on s'adapte à chaque situation.</i>
		Mr Stressé	<i>-On va se situer au bruit, si on ne s'entend plus parler on va faire ressortir du monde -Mais si au contraire ça permet de faire baisser le niveau sonore dans la salle de réveil c'est une bonne chose. -Ça dépend, il y a des parents chez qui ça peut être un atout pour d'autre c'est tout l'inverse, les enfants sont super énervés quand les parents sont là, ils pleurent et c'est souvent plus délétère d'avoir les parents, pour d'autres, c'est tout à fait bénéfique, c'est vraiment au cas par cas.</i>
	A type d'apaisement (1)	Mme la Magicienne	<i>-Ça peut-être, que nous on n'arrive pas à le gérer et les parents arrivent et ils les calment.</i>
	A type d'agitation (2)	Mme la Magicienne	<i>-Ça dépend de l'attitude de l'enfant, il est beaucoup plus énervé en présence de ses parents des fois on arrive mieux à les gérer seul.</i>
		Mr Rigolo	<i>-Je pense que l'enfant en rajoute toujours un petit peu quand il est avec ses parents mais bon le fait que le parent soit à côté c'est un plus pour l'enfant c'est évident.</i>

#### Commentaires :

Au regard de l'analyse réalisée, on constate que le comportement d'un enfant est variablement influencé (7 items), en présence de ses parents en SSPI. Les quatre IADE ont émis une idée dans ce sens.

Pour illustrer ce comportement, Mme Stricte indique que « *les enfants, ils réagissent différemment en présence de leur parents [...]* » (1 item), Mr rigolo précise lui que « *[...] l'enfant se laisse un peu plus aller à réclamer, à faire du cinéma comme ils font à la maison [...]* » (1 item), Mme la Magicienne expose le fait que « *c'est vraiment une histoire de feeling entre les parents et l'enfant* » (1 item), et Mr Stressé quant à lui, dit que « *ça dépend [...]* c'est vraiment au cas par cas. »

En revanche, Mme la Magicienne évoque le fait que la présence des parents peut-être bénéfique pour l'enfant « *Ça peut-être, que nous on n'arrive pas à le gérer et les parents arrivent et ils le calme* » (1 item).

Par ailleurs, Mme la Magicienne et Mr Rigolo expriment deux réactions en faveur d'une agitation possible en présence des parents « *Ça dépend de l'attitude de l'enfant, il est beaucoup plus énervé en présence de ses parents des fois on arrive mieux à les gérer seul* » (1 item).

**Objectif n°6 : Percevoir si le rôle infirmier est influencé par la présence des parents**

Catégorie	Thèmes	IADE	Items
Influence (6)	Négative (2)	Mme la magicienne	-Il y a des parents qui sont aussi très envahissants. -Il y a des gens qui sont impressionnés [...] faut aussi que l'on gère le malaise des parents, plus les enfants.
	Positive (4)	Mme Stricte	-Peut-être que nous ça nous faciliterais aussi.
		Mr Rigolo	-Déjà même pour nous ça permet de nous décharger un petit peu parce que bon c'est très prenant d'avoir des enfants au réveil, il faut s'en occuper en permanence on ne peut pas le laisser dans son lit maintenant que ce soit un lit cage parfois, on ne peut pas le laisser se cogner dans les barreaux donc voilà, c'est que. -Ça décharge un petit peu du travail que l'on a à réaliser auprès de l'enfant parce que bon les parents peuvent exercer une surveillance déjà proche, s'occuper de l'enfant, calmer l'enfant qui va être moins agité, on l'espère.
	Mr Stressé	-Ça me décharge si je sais que ça n'envenime pas la situation.	

Commentaires :

Au regard des données recueillies, nous constatons que la présence des parents, pour Mme Stricte, Mr Rigolo et Mr Stressé, influence positivement (4 items) le rôle infirmier en SSPI.

Pour définir l'influence positive de la présence des parents en SSPI, deux verbes sont apparus, « faciliter » (1 item), émit par Mme Stricte et « décharger » (3 items), émit quant à lui par Mr Rigolo et Mr Stressé.

En revanche, Mme la Magicienne n'exprime qu'une influence négative du rôle IDE quant à la présence des parents en SSPI, en précisant « *il y a des parents qui sont aussi très envahissants* » (1 item), « *Il y a des gens qui sont impressionnés [...] faut aussi que l'on gère le malaise des parents, plus les enfants* » (1 item).

## 4. DISCUSSION

J'ai réalisé ce travail dans le but d'approfondir mes connaissances sur le sujet, de comprendre le positionnement à la fois des infirmiers mais aussi des structures afin de pouvoir me projeter en tant que futur infirmier.

Pour ce faire, et dans le cadre de mon projet professionnel qui est de devenir infirmier anesthésiste et/ou puériculteur, j'ai souhaité réaliser un stage en SSPI, celui-ci m'a permis d'une part, d'y percevoir le rôle infirmier, et d'autre part, d'avoir une vision du réveil post-anesthésique, aussi bien de l'adulte que de l'enfant.

Après avoir réalisé mon émergence de questionnement, j'ai réalisé de nombreuses recherches documentaires à partir d'ouvrages, d'études, d'articles médicaux et de textes législatifs, tout ceci a fait évoluer le questionnement que j'y ai formulé, et d'autres interrogations se sont posées. Cette partie de mon travail pourra peut-être répondre à certaines d'entre-elles.

Je vais maintenant croiser les données recueillies lors de mes entretiens avec les théories de mon cadre conceptuel. Cette discussion aura comme fil conducteur ma question de départ :

### **En quoi la présence des parents en salle de surveillance post-interventionnelle peut-elle influencer le rôle de l'infirmier face à l'enfant accueilli ?**

Tout d'abord, en analysant le contenu des entretiens, je me suis aperçu que ma première question n'était pas assez précise, puisqu'elle n'induisait pas de notion de temps, il aurait fallu que je la formule ainsi : « *Quel est le comportement de l'enfant de 1 à 6 ans à son réveil immédiat post-anesthésique ?* ». Enoncée comme cela, je pense, qu'elle affine la période du réveil et donc aurait permis des réponses plus précises de la part des IADE. Puisque, pour ma part, j'aurais souhaité connaître les réactions de l'enfant après l'élimination quasi complète des drogues, c'est-à-dire lorsque l'enfant est « conscient », afin de savoir si son comportement évoluait favorablement, négativement ou restait inchangé.

En effet, les IADE décrivent les réactions de l'enfant de 1 à 6 ans à son réveil comme variables puisqu'elles dépendent de nombreux facteurs, notamment les produits anesthésiques utilisés, le type de chirurgie, la douleur et la personnalité de l'enfant. Par ailleurs, Mme Stricte mentionne le fait que le manque des parents peut être une cause d'agitation au réveil, de plus, Mr Stressé évoque l'état émotionnel de l'enfant à l'induction, qui serait le même qu'au réveil. L'ensemble de ces données sont corrélées avec les informations de mon cadre conceptuel dans les parties 2.5.3 et 2.5.4, de plus, au cours de mon stage, j'ai pu observer plusieurs réveils post-anesthésiques et ceux-ci étaient en effet très différents d'un enfant à un autre.

Vient d'être évoqué l'hypothèse de la place des parents en SSPI, mais quelle place leur est accordée dans ce lieu ? Tout d'abord, il ressort de l'analyse des données que ceux-ci y sont peu intégrés, d'une part, en raison d'une politique différente dans ces

unités sur le sujet et, d'autre part parce que cela dépend également de l'infirmier présent.

Pour une des structures, où j'ai réalisé mes entretiens, la présence des parents bénéficie d'un protocole mais celle-ci reste à l'appréciation de l'infirmier présent, dans un but de confort et de bien-être des enfants. Par exemple, Mr Stressé, qui exerce dans cette structure depuis 1 an et demi, laisse transparaître de ses propos, qu'inclure les parents en SSPI lui est assez compliqué, ceci est tout à fait understandable, dans la mesure où collaborer avec eux nécessite un travail sur soi, une rigueur dans la maîtrise des gestes techniques et une assurance certaine spécifiquement pour ce type de lieu. Par ailleurs, Mr Rigolo qui exerce dans une structure n'accueillant pas les parents, explique le choix de l'unité, par une faible activité de chirurgie pédiatrique.

La seule étude que j'ai trouvée sur ce sujet est celle réalisée à l'initiative de l'association Sparadrap, qui est détaillée dans la partie 2.4.1, elle montre que selon les soignants, la présence des parents en SSPI est refusée dans 35 % des cas, mais qu'elle l'est imposée dans 3% des cas.

Par contre, même si la présence des parents SSPI ne dépend pas d'un protocole, elle peut être demandée et même incitée par l'infirmier dans diverses situations. De mon analyse, il en est ressorti, en premier lieu que les quatre IADE, ont été ou seraient amenés à solliciter la présence parentale dans le but de calmer l'enfant, pour une meilleure prise en soin. En second lieu, il apparaît que, Mme la Magicienne et Mr Stressé feraient appel aux parents pour « s'aider », lorsque les enfants ont des pathologies entraînant des troubles de la communication importants. Et pour finir, Mme la Magicienne indique qu'elle favoriserait la présence des parents dans le but de rassurer ceux-ci.

Au regard de ce point, mon positionnement a comme ligne de conduite que le bien-être des parents est tout aussi important que celui des enfants, ainsi, même si la présence des parents en SSPI n'est pas possible, il me paraît important de les rassurer, soit en les joignant par téléphone s'ils sont présents dans le service de pédiatrie, soit en allant les voir en salle d'attente si celle-ci elle est proche de la SSPI.

Nous venons de voir que la présence des parents en SSPI peut être sollicitée par l'infirmier, mais celle-ci influence-t-elle le comportement de l'enfant ? Selon les IADE cette attitude est variablement modifiée, cela peut aussi bien les calmer comme les énerver. En effet, chaque enfant est différent et chaque relation de l'enfant envers ses parents l'est tout autant. C'est pour cela que l'infirmier a la possibilité de refuser ou de faire sortir les parents afin de respecter le confort et le calme qui doit se retrouver en SSPI.

Il a été vu précédemment que le manque des parents était un facteur d'agitation pour l'enfant au réveil, mais leur présence permet-elle de la diminuer voire de la supprimer ? D'après une étude publiée en 2004, « Cinquante pourcent des enfants ayant eu une anesthésie générale ont des signes d'agitation au réveil parfois assimilés à l'émergence d'une délire [...]. Cet état d'agitation de l'enfant paraît plus refléter un état

d' « inconscience » pour lequel la présence des parents n'est pas efficace, sans réduction des scores d'anxiété, sans diminution de la fréquence ou de la sévérité de l'agitation. Il n'y a pas de diminution des TCPO. »<sup>66</sup>

Cette étude démontre que l'agitation post-opératoire immédiate ne peut être calmée par la présence des parents, mais elle ne s'intéresse pas à la période qui suit l'élimination des drogues, lorsque l'enfant est « conscient », qu'il est en mesure de savoir où il se trouve et ce qu'il y fait.

C'est à ce moment là, je pense, que la présence des parents est importante pour l'enfant, il se rend compte qu'il est dans un endroit inconnu avec des étrangers, cette phase peut également s'accompagner de douleur et d'inconfort aussi bien physique que moral. Ceci peut entraîner des pleurs de l'enfant et, comme détaillé dans la partie 2.2.2.2 de mon apport théorique, les pleurs d'un enfant sont des signaux permettant de faire venir ses parents à lui, si cette approche n'est pas réalisée, l'enfant peut se sentir en insécurité.

Il vient d'être dit que les IADE solliciteraient la présence des parents en SSPI, mais que pensent-ils de cette présence ? Il ressort de l'analyse, que les quatre infirmiers sont favorables à cette démarche, à partir du moment où elle est « bien cadrée » et, qu'elle « *n'envenime pas la situation* ». Par ailleurs, trois de ces soignants, pensent que cette présence parentale influence positivement leur rôle propre, en leur permettant de se « décharger » de la surveillance physique de l'enfant. Par contre, l'infirmier peut être accaparé par des parents « *envahissants* » ou « *impressionnés* », augmentant à ce moment leur charge de travail.

Je pense, en tant que soignant, qu'il faut d'une part, assurer une préparation psychologique des parents avant leur entrée en SSPI, en précisant l'état de santé de leur enfant et en indiquant les appareillages mis en place, et d'autre part poser des limites aux parents afin de respecter le calme et le sommeil des autres enfants.

Le croisement des données, recueillies lors de mes entretiens, avec les apports théoriques de mon cadre conceptuel a été réalisé, mais une question de mon guide d'entretien n'a pas été étudiée, elle s'intitule « Avez-vous des choses à ajouter ? ». Je n'ai pas souhaité l'explorer parce que seulement deux IADE y ont répondu et que l'une d'entre-elles précisait une de ses réponses, par contre, cette discussion me permet de m'intéresser à la réponse de Mme la Magicienne.

Lors de mes recherches documentaires, j'ai trouvé un article « *Les troubles du comportement de l'enfant en postopératoire : peut-on les éviter ?* »<sup>67</sup>, je le cite régulièrement dans mon cadre conceptuel, car, de nombreux points présents dans mes apports théoriques y sont développés.

Ces auteurs parlent de l'hypno-sédation, ceci n'avait pas attiré mon attention jusqu'à ce que je réalise l'entretien de Mme la Magicienne, durant celui-ci, j'ai pris conscience que l'hypnose pouvait aussi être un moyen d'assurer un réveil en douceur de l'enfant, « En

---

<sup>66</sup> LUCAS-POLOMENI, MM., CALIPEL, S., WODEY, E., IBID – p.499-500.

<sup>67</sup> LUCAS-POLOMENI, MM., CALIPEL, S., WODEY, E., IBID.

postopératoire, l'augmentation des troubles du comportement était rapportée chez 65 % des enfants ayant eu une AG versus 18 % des enfants ayant bénéficié d'une hypnosédation [...]. Pour 82 % des enfants du groupe « chirurgie sous hypno-sédation » certaines manifestations d'anxiété existantes en préopératoire étaient notées comme moins importantes en postopératoire d'après les parents. La chirurgie sous hypno-sédation permet donc de réduire l'apparition des TCPO en comparaison à une anesthésie générale classique. »<sup>68</sup>

« La technique anesthésique « hypnosédation » combine la technique de sédation intraveineuse consciente à celle de l'hypnose, et la chirurgie est réalisée sous anesthésie locale, infiltrée dans le champ opératoire. »<sup>69</sup> Cette technique a de nombreux avantages, dont le principal est l'absence de narcose, élément qui est inquiétant à la fois pour un enfant et pour ses parents. De plus la période post-opératoire est diminuée et les risques post-anesthésiques le sont aussi fortement.

Au regard de cette nouvelle donnée, une hypothèse de travail, pourrait-être :

**« En quoi le rôle infirmier, lors de l'accueil d'un enfant en salle de surveillance post-interventionnelle, peut-il être amélioré lorsqu'il y a association d'hypnosédation et présence des parents ? »**

---

<sup>68</sup> LUCAS-POLOMENI, MM., CALIPEL, S., WODEY, E., IBID – p.513.

<sup>69</sup> KIRSCH, M., JORIS, J., FAYMONVILLE, M-E., *Hypnosédation : une nouvelle technique*, [en ligne], Hypnose et thérapies brèves, n°2.  
<http://www.revue-hypnose-therapies-breves.com/faymonville2.pdf>

## CONCLUSION

Se composent ici les dernières lignes de mon Travail écrit de Fin d'Etudes, cette étape marque l'aboutissement d'une année de recherches, et de trois années de formation.

De cette formation et plus spécifiquement de cet écrit, j'ai appris beaucoup, autant en apport théorique et pratique que sur moi ; mes valeurs, mes points faibles mais aussi mes points forts.

Au début de ce travail, il me paraissait primordial que les parents soient présents auprès de leur enfant hospitalisé et principalement au réveil post-anesthésique, mais je me suis rendu compte au fil de mes recherches que cette présence n'était pas toujours bénéfique.

C'est pour cela, que je retiendrai deux éléments de mon travail :

- d'une part, l'infirmier accueillant des enfants en SSPI se doit de les rassurer, les écouter et les informer, en s'adaptant à leurs âges,
- d'autre part, même si la présence des parents en SSPI est protocolée, celle-ci doit rester à l'appréciation de l'infirmier afin de garantir le confort et le bien-être de l'enfant. Par ailleurs, ce soignant se doit de rassurer les parents sur l'état de santé de leur enfant, tout en expliquant le motif pour lequel ils ne peuvent venir.



## BIBLIOGRAPHIE

### Livre et revues :

- ❖ DE BROCA, A., *Le développement de l'enfant, aspects neuro-psycho-sensoriels*, Editions Masson, 2009.
- ❖ THIBAUT-WANQUET, P., *Les aidants naturel auprès de l'enfant à l'hôpital*, Éditions Masson, 2008.
- ❖ FORMARIER, M., JOVIC, L., *Les concepts en sciences infirmières - ARSI*, Éditions Mallet Conseil, 2009.
- ❖ MANOUKIAN, A., avec la collaboration de MASSEBEUF, A., *La relation soignant-soigné*, Editions Lamarre, 2008.
- ❖ CARPENTIER, J-P., *Nouveaux cahiers de l'infirmière : Urgence/Réanimation, Transfusion sanguine*, Editions Masson, septembre 2005.
- ❖ EVRAT, L., DUGRAVIER, R., BEKHECHI, V., DUBOIS DE BODINAT, L., *L'attachement : approche clinique*, Editions Masson, 2010.
- ❖ ROBERTSON, J., *Jeunes enfants à l'hôpital*, Editions Le Centurion, 1977.
- ❖ PILLET, F., *Favoriser le lien parents-enfants en maternité en en néonatalogie*, Soins pédiatrie-puériculture n°234, août 2007, p.30-31.
- ❖ GERVAISE, S., *Présence des parents dans un service bénéfiques et difficultés*, Soins pédiatrie-puériculture n°224, juin 2005, p.20-22.
- ❖ FEL, M-H., PRETAT, MP., JOHANET, S., *L'anesthésie ambulatoire, un bénéfice pour l'enfant*, Soins pédiatrie-puériculture n° 254, mai-juin 2005, p.25-27.
- ❖ TOURIGNY, J., CHARTRAND, J., *Evaluation d'une visite virtuelle pré-opératoire pour parents et enfants*, Recherche en soins infirmiers n° 96, mars 2009, p.52 -57.
- ❖ GRENIE, B., MORIO, C., LE COINTRE, A., *Au fil du bloc*, Soins pédiatrie-puériculture n°237, août 2007, p.38- 41.
- ❖ BERIEL, P., PONET, M., *Les P.A.P.A en rêve du CHIC*, Hôpitaux MAGazine, janvier 2007, p.92-95.
- ❖ LE GOFF, CB., *L'accueil au bloc opératoire, donner du sens aux soins*, Inter bloc, Tome XXV, n°3, septembre 2006, p.195-198.

## Internet :

❖ Circulaire n° DH/EO3/98/688 du 23 novembre 1998, [en ligne].  
[http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/04/cir\\_11219.pdf](http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_11219.pdf)

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ Dossier documentaire destiné aux professeurs de sciences et techniques médico-sociales *L'hôpital et son histoire*, [en ligne], musée de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Février 2010.

<http://sms-idf.ac-creteil.fr/spip.php?article5>

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ MAURY, M., *Développement affectif du nourrisson : L'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance*, [en ligne], Cours de la Faculté de Médecine de Toulouse 2008.

<http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/08.DEVELOPPEMENTAFFECTIF%283-3.pdf>

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ SAVARD, N., dossier thématique *La Théorie de l'Attachement : Une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance*, [en ligne], ONED, 2010.

<http://oned.gouv.fr/docs/production-interne/rapports/dossierattachement%20oned%202010-%202.pdf>

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ BACRO, F., thèse pour l'obtention de Doctorat, *Spécificité des liens entre l'adaptation socioscolaire, la qualité de l'attachement au père et la qualité de l'attachement à la mère des enfants de 3 à 5 ans*, [en ligne], Université de Nantes, UFR de psychologie, Octobre 2007.

<http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/50/31/20/PDF/TheseFB.pdf>

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ Association Sparadrap, *Enquête : Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires*, [en ligne], Actes du colloque, octobre 2004.

<http://www.sparadrap.org/content/download/3523/32612/version/2/file/actes+colloques+web+D19.pdf>

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/diazanalgesie-1457/definition.html>

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ GODET, S., *L'IADE en SSPI une plus value*, [en ligne], mémoire de fin d'étude, école d'infirmier(e) anesthésiste, IRF Reims, 2009.

[http://ecoleiadereims.blog.free.fr/public/Sandrine\\_GODET.pdf](http://ecoleiadereims.blog.free.fr/public/Sandrine_GODET.pdf)

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ Légifrance, *Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994, article D.712- 45 du Code de la Santé Publique*, [en ligne].

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549818&fastPos=1&fastReqId=1543433413&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ ECOFFEY, C., JOLY, A., *Réveil chez l'enfant*, [en ligne], SAR 2, CHU Pontchaillou, Rennes, 1997.

[http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca97/html/ca97\\_006/97\\_06.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca97/html/ca97_006/97_06.htm)

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ PETER, J.-D., *La surveillance du réveil post-anesthésique*, [en ligne], Faculté de Médecine de Strasbourg, 2003.

<http://udsmed.u-strasbg.fr/emed/courses/MODULE06/document/Anesth%20E9sie/PeterSalleSurv Post.pdf?cidReq=MODULE06>

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ <http://www.vidal.fr/Medicament/sevorane-15032.htm>

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ BOUTY, C., BORDES-DEMOLIS, M., *Particularités du réveil en pédiatrie*, [en ligne], SAR 4, Bordeaux.

[http://www.reanesth.org/reanesth/02formcont/jarcas/2008/jarca\\_2008/articles/iade/01\\_bouty.pdf](http://www.reanesth.org/reanesth/02formcont/jarcas/2008/jarca_2008/articles/iade/01_bouty.pdf)

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ LUCAS-POLOMENI, MM., CALIPEL, S., WODEY, E., *Les troubles du comportement de l'enfant en postopératoire : peut-on les éviter*, [en ligne], MAPAR 2005, CHU Pontchaillou Rennes.

<http://www.mapar.org/article/pdf/572/Les%20troubles%20du%20comportement%20de%20l%20E2%80%99enfant%20en%20postop%20C3%A9ratoire%20A0:%20peut-on%20les%20C3%A9viter%20A0?.pdf>

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ « Induction inhalatoire au sévoflurane : Quelques règles de bonnes pratiques pour les infirmier(e)s anesthésistes »

<http://www.adiam.fr/adiam%20iade.pdf>

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ KIRSCH, M., JORIS, J., FAYMONVILLE, M-E., *Hypnosédation : une nouvelle technique*, [en ligne], Hypnose et thérapies brèves, n°2.

<http://www.revue-hypnose-therapies-breves.com/faymonville2.pdf>

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ COHEN-SALMON, D., *Deux médecins d'enfants, retour de Stockholm*, [en ligne], Spirale-Revue de Recherches en Éducation- n°33. 2005.  
<http://www.cairn.info/revue-spirale-2005-1-page-118.htm>

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ RAPOPORT, D., *Témoignages historique : sur les chemins de la bien-traitance, la place des parents à l'hôpital*, [en ligne], colloque *Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires ?* association Sparadrap en octobre 2005.  
<http://www.sparadrap.org/content/download/3523/32612/version/2/file/actes+colloques+web+D19.pdf>

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ Encyclopédie Larousse.  
<http://www.larousse.fr/>

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ [http://genealogie.lelong.pagesperso-orange.fr/genealogie/m\\_103.htm](http://genealogie.lelong.pagesperso-orange.fr/genealogie/m_103.htm)

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ [http://infodoc.inserm.fr/histoire/Histoire.nsf/%28\\$All%29/774F6E4D4749A560C12576700028F6D9?OpenDocument](http://infodoc.inserm.fr/histoire/Histoire.nsf/%28$All%29/774F6E4D4749A560C12576700028F6D9?OpenDocument)

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

❖ <http://www.librairiedialogues.fr/personne/michel-soule/86369/>

**Dernière consultation du site le 12/08/2011.**

## **Cours :**

❖ CHAPRON-MORILLON, M., Cours *le développement de la personnalité*, IFSI de Saint-Malo 2008 -2009.

❖ GUILLOU, D., Cours sur *Les aidants naturels*, Mai 2011, IFSI de Saint-Malo.

## SOMMAIRE DES ANNEXES

<b>Annexe I :</b> L'évolution de la prise en soin de l'enfant de Spitz à la mise en place du congé de paternité. NB : La législation citée dans cette annexe est à la suite de celle-ci par ordre chronologique. La circulaire 83-24 du 1 <sup>er</sup> août 1983 La Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé La Convention Internationale des Droits de l'Enfant La circulaire n° DH/EO/98/688 du 23 novembre 1983 Le congé de présence parentale La loi du 4 mars 2002 Le congé de paternité	<b>page I</b> <b>page V</b> <b>page XIII</b> <b>page XVI</b> <b>page XVII</b> <b>page XVIII</b> <b>page XX</b> <b>page XXII</b>
<b>Annexe II :</b> Les professionnels de l'enfance cités	<b>page XXIII</b>
<b>Annexe III :</b> Résultats de l'enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital (Extrait)	<b>page XXV</b>
<b>Annexe IV :</b> De la salle de réveil à la salle de surveillance post-interventionnelle Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994	<b>page XXIX</b> <b>page XXX</b>
<b>Annexe V :</b> Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, relatif à la profession d'infirmier.	<b>page XXXV</b>
<b>Annexe VI :</b> Le rôle spécifique de l'infirmier en salle de surveillance post-interventionnelle	<b>page XXXIX</b>
<b>Annexe VII :</b> Le réveil post-anesthésique	<b>page XL</b>
<b>Annexe VIII :</b> Évaluation de l'anxiété préopératoire : score de YALE	<b>page XLI</b>
<b>Annexe IX :</b> Manifestations des troubles du comportement post-opératoire et évaluation	<b>page XLII</b>
<b>Annexe X :</b> Demande de réalisation d'entretiens à l'attention des Directions des Soins, et des Cadres de santé d'anesthésie.	<b>page XLIV</b>
<b>Annexe XI :</b> Tableau d'analyse de l'objectif n°2, « Connaître la place accordée aux parents auprès de leur enfant en salle de surveillance post-interventionnelle ».	<b>page XLV</b>

**Annexe XII :**

**page XLVII**

Tableau d'analyse de l'objectif n°3, « Connaître l'avis des professionnels vis-à-vis de la présence des parents auprès de leur enfant en salle de surveillance post-interventionnelle».

**Annexe XIII :**

**page XLIX**

Tableau d'analyse de l'objectif n°4, « Savoir quels événements pourraient amener à solliciter la présence des parents en salle de surveillance post-interventionnelle».

## ANNEXE I

### L'évolution de la prise en soin de l'enfant de Spitz à la mise en place du congé de paternité

Pendant de nombreuses années, les parents n'avaient pas leur place à l'hôpital, soit leurs visites étaient limitées à une heure par jour, soit elles n'étaient pas autorisées. Pourquoi ? Des réponses sont émises dans certains articles, comme le fait que « les visites parentales énerveraient les enfants et perturberaient l'équipe médicale »<sup>1</sup>, quelques lignes plus loin il est dit « Le milieu médical dans sa majorité pense aussi que ce ne sont pas les enfants qui ont besoin de visites, mais les mères, exagérément anxieuses. »<sup>2</sup>, pour palier à cette séparation « le corps soignant proposait aux mères de jeter un rapide coup d'œil à leur enfant endormi et de rencontrer l'équipe médicale »<sup>3</sup>.

A partir de la Seconde Guerre Mondiale, des travaux initiés par Spitz<sup>4</sup> en Autriche, Bowlby et Winnicott aux États-Unis, Anna Freud, les époux Robertson en Grande Bretagne, poursuivis et relayés en France, entre autre, par Françoise Dolto, Serge Lebovici, Michel Soulé, Mélanie Klein et Ginette Raimbaud, mettent en évidence les souffrances vécues par l'enfant même très jeune lorsqu'il est séparé de sa mère et de son environnement familial.

« En 1938, René Spitz, psychiatre et psychanalyste, observe les orphelinats où ont été placés de nombreux enfants pendant la guerre. Il constate que, lorsque l'image maternelle a pu être remplacée par une autre personne qui a assuré des soins de maternage attentifs, l'enfant peut avoir un développement normal. Or, quand ce n'est pas le cas, l'enfant se retire très rapidement du monde et n'est plus capable de se développer. »<sup>5</sup> C'est à ce moment là qu'il définit les termes d'hospitalisme<sup>6</sup> et de dépression anaclitique.

« Dès 1940, Bowlby a l'intuition que ces hospitalisations prolongées sans visites des parents augmentent le risque d'évolution vers les troubles antisociaux. »<sup>7</sup>

En 1950, l'Organisation des Nations Unies demande à John Bowlby, en sa qualité de pédopsychiatre d'être consultant sur les questions de santé mentale des enfants sans foyer. A partir de la synthèse de l'ensemble des travaux déjà réalisés par ses prédécesseurs, il émet ce principe : « ce que l'on considère essentiel pour la santé mentale, c'est que le nourrisson, puis le jeune enfant, ait une relation chaleureuse intime

<sup>1</sup> EVRAT, L., DUGRAVIER, R., BEKHECHI, V., DUBOIS DE BODINAT, L., *L'attachement : approche clinique*, Editions Masson, 2010, p.17.

<sup>2</sup> EVRAT, L., DUGRAVIER, R., BEKHECHI, V., DUBOIS DE BODINAT, L., IBID – p.17.

<sup>3</sup> EVRAT, L., DUGRAVIER, R., BEKHECHI, V., DUBOIS DE BODINAT, L., IBID – p.17.

<sup>4</sup> Cf. Annexe II : Les professionnels de l'enfance cités.

<sup>5</sup> THIBAUT-WANQUET, P., IBID – p.9.

<sup>6</sup> L'hospitalisme est l' «ensemble des troubles physiques dus à une carence affective par privation de la mère survenant chez les jeunes enfants placés en institution dans les six premiers mois de vie ».

THIBAUT-WANQUET, P., IBID – p.10.

<sup>7</sup> EVRAT, L., DUGRAVIER, R., BEKHECHI, V., DUBOIS DE BODINAT, L., IBID – p.17.

et continue avec sa mère (ou un substitut maternel stable), source tous deux de satisfaction et de joie ».

En 1952, James Robertson, travailleur social en psychiatrie et psychanalyste, présente en Grande-Bretagne le film *Un enfant de 2 ans va à l'hôpital*. Ce document met en évidence les conséquences psychologiques graves et souvent définitives que peut entraîner un séjour à l'hôpital pour un jeune enfant lorsqu'il est totalement séparé de sa mère.

En 1954, l'Organisation Mondiale de la Santé, alertée par les ravages de l'hospitalisme organise à Stockholm, un séminaire sur « L'enfant à l'Hôpital ». Le compte-rendu fait par le Professeur Marcel Lelong et le Docteur Serge Lebovici, intitulé « *Problèmes psychologiques et psychopathologiques posés par l'enfant à l'hôpital* », sera publié dans la revue « Archives de pédiatrie ». <sup>8</sup> « Ce texte demeure actuel parce qu'on y trouve déjà les principes qui guideront, à partir des années 1970, l'humanisation des soins en pédiatrie. Il est même en avance quand il cite un membre de la délégation Britannique, résumant ainsi une philosophie de l'accueil : « Toute l'atmosphère des services de pédiatrie doit être thérapeutique » <sup>9</sup>.

En 1958, James Robertson publie la première version de son ouvrage *Jeunes enfants à l'hôpital*. A partir de ce moment, il est recommandé d'hospitaliser l'enfant de moins de 4 ans avec sa mère.

En 1959, John Bowlby élabore sa théorie de l'attachement.

Donald Woods Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais, est le premier à introduire les concepts important et novateurs de « mère suffisamment bonne », « d'objet et d'espace transitionnels », de « holding et handling », termes utilisés pour décrire la manière de porter ou de manipuler le nouveau-né.

En Mai 1968, « Face aux nécessités engendrées par une longue grève vidant peu à peu les services d'un personnel déjà insuffisant, les parents y ont fait alors une entrée parfois intempestive mais au soulagement de tous, comme dans bien d'autres institutions, en particulier les crèches » <sup>10</sup>.

En 1973, 8 chambres « mère-enfant » sont créées à l'hôpital Trousseau <sup>11</sup>.

---

<sup>8</sup> COHEN-SALMON, D., *Deux médecins d'enfants, retour de Stockholm* [en ligne], Spirale-Revue de Recherches en Éducation- n°33. 2005, p.119.

<http://www.cairn.info/revue-spirale-2005-1-page-118.htm>

<sup>9</sup> COHEN-SALMON, D., IBID – p.119.

<http://www.cairn.info/revue-spirale-2005-1-page-118.htm>

<sup>10</sup> RAPOPORT, D., *Témoignages historique : sur les chemins de la bien-traitance, la place des parents à l'hôpital* [en ligne], colloque *Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires ?* association Sparadrap en octobre 2005, p.12.

<http://www.sparadrap.org/content/download/3523/32612/version/2/file/actes+colloques+web+D19.pdf>

<sup>11</sup> RAPOPORT, D., IBID p.15.



« Dès 1974, un décret du 14 janvier relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et hôpitaux locaux permet expressément la présence d'un accompagnant auprès d'un malade de moins de 15 ans en dehors des heures de visites »<sup>12</sup>

« En fait, l'hospitalisation de l'enfant avec sa mère, sous ses aspects positifs comme négatifs, devenait au début des années quatre-vingt révélatrice de toutes les transformations indispensables à l'hospitalisation habituelle. La reconnaissance des parents comme seul garant du « sentiment continu d'exister de l'enfant », en référence à l'enseignement de Winnicott, et comme son porte-parole privilégié, allait constituer une des recommandations majeures de la Circulaire interministérielle (n° 83-24) du 1er août 1983 »<sup>13</sup>.

Le 1<sup>er</sup> Aout 1983, la circulaire ministérielle n°83-24 relative à l'hospitalisation des enfants est mise en application.

En 1988, rédaction de la « Charte européenne de l'enfant hospitalisé » (UNESCO).

Par la suite, est rédigée la « Convention Internationale des Droits de l'Enfant » en 1989. « Ce texte est adopté par les Nations unies en 1989 et ratifié par la France en 1990. Il a vu le jour à la suite de l'évolution de la conception de la notion d'enfance tant sur le plan éducatif que sociologique. »<sup>14</sup>

En 1998, pour renforcer la circulaire de 1983, une nouvelle circulaire est mise en place, la circulaire n° DH/EO/98/688, relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie. Elle complète les dispositions de la circulaire n°83-24 du 1<sup>er</sup> Août 1983, en laissant la possibilité pour « la mère, le père ou tout autre personne qui s'occupe habituellement de l'enfant doit pouvoir accéder au service de pédiatrie quelque soit l'heure et rester auprès de son enfant aussi longtemps que ce dernier le souhaite, y compris la nuit ».

Après que les visites des parents aient été légiférées, il se posait le problème, pour les parents, de pouvoir rendre visite à leur enfant sans que ce temps de visite n'empiète sur leur emploi, c'est pour cela que le législateur à créé en 2001 le congé de présence parentale. Ce congé permet aux parents, à la mère et au père, salariés de la fonction publique ou d'une entreprise privée, de bénéficier d'un congé pour s'occuper de son enfant malade, handicapé ou accidenté.<sup>15</sup>

Le 4 mars 2002, la loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, est mise en application.

---

<sup>12</sup> THIBAUT-WANQUET, P., IBID - p.40.

<sup>13</sup> RAPOPORT, D., IBID p.16.

<sup>14</sup> THIBAUT-WANQUET, P., IBID – p.39.

<sup>15</sup> THIBAUT-WANQUET, P., IBID – p.44.

En 2002, le congé de paternité est mis en place, « Afin de favoriser le développement du rôle du père dès la naissance de son enfant, le législateur a également prévu l'augmentation du nombre de jours de congé autour de la naissance. Ceci doit permettre au père d'être plus présent dès le séjour à la maternité et de s'investir autant qu'il le souhaite dans les soins à procurer au nourrisson. »<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> THIBAUT-WANQUET, P., IBID - p.44.

**Circulaire n° 83-24 du 1<sup>er</sup> août 1983**  
Relative à l'hospitalisation des enfants

## INTRODUCTION

En dehors des aspects purement médicaux, l'hospitalisation des enfants soulève des problèmes délicats d'ordre psychologique et affectif.

De nombreux travaux scientifiques menés depuis une trentaine d'années ont éclairé cette question). On sait aujourd'hui qu'un enfant ne peut se développer normalement que dans un climat de continuité et de sécurité affectives. Il a besoin pour cela de maintenir une relation personnelle étroite, à la fois précoce et ininterrompue, avec quelques personnes proches : sa mère (ou son père, ou une autre personne qui s'occupe de lui) et, progressivement, son entourage immédiat. C'est seulement à cette condition qu'il peut ressentir la tranquillité et la confiance indispensables pour structurer sa personnalité et faire face aux événements de la vie.

Une relation mal engagée avec la mère après la naissance ou, par la suite, une séparation brutale avec le milieu habituel de vie entraîne toujours des effets néfastes. Dans l'immédiat, elle est vécue douloureusement par l'enfant ; à moyen et long terme, elle peut avoir un retentissement profond sur son équilibre. Elle risque de perturber ses relations ultérieures avec sa famille. Dans les cas les plus graves, elle peut même déclencher un processus d'intolérance réciproque aboutissant à des mauvais traitements.

Ces données de base de la psychologie infantile montrent que toute hospitalisation comporte inévitablement un danger pour la personnalité de l'enfant. Celui-ci ressent en effet l'hôpital comme un monde étranger potentiellement hostile. Comme l'adulte, il éprouve ou redoute la souffrance physique, d'autant plus qu'il n'en comprend pas la raison. Mais, en outre, il craint de perdre la protection de ceux qui l'aiment et dont il a encore plus besoin dans cette période de peur et de douleur.

Les risques de détresse et de traumatisme sont particulièrement élevés :

- quand l'enfant est jeune : le temps lui paraît démesurément long et il peut très vite se croire abandonné ; s'il ne sait pas parler, il ne peut ni poser des questions ni exprimer son angoisse ;
- si l'hospitalisation a eu lieu en urgence ou dans des circonstances perturbantes (par exemple à l'occasion de difficultés familiales) ;
- si elle s'accompagne d'un diagnostic grave ou de soins douloureux ; si l'enfant ne bénéficie pas dans sa propre famille, de conditions affectives satisfaisantes ;
- ou, si, étant étranger, il ne peut communiquer en français.

De nombreux établissements hospitaliers, conscients de ces phénomènes, s'efforcent déjà d'en limiter les effets. Ils ont modifié pour cela l'organisation ou le fonctionnement de leurs services de pédiatrie, de maternité, d'urgence ou de réanimation. Nous tenons à rendre hommage à leurs réalisations. Le moment nous paraît venu de les étendre, pour en faire une politique globale qui prenne en compte systématiquement les besoins psychologiques des enfants.

En vous recommandant les mesures ci-dessous, nous n'ignorons pas vos difficultés quotidiennes, ni les moyens parfois limités dont vous disposez. Toutefois, si certaines de ces mesures peuvent demander quelques moyens particuliers, la plupart sont d'abord affaire d'état d'esprit. Elles supposent avant tout une sensibilisation de chacun et la volonté de modifier certaines façons de faire traditionnelles. C'est pourquoi elles ont pu être introduites avec succès dans de nombreux services aux situations très diverses.

Leur application ne peut, bien entendu, ignorer les impératifs des traitements et de la sécurité ; ceux-ci doivent cependant être évalués à leur juste importance, dans le contexte plus large du bien-être physique et mental des enfants.

En tout état de cause, ces orientations font largement appel à l'esprit d'initiative de tous les personnels, sous l'autorité des responsables administratifs, médicaux et paramédicaux de l'hôpital.

## **1 – ÉVITER LES HOSPITALISATIONS NON STRICTEMENT NÉCESSAIRES**

a) De nombreux examens préliminaires ou de contrôle peuvent avantageusement être pratiqués dans le cadre des *consultations externes*, sans admettre ou maintenir l'enfant à l'hôpital.

b) Chaque fois que la nature du traitement le permet, il est préférable de maintenir l'enfant chez lui ou de le faire rentrer rapidement en utilisant des services *d'hospitalisation à domicile*. Vous vous efforcerez de tels services, au besoin par un redéploiement de certains moyens existants.

c) La création ou le développement de *l'hospitalisation de jour ou de nuit*, en accord avec les organismes de sécurité sociale, devrait également remplacer l'hospitalisation classique chaque fois que possible. Les indications médicales ou même chirurgicales permettant de prendre en charge les enfants exclusivement pendant la journée se développent d'ailleurs actuellement. L'hospitalisation de jour peut aussi préparer ou prolonger une hospitalisation complète. Elle nécessite cependant un environnement familial averti et disponible, ainsi qu'une liaison bien établie avec le médecin traitant ou éventuellement le service de P. M. I.

d) Quand une hospitalisation complète semble nécessaire, sa *durée* doit être *réduite au minimum*. Certes, il ne convient pas de concentrer sur une trop courte période trop d'actes fatigants ou douloureux pour l'enfant, mais il faut éviter tout temps mort

médicalement injustifié. Dès lors que le traitement ou la surveillance peut être poursuivi par l'entourage de l'enfant, ce dernier doit retourner à son domicile, quitte à être revu plus souvent lors de consultations de contrôle chez le médecin traitant ou à l'hôpital.

e) Vous vous efforcez d'éviter les "*hospitalisations sociales*", c'est-à-dire l'entrée ou le maintien à l'hôpital d'un enfant sans raison médicale réellement contraignante. Les accueils d'enfants sans raison médicale peuvent, dans la plupart des cas, être évités, ou du moins abrégés, par des aides diverses à leurs familles. Quand un accueil s'avère indispensable, il vaut mieux recourir à un placement familial ou à un autre mode d'accueil temporaire proche du domicile.

Les assistantes sociales de vos services ont un rôle essentiel à jouer à cet égard, en coopération systématique avec le médecin traitant, les services sociaux de secteur et les équipes départementales de P. M. I. et d'aide sociale à l'enfance.

f) Les *placements sanitaires* qui exilent de jeunes enfants pendant des semaines, voire des mois, loin de leur famille peuvent provoquer des ravages psychologiques et affectifs. Ces risques sont souvent sans commune mesure avec le bénéfice attendu sur le plan physique. Aucun placement ne devrait donc être décidé sans une réflexion concertée entre le médecin, le service social hospitalier et, si possible, l'équipe médico-sociale du secteur concerné. Cette réflexion permettra d'envisager les alternatives possibles ou les mesures d'accompagnement à prévoir.

## **2 – PRÉPARER L'ADMISSION**

En dehors des admissions en urgence, l'hospitalisation devra être préparée de façon à réduire l'anxiété de l'enfant et de sa famille.

Cela implique qu'un membre de l'équipe médicale et soignante explique à l'avance à l'enfant et à ses parents : la raison de l'hospitalisation, sa durée très approximative (si possible et avec prudence), la nature des examens ou des soins qui seront entrepris. De telles explications, données en termes simples, permettront à l'enfant de se préparer psychologiquement à ce qui l'attend ; elles faciliteront ainsi les soins ultérieurs.

Les parents doivent recevoir à cette occasion les renseignements pratiques dont ils ont besoin (nom du service et du médecin responsable, heures des repas, etc...). Ils seront également informés de ce qu'ils peuvent faire, de leur côté, pour préparer et faciliter le bon déroulement de l'hospitalisation. Les informations orales qui leur seront données seront rappelées dans un ou deux documents succincts, rédigés dans un style familier. Nous vous adressons séparément, à ce sujet, un dépliant qui pourra vous être utile.

## **3 – ACCUEILLIR L'ENFANT ET SES PARENTS À L'ADMISSION**

a) Le passage par un service d'urgence est souvent le premier contact avec l'hôpital ; fréquemment, l'enfant et ses parents le vivent très mal. Vous vous efforcerez donc d'améliorer l'accueil des enfants dans ce service. Dans toute la mesure du possible

seront organisées des urgences autonomes de pédiatrie avec la présence, aux heures ouvrables, de personnels médicaux qualifiés.

b) Les formalités administratives ou autres ne doivent évidemment jamais prendre le pas sur l'accueil de l'enfant et de ses parents. Cet accueil doit être aussi chaleureux et personnalisé que possible.

➤ Rien ne vaut la présence d'un proche au moment de l'admission. Il est donc très important d'aider un membre de la famille à demeurer avec l'enfant pendant ses premières heures à l'hôpital. Cette personne devrait, dans toute la mesure du possible, être présente quand il s'endort le premier soir.

➤ La présence rassurante d'un objet privilégié (animal en peluche, poupée, linge, couverture...) est indispensable pour le jeune enfant hospitalisé. Il faut donc toujours demander à sa famille, lors de la consultation préalable ou de l'admission, de lui remettre l'objet auquel il est attaché. Il est également préférable que l'enfant conserve ses vêtements qui sont un lien de plus avec son univers familial. Ces principes ne s'opposent pas, bien entendu, aux précautions d'hygiène (décontamination) qui pourraient s'avérer nécessaires.

➤ Les parents seront consultés sur les habitudes et les aversions de l'enfant (alimentaires ou autres) et sur son vocabulaire particulier (pour aller aux toilettes, désigner son objet familial, etc...). Ces indications seront portées sur le dossier de soins pour que tous les membres de l'équipe puissent en avoir connaissance.

Enfin, chaque fois que des soins ne sont pas prodigués immédiatement à l'enfant, il faut éviter de le mettre au lit. Il doit avoir la liberté de jouer et de renouer avec ses activités habituelles.

#### **4 – ADMETTRE L'ENFANT AVEC UN DE SES PARENTS**

L'admission conjointe "mère ou père/enfant" est à développer. Elle permet à la mère ou au père de rester auprès de leur enfant, sinon jusqu'à sa sortie, du moins le temps de son adaptation. Cette admission conjointe doit être possible quelle que soit la nature de la maladie, et non pas seulement dans les cas les plus graves. L'angoisse de l'enfant ne dépend, en effet, pas nécessairement de la gravité objective de son état. Le séjour du père ou de la mère sera évidemment organisé en collaboration étroite avec l'équipe médicale et soignante.

Si les parents ont d'autres enfants à la maison, ils ne pourront peut-être recourir à l'admission conjointe sans une aide extérieure (mode de garde ou aide ménagère). Il vous appartient d'éclairer les parents à ce sujet et de les aider au besoin à prendre contact avec les équipes compétentes. Ici encore, une coopération constante entre le service social hospitalier et les services sociaux de secteur s'impose.

Pour faciliter l'admission conjointe parent/enfant, nous vous demandons de prévoir l'existence de chambres conçues à cette fin à l'occasion de toute construction ou rénovation.

Toutefois, dès à présent, et dans presque tous les cas, il suffit d'aménagements peu coûteux (lits pliants par exemple) pour permettre la présence d'un des parents. A défaut de chambres mixtes, quelques chambres d'accueil d'un parent peuvent être installées à proximité de certaines unités (réanimation par exemple) pour permettre le maintien d'une relation, même discontinuée, ou seulement visuelle, à travers une vitre.

Enfin, il n'est souhaitable ni pour l'enfant, ni pour le personnel, ni pour le parent que ce dernier soit contraint de rester toute la journée dans la chambre ou dans les couloirs voisins. Il est donc important de prévoir, à proximité des services intéressés, une pièce où les membres de la famille accueillis temporairement puissent se reposer ou échapper à la tension qu'ils peuvent ressentir.

## **5 – FAIRE PARTICIPER LES PARENTS**

La technicité des soins médicaux ou infirmiers, les problèmes de sécurité et de responsabilité interdisent le plus souvent de confier ces soins aux parents. En revanche, ces derniers peuvent souvent se charger, auprès de leur enfant, des soins de la vie quotidienne : le nourrir, le changer, faire sa toilette, aller lui chercher quelque chose, l'accompagner, le calmer... Les agents sont ainsi libérés pour des tâches plus techniques ou pour mieux soigner des enfants dont les parents ne sont pas là. En outre, mieux vaut une mère occupée auprès de son enfant qu'une mère inactive, anxieuse, qui harcèle le personnel.

Il est important qu'un proche de l'enfant l'accompagne s'il est transféré dans un autre service, comme s'il s'agissait d'une nouvelle admission. Sa présence est encore plus nécessaire aux moments les plus angoissants d'une hospitalisation : quand l'enfant s'endort puis se réveille à l'occasion d'une opération.

Les parents doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers s'ils le souhaitent et si, à l'expérience, leur présence ou leur comportement ne s'avère pas gênant. Cette intégration partielle à la vie du service leur permet en effet de s'initier aux gestes qu'ils auront à accomplir après la sortie de l'enfant (suivi d'un régime, pansements, etc...). La durée de l'hospitalisation peut ainsi s'en trouver réduite.

## **6 – ADAPTER LES SOINS ET LES CONDITIONS DE TRAITEMENT À L'ÂGE DE L'ENFANT ET L'Y PRÉPARER**

Tout acte pratiqué pour la première fois, surtout s'il peut provoquer douleur ou crainte chez l'enfant, doit lui être expliqué à l'avance en fonction de ses possibilités de compréhension.

Plus encore que l'adulte, l'enfant a besoin d'être considéré et soigné globalement, comme une personne, plutôt que de subir une série d'interventions purement techniques

et isolées. Il est donc très souhaitable qu'il puisse entretenir une relation continue, privilégiée, avec un membre de l'équipe médicale et soignante tout au long de son séjour à l'hôpital. C'est particulièrement vrai s'il doit avoir affaire à plusieurs services ou si sa famille ne paraît pas lui apporter pendant son hospitalisation un soutien affectif suffisant.

Plus encore qu'avec les adultes, les membres de l'équipe doivent faire preuve d'un tact et d'une discrétion extrêmes lorsqu'ils parlent entre eux d'un enfant, que ce soit de son état ou de sa famille. Les enfants, même très jeunes, comprennent bien plus qu'on ne le pense ; à l'inverse, ils peuvent mal interpréter des propos d'adultes. Dans les deux cas, des paroles inconsidérées peuvent avoir un retentissement désastreux.

## **7 – AMÉLIORER LES CONDITIONS DE SÉJOUR**

a) Certains enfants relèvent de traitements spécialisés non pédiatriques : chirurgie, O. R. L., etc... Nous souhaitons que, s'ils ne sont pas rattachés au service de pédiatrie, ils soient du moins rassemblés dans un secteur où ils bénéficient d'un personnel et d'un environnement adaptés. En aucun cas, évidemment, ils ne devront partager la chambre d'un adulte. Il va de soi également qu'il faut leur éviter la proximité de malades dont l'état ou le comportement pourrait accroître leur propre anxiété.

b) Les enfants ressentent fortement la rupture avec leur cadre de vie habituel et les contraintes imposées par l'hospitalisation. Il importe donc d'aménager les services d'enfants pour que ceux-ci puissent y poursuivre leurs activités quotidiennes. Salles de jeux, salles à manger, bibliothèques, possibilités de sortir dans un jardin ou une cour sont des aménagements peu coûteux qu'il faut développer.

c) Dans les services de pédiatrie, l'action d'éducateurs de jeunes enfants ou d'animateurs qualifiés ne doit pas être considérée comme un luxe mais comme une partie intégrante du traitement. Nous souhaitons vivement que vous vous assuriez le concours de tels personnels, dans toute la mesure compatible avec le budget de l'établissement. Il est aussi possible, dans certains cas, d'avoir recours à des bénévoles, sélectionnés dans le cadre d'une association. Les interventions de ces derniers doivent néanmoins s'inscrire dans le cadre d'une mission bien définie et être bien suivies. Les activités de distraction qui seront proposées aux enfants doivent faire l'objet de *programmes organisés* sur lesquels les enfants puissent normalement compter.

d) Le maintien des liens avec l'école constitue pour tous les enfants d'âge préscolaire et scolaire un objectif essentiel. Il vous appartient de rechercher avec les responsables locaux de l'éducation nationale des formules adaptées. Vous pourrez aussi, au besoin, faire appel à des enseignants détachés, ou à des membres d'associations spécialisées, pour faire assurer aux enfants les cours ou le soutien scolaire nécessaires.

e) La présence de psychologues disposant d'un temps d'intervention suffisant est toujours précieuse pour les services qui reçoivent des enfants. Elle permet de mieux apprécier les besoins psychologiques. Elle permet également, dans les rencontres avec les familles et les réunions entre les diverses catégories de personnels, de favoriser



l'expression des difficultés, y compris celles qui sont liées à la nature de la pathologie (cancers, maladies invalidantes...). Nous souhaitons, là aussi, que vous preniez ce besoin en compte dans la composition de vos effectifs.

f) Les établissements qui reçoivent un grand nombre d'étrangers non francophones ont évidemment le plus grand intérêt à s'assurer la collaboration d'interprètes. C'est sans doute l'un des domaines dans lesquels des bénévoles peuvent rendre les plus grands services.

g) Il n'est guère besoin, enfin, d'insister sur le rôle capital des assistantes sociales hospitalières. Elles informent et orientent les familles pour les questions administratives, financières et sociales. Elles peuvent éclairer l'équipe médicale et soignante sur le contexte familial et social de l'hospitalisation. Elles facilitent une collaboration permanente entre les équipes hospitalières et de multiples services ou établissements extérieurs.

## **8 - DÉVELOPPER LES VISITES**

a) Nous souhaitons que le régime des visites soit défini dans le règlement intérieur de manière très souple. Les parents, amis, frères et sœurs, camarades seront admis, en nombre limité et sous l'autorité de l'équipe responsable, quel que soit leur âge et à toute heure raisonnable, de la journée. Le local évoqué ci-dessus - 4 - ou tout autre similaire facilitera ces visites.

b) En tout état de cause, le père, la mère, ou une autre personne qui s'occupe de l'enfant doit pouvoir rester auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, à condition de ne pas contrarier l'action médicale ni de troubler le repos des autres malades. Le décret du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et hôpitaux locaux permet expressément cette présence d'un accompagnant auprès d'un malade de moins de quinze ans en dehors des heures de visite.

c) Les enfants hospitalisés pour plus de quelques jours doivent être autorisés à retourner périodiquement à leur domicile (pour les fins de semaine par exemple) si le médecin responsable juge que leur état le permet.

## **9 – INFORMER LES PARENTS AU COURS DU SÉJOUR**

S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état. Il convient donc de leur indiquer les jours et heures auxquels ils pourront s'adresser à un médecin responsable, qui sera en mesure de leur donner toutes les informations nécessaires et d'en discuter avec eux.

Ils doivent pouvoir téléphoner dans le service pour prendre des nouvelles, et aussi parler à leur enfant. Sauf urgence, les parents doivent être informés au préalable du transfert de leur enfant dans un autre service pour pouvoir l'accompagner à cette occasion.

## **10 - PRÉPARER LA SORTIE**

Il est souhaitable que, dans tous les cas, un membre de l'équipe prenne le temps de préparer la sortie de l'enfant avec ses parents. Il leur expliquera notamment les réactions psychologiques que l'enfant pourrait éventuellement présenter après son retour à la maison, et la manière d'y faire face (régression, comportement agressif, troubles du sommeil, difficultés scolaires...). Ces réactions seront d'ailleurs d'autant plus limitées que les mesures ci-dessus auront été largement appliquées.

Dans certains cas, la famille ou l'enfant doit bénéficier d'une aide particulière après la sortie (aide financière, travailleuse familiale, mode de garde...). Des réunions ou rencontres régulières entre l'équipe soignante, l'assistante sociale, le psychologue et les personnes extérieures intéressées (PMI, santé scolaire, médecins de ville...) permettront de prévoir les mesures souhaitables.

## **11 – FAVORISER L'INTRODUCTION DE CES MESURES AUPRÈS DE L'ÉQUIPE MÉDICALE ET SOIGNANTE**

Nous avons vu que l'hébergement d'un membre de la famille, sa participation aux soins, le développement des visites, sont indispensables à l'équilibre de l'enfant et éviteront des perturbations ultérieures. Il est vrai cependant qu'ils impliquent des modifications importantes dans les habitudes de travail des équipes hospitalières.

Cette évolution ne se fera dans la réalité quotidienne que si elle est ressentie comme indispensable par tous. Il vous revient donc de favoriser en incitant les équipes à en discuter dans leur réunions de travail, et en ayant recours à des actions de formation spécifiques.

Ces dernières porteront non seulement sur les besoins particuliers des enfants à l'hôpital, mais aussi sur le développement normal de l'enfant et les données psychologiques de base qui sous-tendent la présente circulaire. Vous trouverez en annexe 2 une sélection de livres et de films intéressants à cet égard.

Nous vous recommandons de consacrer à ce thème une fraction de vos crédits de formation permanente. De plus, nous envisageons de le proposer dans le cadre des sessions d'information et de recyclage des personnels médicaux et paramédicaux financées sur les crédits du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale.

## Charte Européenne de l'Enfant Hospitalisé

« Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants. »

(UNESCO)



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



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



On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire.

On informera les parents sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.



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

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

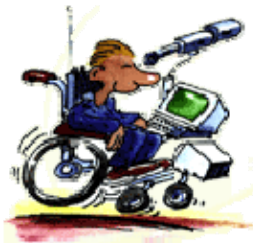


Les enfants et les parents ont le droit d'être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les soins.

On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable.



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.



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



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



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



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

**Convention Internationale des Droits de l'Enfant**  
Organisation des Nations Unies  
20 novembre 1989

**Article 1**

Au sens de la présente convention, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable.

**Circulaire n° DH/EO3/98/688 du 23 novembre 1998**  
Relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie

**MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE**

L'hospitalisation d'un enfant, quel qu'en soit le motif médical, est une source d'angoisse pour lui même et pour sa famille. Il est particulièrement important de limiter cette angoisse et de lui éviter en outre une séparation injustifiée de son entourage immédiat.

La présente instruction a donc pour objet, dans le cadre de l'hospitalisation des enfants, de préciser le régime des visites dans les services de pédiatrie. Elle complète les dispositions de la circulaire n° 83-24 du 1er août 1983 qui restent de pleine application.

**I. Régime des visites dans les services de pédiatrie**

La présente instruction prévoit en sus des dispositions prévues dans la circulaire précitée, qu'en tout état de cause la mère, le père ou toute autre personne qui s'occupe habituellement de l'enfant doit pouvoir accéder au service de pédiatrie quelle que soit l'heure et rester auprès de son enfant aussi longtemps que ce dernier le souhaite, y compris la nuit.

**II. Contraintes liées à l'exercice de ces visites**

La présence du père, de la mère ou de toute autre personne qui s'occupe habituellement de l'enfant ne doit en aucune façon les exposer ni exposer l'enfant à un risque sanitaire, en particulier à des maladies contagieuses.

Il est souhaitable, dans ce cas, qu'un membre de l'équipe médicale explique à ces personnes les raisons empêchant la visite et leur donne la possibilité de prendre des nouvelles de l'enfant en lui téléphonant.

Le personnel soignant doit être particulièrement attentif aux remarques formulées par l'entourage de l'enfant hospitalisé, notamment en ce qui concerne le comportement de l'enfant et toute attitude de sa part qui pourrait traduire une douleur physique.

Enfin, je vous rappelle que le consentement de l'enfant hospitalisé, lorsqu'il peut l'exprimer, doit être recherché pour tous les examens et actes médicaux pratiqués.

# **Le congé de présence parentale**

## **Code du travail**

### **Titre II : Formation et exécution du contrat de travail**

#### **Chapitre V : Maternité, paternité, adoption et éducation des enfants**

##### **Article L1225-62**

Modifié par LOI n°2011-525 du 17 mai 2011 - art. 42

Le salarié dont l'enfant à charge au sens de l'article L. 513-1 du code de la sécurité sociale et remplissant l'une des conditions prévues par l'article L. 512-3 du même code est atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants bénéficie, pour une période déterminée par décret, d'un congé de présence parentale.

Le nombre de jours de congés dont peut bénéficier le salarié au titre du congé de présence parentale est au maximum de trois cent dix jours ouvrés. Aucun de ces jours ne peut être fractionné.

La durée initiale du congé est celle définie dans le certificat médical mentionné à l'article L. 544-2 du code de la sécurité sociale. Cette durée fait l'objet d'un nouvel examen selon une périodicité définie par décret.

Au-delà de la période déterminée au premier alinéa, le salarié peut à nouveau bénéficier d'un congé de présence parentale, en cas de rechute ou de récurrence de la pathologie de l'enfant au titre de laquelle un premier congé a été accordé, dans le respect des dispositions du présent article et des articles L. 1225-63 à L. 1225-65.

##### **Article L1225-63**

Le salarié informe l'employeur de sa volonté de bénéficier du congé de présence parentale au moins quinze jours avant le début du congé. Chaque fois qu'il souhaite prendre un ou plusieurs jours de congé, il en informe l'employeur au moins quarante-huit heures à l'avance.

##### **Article L1225-64**

A l'issue du congé de présence parentale, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

En cas de décès de l'enfant ou de diminution importante des ressources du foyer, le salarié qui a accompli la formalité prévue à l'article L. 1225-52 retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.



### **Article L1225-65**

La durée du congé de présence parentale est prise en compte pour moitié pour la détermination des droits que le salarié tient de son ancienneté.

**Loi n°2002-203 du 4 mars 2002**  
Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

**Titre II : Démocratie sanitaire**

**Chapitre Ier : Droits de la personne**

**Article L1110-6**

Créé par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002

Dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein des établissements de santé.

**Article L1110-7**

Créé par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002

L'évaluation prévue à l'article L. 6113-2 et l'accréditation prévue à l'article L. 6113-3 prennent en compte les mesures prises par les établissements de santé pour assurer le respect des droits des personnes malades et les résultats obtenus à cet égard. Les établissements de santé rendent compte de ces actions et de leurs résultats dans le cadre des transmissions d'informations aux agences régionales de l'hospitalisation prévues au premier alinéa de l'article L. 6113-8.

**Chapitre II : Droits et responsabilités des usagers**

**Article L1111-4**

Modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 11 JORF 5 mars 2002

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où

le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

#### **Article L1111-5**

Modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 11 JORF 5 mars 2002

Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

## **Le congé de paternité**

### **Code du travail**

## **Titre II : Formation et exécution du contrat de travail**

### **Chapitre V : Maternité, paternité, adoption et éducation des enfants**

#### **Article L1225-35**

Après la naissance de son enfant et dans un délai déterminé par décret, le père salarié bénéficie d'un congé de paternité de onze jours consécutifs ou de dix-huit jours consécutifs en cas de naissances multiples.

Le congé de paternité entraîne la suspension du contrat de travail.

Le salarié qui souhaite bénéficier du congé de paternité avertit son employeur au moins un mois avant la date à laquelle il envisage de le prendre, en précisant la date à laquelle il entend y mettre fin.

#### **Article L1225-36**

A l'issue du congé de paternité, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

#### **Article D1225-8**

Créé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. (V)

Le congé de paternité est pris dans les quatre mois suivant la naissance de l'enfant. Le congé peut être reporté au-delà des quatre mois dans l'un des cas suivants :  
1° L'hospitalisation de l'enfant. Le congé est pris dans les quatre mois qui suivent la fin de l'hospitalisation ;

2° Le décès de la mère. Le congé est pris dans les quatre mois qui suivent la fin du congé dont bénéficie le père en application de l'article L. 1225-28.

## ANNEXE II

### Les professionnels de l'enfance cités

**Dr. John Bowlby,**

Psychiatre et psychanalyste britannique (1907-1990).

Il a développé la théorie de l'attachement du nourrisson à sa mère.<sup>17</sup>

**Dr. Françoise Dolto,**

Psychiatre et psychanalyste française (1908-1988).

Elle se voua à une méthode de psychanalyse infantile, fondée sur la capacité du thérapeute à se mettre à la portée du langage enfantin, et à l'employer lui-même lors de la cure psychanalytique, cette méthode tend à conférer à l'enfant en bas âge (de 2 à 3 ans – alors que Freud lui-même considérait que l'analyse d'un enfant ne devait pas commencer avant l'âge de 4 ans) une place de sujet à part entière.<sup>18</sup>

**Anna Freud,**

Psychanalyste britannique d'origine autrichienne (1895-1982).

Elle se consacra à la psychanalyse des enfants et ses conceptions s'opposent à celles de M. Klein. Anna Freud prône une psychanalyse renforçant le moi et mettant le thérapeute d'enfants dans une position de pédagogue.<sup>19</sup>

**Dr. Sigmund Freud,**

Médecin autrichien, fondateur de la psychanalyse (1856-1939).

Il est le fondateur de la psychanalyse.<sup>20</sup>

**Mélanie Klein,**

Psychanalyste britannique d'origine autrichienne (1882- 1960).

Elle a montré comment l'enfant passe d'un monde dominé par la projection des pulsions destructrices dans l'objet à un monde constitué d'objets totaux, où la synthèse des parties clivées entraîne l'émergence des angoisses dépressives.<sup>21</sup>

**Dr. Serge Lebovici,**

Médecin et psychanalyste français (1915-2000).

Spécialiste de la psychiatrie des premiers âges de la vie,<sup>22</sup>

Ses études sur la psychopathologie du nourrisson ont aussi fait de lui l'un des grands adeptes de la théorie de l'attachement.

---

<sup>17</sup> Encyclopédie Larousse

<http://www.larousse.fr/>

<sup>18</sup> Encyclopédie Larousse IBID.

<sup>19</sup> Encyclopédie Larousse IBID.

<sup>20</sup> Encyclopédie Larousse IBID.

<sup>21</sup> Encyclopédie Larousse IBID.

<sup>22</sup> Encyclopédie Larousse IBID.

**Pr. Marcel Lelong,**

Pédiatre français (1892-1973).

Il a créé l'Institut de Puériculture et de Périnatalogie de Paris en 1949 afin de prendre en charge les bébés prématurés.<sup>23</sup>

**Dr. Ginette Raimbaud,**

Psychiatre et psychanalyste française.

Elle s'intéresse tout particulièrement aux problèmes psychologiques de l'enfant malade.<sup>24</sup>

**James Robertson,**

Travailleur social en psychiatrie et psychanalyste britannique.

Il a consacré de nombreuses années à rechercher et à répandre ses conclusions sur les effets de la séparation de la mère et de son jeune enfant.<sup>25</sup>

**Dr. Michel Soulé,**

Pédo-psychiatre, professeur honoraire de psychiatrie de l'enfant et psychanalyste français.

Il s'intéresse aux problèmes de filiation (abandons, adoptions, placements, et à la périnatalité postnatale et prénatale.<sup>26</sup>

**René Arpad Spitz,**

Psychanalyste américain d'origine hongroise (1887-1974).

Ses travaux, à partir d'observations directes, ont porté sur les relations entre la mère et l'enfant durant les deux premières années de la vie. Il a démontré les conséquences, pour le développement psychique et somatique, des carences affectives survenant à ce moment-là et a, en particulier, développé les notions d'hospitalisme et de dépression anaclitique.<sup>27</sup>

**Dr. Donald Woods Winnicott,**

Pédiatre et psychanalyste britannique (1896-1971).

Ses travaux sont essentiellement centrés sur les relations mère-nourrisson les plus précoces.<sup>28</sup>

---

<sup>23</sup> [http://genealogie.lelong.pagesperso-orange.fr/genealogie/m\\_103.htm](http://genealogie.lelong.pagesperso-orange.fr/genealogie/m_103.htm)

<sup>24</sup> [http://infodoc.inserm.fr/histoire/Histoire.nsf/%28\\$All%29/774F6E4D4749A560C12576700028F6D9?OpenDocument](http://infodoc.inserm.fr/histoire/Histoire.nsf/%28$All%29/774F6E4D4749A560C12576700028F6D9?OpenDocument)

<sup>25</sup> ROBERTSON, J., *Jeunes enfants à l'hôpital*, Editions Le Centurion, 1977, 4<sup>ème</sup> de couverture.

<sup>26</sup> <http://www.librairiedialogues.fr/personne/michel-soule/86369/>

<sup>27</sup> Encyclopédie Larousse IBID.

<sup>28</sup> Encyclopédie Larousse IBID.

**ANNEXE III**  
**Résultats de l'enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital<sup>29</sup>**  
**(Extrait)**

**Dr Didier Cohen-Salmon** - Médecin-anesthésiste pédiatrique,  
Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris  
Président de l'association SPARADRAP

La situation qui est faite aux parents à l'hôpital quand un enfant est hospitalisé reste mal connue. Les textes réglementaires parus depuis 20 ans sont clairement favorables à la présence des parents auprès de leur enfant à l'occasion d'un soin ou d'une hospitalisation. La nouvelle circulaire relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent précise et encourage encore la présence et le rôle des parents en pédiatrie.

Mais beaucoup des témoignages que nous recevons à SPARADRAP suggèrent un décalage entre les textes et la réalité. Parents et enfants font état de situations très inégales. Des parents nous interrogent sur leurs droits en ce qui concerne l'hébergement, l'information et la présence lors des soins.

Les données de la littérature indiquent que toute hospitalisation d'enfant, même d'assez courte durée, peut engendrer des séquelles.

Des réalisations pionnières sont médiatisées, elles témoignent de progrès réels mais ne sauraient effacer les carences et les problèmes.

Pour toutes ces raisons, nous avons voulu réaliser une enquête nationale sur ce sujet pour disposer de données précises, objectives et validées. Celle-ci a été réalisée à l'initiative de l'association SPARADRAP, par l'institut SYNOVATE, grâce au financement de la Direction générale de la santé du ministère de la Santé et de la protection sociale et avec le soutien de la Société française de pédiatrie.

### **OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE**

L'enquête a été supervisée par un comité de pilotage réuni sous la direction du Pr. Bréart, épidémiologiste à l'INSERM. L'étude a été réalisée par SYNOVATE, un institut de recherche indépendant.

L'enquête a été effectuée en décembre 2003 grâce à deux questionnaires : l'un distribué dans les services pédiatriques et l'autre à tous les parents d'enfants hospitalisés un jour donné dans le service. Elle a concerné 136 services tirés au sort parmi les

---

<sup>29</sup> *Pediadol, Douzième journée : La douleur de l'enfant, quelle réponses ?*, 2 juin 2005, p.94-96.  
[http://www.pediadol.org/IMG/pdf/Actes\\_2005-4.pdf](http://www.pediadol.org/IMG/pdf/Actes_2005-4.pdf)

670 services de pédiatrie générale ou de sur-spécialité pédiatrique<sup>30</sup> recensés en métropole.

### Les objectifs :

- ✓ Disposer d'un état des lieux objectif, de données chiffrées sur la place des parents lors de l'hospitalisation de leur enfant, en France en 2003 : quelles sont les conditions matérielles d'accueil et d'hébergement ? Comment sont-ils informés ? Quel est leur rôle?
- ✓ Détailler et confronter les points de vue des parents et des soignants.
- ✓ Valoriser les avancées et repérer les difficultés, afin de dégager des priorités d'actions et d'émettre des propositions concrètes.

### Le taux de participation a été très important :

- ✓ 170 questionnaires services reçus (110 services et 60 unités) (soit un taux de retour de 80 %) ;
- ✓ 1 479 questionnaires parents reçus (soit un taux de retour de 80 %).

Cet excellent taux de retour garantit la validité de l'enquête et témoigne de l'intérêt des personnes interrogées.

Nous présentons ici les résultats de l'enquête qui ont trait à la prise en charge de la douleur de l'enfant et en particulier aux soins douloureux

## LES SOINS DOULOUREUX

### Présence et rôle des parents lors de soins douloureux

- D'après les soignants

La présence des parents est-elle autorisée...							
	Au bloc opératoire dans la salle d'endormissement	Au bloc opératoire dans la salle de réveil	Dans la chambre pendant la visite médicale	Pendant certains soins ou examens : prise de sang	Pendant des soins courants : pansements	Pendant les soins ou examens douloureux ou impressionnants	Pour assister à un examen radiologique
<i>Base répondants</i>	<b>108</b>	<b>116</b>	<b>160</b>	<b>165</b>	<b>156</b>	<b>157</b>	<b>156</b>
Systematiquement	8 %	23 %	85 %	45 %	53 %	18 %	40 %
Souvent	6 %	9 %	9 %	35 %	28 %	17 %	31 %
Parfois	6 %	32 %	1 %	17 %	15 %	24 %	15 %
Non	80 %	35 %	5 %	4 %	4 %	41 %	14 %

<sup>30</sup> Un service sur-spécialisé est un service pédiatrique s'occupant spécifiquement d'une spécialité médicale : hématologie, etc.



- D'après les parents

<b>La présence des parents est-elle autorisée...</b>							
	Au bloc opératoire dans la salle d'endormissement	Au bloc opératoire dans la salle de réveil	Dans la chambre pendant la visite médicale	Pendant certains soins ou examens : prise de sang	Pendant des soins courants : pansements	Pendant les soins ou examens douloureux ou impressionnants	Pour assister à un examen radiologique
<i>Base répondants</i>	<b>304</b>	<b>324</b>	<b>784</b>	<b>834</b>	<b>623</b>	<b>398</b>	<b>656</b>
Imposée	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>	<b>13 %</b>	<b>6 %</b>	<b>6 %</b>	<b>6 %</b>	<b>9 %</b>
Proposée, encouragée	<b>14 %</b>	<b>33 %</b>	<b>81 %</b>	<b>66 %</b>	<b>77 %</b>	<b>36 %</b>	<b>69 %</b>
Découragée	<b>3 %</b>	<b>6 %</b>	<b>3 %</b>	<b>15 %</b>	<b>9 %</b>	<b>24 %</b>	<b>7 %</b>
Interdite	<b>81 %</b>	<b>59 %</b>	<b>3 %</b>	<b>15 %</b>	<b>9 %</b>	<b>36 %</b>	<b>15 %</b>

Il y a ici cohérence entre les réponses des parents et celles des soignants concernant leur présence pendant les soins, aussi bien pour les soins courants tels que la prise de sang que pour les soins plus impressionnants.

Les parents sont 18 % à ne pas avoir pu assister à des soins courants (pansements, ablations de fils...), 22 % à un examen radiologique, 30% à des soins ou examens (prise de sang, injection) et 60 % à des soins douloureux ou impressionnants (ponction lombaire, myélogramme).

Selon les soignants, seules 18 % des unités autorisent systématiquement la présence des parents pendant les soins douloureux.

Il serait intéressant de relier la présence des parents lors des soins et le niveau de prise en charge de la douleur, ce que la présente enquête ne permet pas de faire. En effet, une analgésie insuffisante lors des soins est une raison classique pour écarter les parents. Pourtant de nombreux travaux montrent que les parents sont très utiles dans cette situation, pour l'enfant mais aussi pour les soignants.

Rappelons enfin que la prise en charge de la douleur provoquée par les soins et la douleur de l'enfant sont des priorités du deuxième programme national de lutte contre la douleur.

## ANNEXE IV

### De la salle de réveil à la salle de surveillance post-interventionnelle

A la suite d'accidents liés aux anesthésies, le législateur édicte la circulaire n° 394 du 30 avril 1974 : relative à la sécurité des patients anesthésiés, elle aborde la création de la salle de réveil dans toutes les structures pratiquant l'anesthésie et est la première référence pour toutes les constructions futures.

Par la suite, est rédigée la circulaire n° 340 DGS/POS 3A du 23 mars 1982 et la circulaire n°431/4B DGS/3A du 27 Juin 1985 qui officialisent la nécessité d'une surveillance continue en phase de réveil du patient anesthésié et impose la création de la salle de réveil.<sup>31</sup>

Malgré cette législation, les décès péri-opératoire restent importants, ceci amène la SFAR à recommander auprès de l'INSERM une enquête.

Celle-ci est « réalisée sur près de 200 000 anesthésies entre 1978 et 1982, a clairement fait ressortir que :

- C'est au cours de cette période que survient la majorité des accidents liés à l'anesthésie (42 %),
- Les accidents du réveil sont plus fréquemment graves (60 % sont à l'origine de décès ou de comas persistants),
- Leur pronostic est habituellement plus sévère. La mortalité des accidents du réveil est de 37 % alors qu'elle n'est que de 16 % pour les accidents per-anesthésiques,
- Le délai de survenue de ces accidents est généralement court. Ces accidents sont observés pour 50 % au cours de la première heure de la phase de réveil post-anesthésique. »<sup>32</sup>

En septembre 1990 sont élaborées les recommandations de la SFAR portent sur :

- le personnel, elle précise qu'il faut au moins une infirmière spécialisée en anesthésie et réanimation mais aussi qu'il faut une infirmière pour 3 patients, en indiquant la présence minimum de 2 agents
- les locaux, elle précise que la salle de réveil doit être à proximité du bloc opératoire afin de limiter les transferts et permettre l'intervention rapide d'un médecin anesthésiste en cas d'urgence.
- la surveillance du patient, le patient devra bénéficier d'un moniteur ECG, d'un oxymètre de pouls et de matériels de réanimation en cas d'arrêt cardio-circulatoire.

Puis le 5 décembre 1994, le décret 94-1050 est mis en place, il rend obligatoire cette surveillance post-interventionnelle pour contrôler les effets résiduels de l'anesthésie et faire face aux complications liées non seulement à l'anesthésie mais aussi à l'intervention. D'où la nouvelle dénomination de « Salle de Surveillance Post-Interventionnelle » qui remplace « salle de réveil ».

<sup>31</sup> CARPENTIER, J-P., IBID – p.234.

<sup>32</sup> CARPENTIER, J-P., IBID – p.233.

## **Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994**

Relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique

### **Chapitre II : L'organisation et l'équipement sanitaires**

#### **Article D712-40**

Créé par Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 - art. 1 JORF 8 décembre 1994

Pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale, les établissements de santé, y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, doivent assurer les garanties suivantes :

1° Une consultation pré-anesthésique, lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée ;

2° Les moyens nécessaires à la réalisation de cette anesthésie ;

3° Une surveillance continue après l'intervention ;

4° Une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuées.

#### **Article D712-41**

Créé par Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 - art. 1 JORF 8 décembre 1994

La consultation pré-anesthésique mentionnée au 1° de l'article D. 712-40 a lieu plusieurs jours avant l'intervention.

Si le patient n'est pas encore hospitalisé, elle est effectuée :

a) Pour les établissements de santé assurant le service public hospitalier : dans le cadre des consultations externes relevant des dispositions du décret n° 82-634 du 8 juillet 1982 ;

b) Pour les établissements de santé privés relevant des dispositions de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale :

soit au cabinet du médecin anesthésiste-réanimateur, soit dans les locaux de l'établissement.

Cette consultation est faite par un médecin anesthésiste-réanimateur. Ses résultats sont consignés dans un document écrit, incluant les résultats des examens complémentaires et des éventuelles consultations spécialisées. Ce document est inséré dans le dossier médical du patient.

La consultation pré-anesthésique ne se substitue pas à la visite pré-anesthésique qui doit être effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention.

#### **Article D712-42**

Créé par Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 - art. 1 JORF 8 décembre 1994

Le tableau fixant la programmation des interventions est établi conjointement par les médecins réalisant ces interventions, les médecins anesthésistes-réanimateurs concernés et le responsable de l'organisation du secteur opératoire, en tenant compte notamment des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur opératoire ainsi que des possibilités d'accueil en surveillance post-interventionnelle.

#### **Article D712-43**

Créé par Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 - art. 1 JORF 8 décembre 1994

L'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en œuvre sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur, en tenant compte des résultats de la consultation et de la visite pré-anesthésiques mentionnées à l'article D. 712-41.

Les moyens prévus au 2° de l'article D. 712-40 doivent permettre de faire bénéficier le patient :

1° D'une surveillance clinique continue ;

2° D'un matériel d'anesthésie et de suppléance adapté au protocole anesthésique retenu.

#### **Article D712-44**

Créé par Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 - art. 1 JORF 8 décembre 1994

I. - Les moyens mentionnés au 1° de l'article D. 712-43 doivent permettre d'assurer, pour chaque patient, les fonctions suivantes :

1° Le contrôle continu du rythme cardiaque et du tracé électrocardioscopique ;

2° La surveillance de la pression artérielle, soit non invasive soit invasive, si l'état du patient l'exige.

II. - Les moyens mentionnés au 2° de l'article D. 712-43 doivent permettre d'assurer, pour chaque patient, les fonctions ou actes suivants :

- a) L'arrivée de fluides médicaux et l'aspiration par le vide ;
- b) L'administration de gaz et de vapeurs anesthésiques ;
- c) L'anesthésie et son entretien ;
- d) L'intubation trachéale ;
- e) La ventilation artificielle ;
- f) Le contrôle continu ;

-du débit de l'oxygène administré et de la teneur en oxygène du mélange gazeux inhalé;  
-de la saturation du sang en oxygène ;  
-des pressions et des débits ventilatoires ainsi que de la concentration en gaz carbonique expiré, lorsque le patient est intubé.

#### **Article D712-45**

Créé par Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 - art. 1 JORF 8 décembre 1994

La surveillance continue post-interventionnelle mentionnée au 3° de l'article D. 712-40 a pour objet de contrôler les effets résiduels des médicaments anesthésiques et leur élimination et de faire face, en tenant compte de l'état de santé du patient, aux complications éventuelles liées à l'intervention ou à l'anesthésie.

Cette surveillance commence en salle, dès la fin de l'intervention et de l'anesthésie.

Elle ne s'interrompt pas pendant le transfert du patient.

Elle se poursuit jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire du patient, de son équilibre circulatoire et de sa récupération neurologique.

#### **Article D712-46**

Créé par Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 - art. 1 JORF 8 décembre 1994

Sauf pour les patients dont l'état de santé nécessite une admission directe dans une unité de soins intensifs ou de réanimation, la surveillance qui suit le transfert du patient est mise en oeuvre dans une salle de surveillance post-interventionnelle.

Sous réserve que les patients puissent bénéficier des conditions de surveillance mentionnées à l'article D. 712-45, peuvent tenir lieu de salle de surveillance post-interventionnelle :

- a) La salle de travail située dans une unité d'obstétrique, en cas d'anesthésie générale ou loco-régionale pour des accouchements par voie basse ;
- b) La salle où sont pratiquées des activités de sismothérapie.

#### **Article D712-47**

Créé par Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 - art. 1 JORF 8 décembre 1994

La salle de surveillance post-interventionnelle est dotée de dispositifs médicaux permettant pour chaque poste installé :

- a) L'arrivée de fluides médicaux et l'aspiration par le vide ;
- b) Le contrôle continu du rythme cardiaque et l'affichage du tracé électrocardioscopique, par des appareils munis d'alarme, et le contrôle de la saturation du sang en oxygène ;
- c) La surveillance périodique de la pression artérielle ;
- d) Les moyens nécessaires au retour à un équilibre thermique normal pour le patient.

La salle de surveillance post-interventionnelle est en outre équipée :

1° D'un dispositif d'alerte permettant de faire appel aux personnels nécessaires en cas de survenance de complications dans l'état d'un patient ;

2° D'un dispositif d'assistance ventilatoire, muni d'alarmes de surpression et de débranchement ainsi que d'arrêt de fonctionnement.

Les personnels exerçant dans cette salle doivent pouvoir accéder sans délai au matériel approprié permettant la défibrillation cardiaque des patients ainsi que l'appréciation du degré de leur éventuelle curarisation.

#### **Article D712-48**

Créé par Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 - art. 1 JORF 8 décembre 1994

La salle de surveillance post-interventionnelle doit être située à proximité d'un ou plusieurs sites où sont pratiquées les anesthésies et dont le regroupement doit être favorisé, notamment des secteurs opératoires et des secteurs où sont pratiqués les actes d'endoscopie ou de radiologie interventionnelle.

Ses horaires d'ouverture doivent tenir compte du tableau fixant la programmation des interventions, mentionné à l'article D. 712-42, et de l'activité de l'établissement au titre de l'accueil et du traitement des urgences.

Toute nouvelle salle de surveillance post-interventionnelle, y compris lorsqu'elle est créée par regroupement de salles existantes afin notamment de respecter les normes de personnel paramédical mentionnées à l'article D. 712-49, doit comporter une capacité minimale de quatre postes.

#### **Article D712-49**

Créé par Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 - art. 1 JORF 8 décembre 1994

Les patients admis dans une salle de surveillance post-interventionnelle sont pris en charge par un ou plusieurs agents paramédicaux, ou sages-femmes pour les interventions prévues au a de l'article D. 712-46, affectés exclusivement à ladite salle pendant sa durée d'utilisation et dont le nombre est fonction du nombre de patients présents.

Pendant sa durée d'utilisation, toute salle de surveillance post-interventionnelle doit comporter en permanence au moins un infirmier diplômé d'État formé à ce type de surveillance, si possible infirmier anesthésiste diplômé d'État.

Lorsque la salle dispose d'une capacité égale ou supérieure à six postes occupés, l'équipe paramédicale doit comporter au moins deux agents présents dont l'un est obligatoirement un infirmier diplômé d'État formé à ce type de surveillance, si possible, infirmier anesthésiste diplômé d'État.

Le personnel paramédical est placé sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste-réanimateur qui doit pouvoir intervenir sans délai. Ce médecin :

- a) Décide du transfert du patient dans le secteur d'hospitalisation et des modalités dudit transfert ;
- b) Autorise, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, la sortie du patient de l'établissement dans le cas d'une intervention effectuée dans une structure de soins alternative à l'hospitalisation pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire mentionnée au b de l'article R. 712-2-1.

#### **Article D712-50**

Créé par Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 - art. 1 JORF 8 décembre 1994

Le protocole d'anesthésie ainsi que l'intégralité des informations recueillies lors de l'intervention et lors de la surveillance continue post-interventionnelle sont transcrits dans un document classé au dossier médical du patient.

Il en est de même des consignes données au personnel qui accueille le patient dans le secteur d'hospitalisation. Elles font également l'objet d'une transmission écrite.

#### **Article D712-51**

Créé par Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 - art. 1 JORF 8 décembre 1994

Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine les modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D. 712-43 et D. 712-47.

**Chapitre Ier : Exercice de la profession**

**Section 1 : Actes professionnels**

**Article R. 4311-5**

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 :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;



- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22° Prévention et soins d'escarres ;
- 23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 25° Toilette périnéale ;
- 26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- 27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- 29° Irrigation de l'œil et instillation de collyres ;
- 30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- 31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
- 32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- 33° Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
- 34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;

35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;

36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;

37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;

38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;

39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :

a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;

b) Sang : glycémie, acétonémie ;

40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;

41° Aide et soutien psychologique ;

42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

#### **Article R. 4311-9**

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;

2° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;

3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;

4° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;

5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;

6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;

7° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;

8° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;

9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;

10° Cures de sevrage et de sommeil.

## ANNEXE VI

### Rôle spécifique de l'infirmier en salle de surveillance post-interventionnelle

L'infirmier exerçant en SSPI à un rôle spécifique dans la prise en charge d'un enfant, dès son arrivée, il devra recevoir des transmissions orales de l'IADE ou du médecin anesthésiste qui le transfère, et il devra le monitorer et le scoper afin d'effectuer une surveillance des fonctions cardiovasculaires.

Dans cette annexe ne sera pas détaillé entièrement le rôle de l'infirmier.

La surveillance de l'enfant en salle de surveillance post-interventionnelle est identique à celle de l'adulte, avec un matériel adapté à sa taille, toutefois il n'est pas un adulte en réduction. Pour assurer une surveillance optimale d'un enfant, il faut donc connaître les paramètres physiologiques liés à son âge.<sup>33</sup>

En SSPI le patient bénéficie d'une surveillance clinique et instrumentale constante et adaptée à son état. Elle concerne en particulier :<sup>34</sup>

- l'oxygénation et la ventilation,
- la circulation,
- l'état de conscience et l'examen neurologique
- l'état digestif,
- l'état urinaire,
- les accès vasculaires, la nature et le débit des perfusions,
- la zone opératoire,
- la douleur.

---

<sup>33</sup> GODET, S., IBID – p.25.

<sup>34</sup> PETER, J.-D., IBID – 10-11.

## ANNEXE VII

### Le réveil post-anesthésique.

Le réveil post-anesthésique peut être divisé en trois stades<sup>35</sup> :

- Le réveil immédiat, caractérisé par le retour à la conscience avec :
  - la récupération des réflexes laryngés,
  - l'ouverture des yeux,
  - la réponse aux ordres simples,
  - la restauration des fonctions vitales (thermorégulation, respiration, circulation).
  
- Le réveil intermédiaire comporte :
  - la récupération de la coordination sensoriomotrice,
  - l'orientation dans le temps et dans l'espace.
  
- Le réveil complet comporte la récupération de l'ensemble des fonctions cognitives (mémoire, attention, raisonnement, capacité de planifier des tâches complexes).

---

<sup>35</sup> PETER, J-D., IBID – p.8-9.

## ANNEXE VIII

### Évaluation de l'anxiété préopératoire : Score de Yale

#### Évaluation de l'anxiété de l'enfant en préopératoire

A remplir au bloc opératoire par une IADE ou une IBODE de préférence à l'insu de l'enfant, à l'installation de l'enfant sur la table d'opération.

**Entourer un chiffre pour chaque activité.**

ITEMS	NOTE
<b>A. ACTIVITE</b>	
1. Regarde autour de lui, curieux, peut explorer les objets, ou reste calme	1
2. N'explore pas, peut regarder vers le bas, peut remuer nerveusement les mains ou sucer son pouce (son doudou)	2
3. Se tortille, bouge sur la table, peut repousser le masque	3
4. Tente activement de s'échapper, repousse avec les pieds et les mains, peut bouger tout le corps	4
<b>B. VOCALISATIONS</b>	
1. Pose des questions, fait des commentaires, babille	1
2. Répond aux questions des adultes mais à voix basse, « baby talk », ou ne fait que des signes de tête	2
3. Silencieux, aucun son, ne répond pas aux adultes	3
4. Pleurniche, se plaint, gémit	4
5. Pleure, peut crier « non »	5
6. Pleure et crie de façon continue (audible continuellement à travers le masque)	6
<b>C. EXPRESSION EMOTIONNELLE</b>	
1. Manifestement heureux, souriant	1
2. Neutre, pas d'expression faciale visible	2
3. Inquiet (triste) ou effrayé ; yeux effrayés, tristes, ou pleins de larmes	3
4. En détresse, pleure, totalement bouleversé, peut avoir les yeux écarquillés	4
<b>D. ETAT D'VEUIL APPARENT</b>	
1. Alerté, regarde occasionnellement autour de lui, observe ce que l'anesthésiste lui fait	1
2. Renfermé sur lui-même, tranquillement assis, peut sucer son pouce, ou visage tourné vers l'adulte	2
3. Vigilant, regarde rapidement tout autour de lui, peut sursauter aux bruits, yeux grands ouverts, corps tendu	3
4. Etat de panique, pleurniche, peut pleurer ou repousser les autres, se détourne	4
<b>TOTAL</b>	/18

**Prémédication :**

oui   
non

Type :

.....

**1ère opération :**

oui   
non

si non combien :

.....

.....

à quel(s) âge(s) :

.....

.....

**Observations  
particulières :**

## ANNEXE IX

### Manifestations des troubles du comportement post-opératoire et évaluation

Voici les troubles du comportement post-opératoire classés par catégories, selon Vernon :

- « L'anxiété générale : s'exprimant par un sentiment de peur et provoquant l'apparition d'attitudes « régressives » (par exemple, sucer son pouce ou se ronger les ongles de manière inhabituelle).
- L'angoisse de séparation : souvent la plus remarquable surtout chez les jeunes enfants. Ses expressions classiques sont la panique éprouvée par l'enfant quand il est seul, l'envie de suivre ses parents partout, les tentatives répétées d'attirer l'attention.
- Les troubles du sommeil : représentés essentiellement par des signes d'anxiété au moment du coucher (la peur d'aller au lit, la peur d'être dans le noir...), mais aussi pendant le sommeil par des réveils nocturnes, des cris et des cauchemars.
- Les troubles de l'alimentation : diminution de l'appétit ou refus de manger.
- Le refus de l'autorité : recrudescence des crises de colère, et actes de désobéissance.
- L'apathie, le repli sur soi : manque d'intérêt, peur des personnes inconnues, apparition d'une énurésie.

Pour chaque item, les parents doivent signaler s'ils ont constaté un changement par rapport au comportement préopératoire de leur enfant. »<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> LUCAS-POLOMENI, MM., CALIPEL, S., WODEY, E., IBID – p.500

## Questionnaire PHBQ Selon Vernon

		1	2	3	4	5
Anxiété générale et régression	A-t-il besoin d'une sucette ?					
	A-t-il peur de quitter la maison avec vous ?					
	Se désintéresse-t-il de ce qui se passe autour de lui ?					
	Se ronge-t-il les ongles ?					
	Semble-t-il fuir ou avoir peur d'événements nouveaux ?					
	A-t-il des difficultés à prendre des décisions ?					
	A-t-il des selles irrégulières ?					
Angoisse de séparation	Suce-t-il son pouce ou ses doigts ?					
	Est-il triste quand vous le laissez seul pendant quelques minutes ?					
	Semble-t-il bouleversé quand quelqu'un évoque les médecins ou l'hôpital ?					
	Vous suit-il partout dans la maison ?					
	Essaie-t-il d'attirer votre attention ?					
Anxiété du sommeil	Fait-il des cauchemars, se réveille-t-il, crie-t-il ?					
	Fait-il des histoires pour aller se coucher ?					
	A-t-il peur du noir ?					
Troubles alimentaires	A-t-il des difficultés à s'endormir ?					
	Fait-il des histoires pour manger ?					
	Reste-t-il assis devant le repas sans manger ?					
Agressivité envers l'autorité	A-t-il un petit appétit ?					
	Fait-il des crises de colère ?					
Apathie Repli sur soi	Est-il désobéissant ?					
	Fait-il pipi au lit ?					
	A-t-il besoin de beaucoup d'aide pour faire quelque chose ?					
	Est-il difficile de l'intéresser à faire quelque chose ?					
	Est-il difficile de le faire parler ?					
	Semble-t-il timide ou avoir peur des étrangers ?					
Cotation : Beaucoup moins qu'avant = 1 - Moins qu'avant = 2 - Inchangé = 3 - Plus qu'avant = 4 - Beaucoup plus qu'avant = 5						



## ANNEXE X

### Demande de réalisation d'entretien à l'attention des Directions des soins et des Cadres de santé d'anesthésie

M. SIZUN Grégory

.....

35400 SAINT-MALO

Tel : .....

Email : .....

Direction des soins<sup>37</sup>

.....

.....

.....

Saint-Malo,

Le 31/03/2011

Objet : Demande de rendez-vous pour des entretiens auprès de deux infirmiers.

PJ : Guide d'entretien.

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement en 3<sup>ème</sup> année de formation en soins infirmiers à l'IFSI de Saint-Malo. Dans le cadre de mes études je suis amené à réaliser un Travail de Fin d'Etudes, avec réalisation d'entretiens.

J'ai choisi de travailler sur « L'accueil d'un enfant en Salle de Surveillance Post-Interventionnelle ». Je souhaiterais donc pouvoir rencontrer deux infirmiers travaillant en Salle de Surveillance Post-Interventionnelle pour les interviewer sur ce sujet, ces entretiens seront anonymes.

Je vous joins le guide d'entretien, mais vous remercie de ne pas le présenter aux personnes volontaires afin d'éviter l'orientation des réponses.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ma demande et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

SIZUN Grégory

NB : Copie à ..., Cadre de santé d'anesthésie.

---

<sup>37</sup> Par soucis de confidentialité, j'ai occulté les noms des hôpitaux dans lesquels mes entretiens ont été réalisés.

## ANNEXE XI

### Tableau d'analyse de l'objectif n°2

« Connaître la place accordée aux parents auprès de leur enfant en salle de surveillance post-interventionnelle. »

Catégorie	Thèmes	IADE	Items
Intégration des parents (28)	Peu de place accordée (9)	Mme Stricte	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ils ne sont pas très présents les parents.</li> <li>-Ils ont peu de place en salle de réveil ici.</li> <li>-En tout cas ce n'est pas du systématique loin de là.</li> </ul>
		Mr Rigolo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Les parents ne sont pas forcément prévus en salle de réveil.</li> <li>-Ce n'est pas franchement prévu.</li> <li>-Ici ça n'a pas été abordé.</li> <li>-On fait plus de chirurgie adulte que de chirurgie enfant donc c'est vraiment ponctuel ici.</li> </ul>
		Mr Stressé	<ul style="list-style-type: none"> <li>-J'aime bien avoir une vue d'ensemble sur les gamins et quand on n'a des parents, on met des rideaux.</li> <li>-C'est assez compliqué.</li> </ul>
	Place accordée (8)	Mme la Magicienne	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nous ici on a un protocole, en fait c'est que les parents peuvent rentrer en salle de réveil, c'est une personne en alternance.</li> <li>-On essaye au maximum de faire rentrer les parents.</li> <li>-On va les chercher et souvent, soient ils peuvent les prendre dans les bras, soit on le laisse dans le lit, ils peuvent rester à côté, on les installe.</li> <li>-On leur dit qu'on peut les faire ressortir à n'importe quel moment.</li> <li>-Ils estiment qu'ils ont leur place là, nous on n'est d'accord avec eux, mais qu'il y a des fois, malheureusement ils sont obligés de ressortir.</li> <li>-Et leur dire qu'ils peuvent ressortir à n'importe quel moment.</li> <li>-Et dès que votre enfant est bien réveillé,</li> </ul>

			<p><i>extubé, tout ça, je viens vous chercher pour être auprès de lui.</i></p> <p><i>-On n'a un protocole, mais ce n'est pas un dû, mais ça ils ont du mal.</i></p>
	Variable (11)	Mme Stricte	<p><i>-Ça arrive mais c'est vraiment peu fréquent qu'ils puissent rentrer.</i></p> <p><i>-J'ai l'impression que c'est fonction de l'activité, de la présence d'autres patients en salle de réveil.</i></p>
		Mme la Magicienne	<p><i>-C'est en fonction de l'attitude des gens (2).</i></p> <p><i>-Ça dépend de la religion.</i></p> <p><i>-C'est en fonction de la culture.</i></p> <p><i>-C'est en fonction de l'âge (2).</i></p> <p><i>-C'est en fonction des parents quoi, on s'adapte.</i></p> <p><i>-Il y a plein de facteurs pour lesquels les parents, rentrent dans la salle, c'est vraiment en fonction de la chirurgie (2), des antécédents.</i></p>

## ANNEXE XII

### Tableau d'analyse de l'objectif n°3 :

« Connaître l'avis des professionnels vis-à-vis de la présence des parents auprès de leur enfant en salle de surveillance post-interventionnelle. »

Catégorie	Thèmes	IADE	Items
Ressenti des soignants (14)	Avis favorable (11)	Mme Stricte	<p><i>-Moi je pense que ça peut être pas mal, ça a un côté rassurant.</i></p> <p><i>-Enfin d'avoir quelqu'un de familier en tout cas ça peut les rassurer et les aider à mieux se réveiller enfin oui à avoir moins peur, à mieux prévenir les choses.</i></p>
		Mr Rigolo	<p><i>-Moi je suis tout à fait pour.</i></p> <p><i>-Oui dans la mesure où les choses sont bien cadrées, où on les accueille une fois que l'enfant a été extubé parce que c'est toujours des phases délicates ou on peut rencontrer, bon voilà, on ne peut pas gérer et les parents et l'enfant à ce moment là, donc on doit pouvoir se mettre des limites.</i></p> <p><i>-Donc ensuite je pense que c'est un plus, oui effectivement bon que l'enfant se réveille en étant rapidement au contact de ses parents.</i></p> <p><i>-Mais c'est un plus évidemment pour l'enfant aussi qui va se retrouver auprès des siens et donc qui risque d'être plus calme et plus serein.</i></p>
		Mme la Magicienne	<p><i>-On comprend.</i></p> <p><i>-Moi ça ne me gêne pas, je suis peut-être dans certaines de mes collègues qui fait rentrer peut-être plus les parents que certains, ils y en a qui n'aiment pas avoir les parents.</i></p> <p><i>-Et leur dire qu'ils peuvent sortir à n'importe quel moment.</i></p> <p><i>-Non moi ça ne me gêne pas qu'ils soient là, après c'est une histoire de relation avec les parents.</i></p>

		Mr Stressé	<i>-Il y a des fois je suis content de les avoir parce qu'ils apaisent l'enfant.</i>
Avis défavorable (3)		Mme la Magicienne	<i>-Ça les gêne.</i>
		Mr Stressé	<i>-Et je n'aime pas avoir des parents quand il y a des enfants intubés dans la salle de réveil. -Pour les parents en salle de réveil je ne suis pas très fan moi.</i>

### ANNEXE XIII

#### Tableau d'analyse de l'objectif n°4 :

Savoir quels événements pourraient amener à solliciter la présence des parents en salle de surveillance post-interventionnelle

Catégorie	Thèmes	IADE	Items
Présence des parents (14)	Sollicitée pour calmer l'enfant (4)	Mme Stricte	<i>-Je dirais un enfant chez qui on a fait plein d'antalgiques, que l'on n'arrive pas à calmer, qui nécessite d'avoir une surveillance un peu plus prolongée, que l'on ne peut pas faire remonter tout de suite.</i>
		Mr Stressé	<i>-Des pleurs que l'on n'arrive pas à contrôler une fois que l'on a écarté le problème de douleur, quand on a essayé de voir si ce n'était pas une angoisse par rapport au lieu, que l'on n'arrive pas à contrôler les pleurs on essaye de faire venir les parents, quand ils sont tout petit, les bras de la maman, c'est pas mal.</i>
		Mr Rigolo	<i>-Un enfant que l'on ne pourrait pas remonter parce que l'on n'aurait pas pu évaluer la douleur du fait d'une phase d'agitation particulière et puis à ce moment là effectivement on n'essayerai de contacter les parents dans le but de calmer l'enfant éventuellement ça pourrait arriver.</i>
		Mme la Magicienne	<i>-Il y a plein de facteurs pour lesquels les parents, rentrent dans la salle, c'est vraiment en fonction de la chirurgie, des antécédents.</i>

	Sollicitée pour rassurer le(s) parent(s) (5)	Mme la Magicienne	<p>- Contexte pas très gai.</p> <p>-La néonatalogie mais en général ils repartent assez rapidement en réanimation.</p> <p>-Des bébés qui ont quelques jours, moins d'un mois quoi, en fait les parents ce n'est pas facile, il y a l'allaitement.</p> <p>-Ils ont besoin d'être présent auprès de leur enfant.</p> <p>-Ça permet de les rassurer parce qu'il y a quand même le stress.</p>
	Sollicitée pour aider le soignant (4)	Mme la Magicienne	-Des fois on a aussi besoin des parents sur certaines pathologies style les autistes, les pathologies psychiatriques, les IMC, les trisomies 21. (2)
		Mr Stressé	<p>-Il y a des gamins qui sont très demandeur d'être dans les bras et on ne peut pas toujours, en salle de réveil, les avoir dans les bras, quand on a des traitements à faire pour les autres.</p> <p>-Quand on n'a des enfants handicapés où la communication est pas la même qu'avec les autres enfants.</p>
	Non sollicitée (1)	Mr Rigolo	-Notre demande à nous je n'ai pas souvenir que ce soit arrivé que l'on ai à solliciter la présence des parents.

**SIZUN  
Grégory**

**Titre :**

- « **Votre enfant est réveillé !** »
- « **Peut-on le voir ?** »

**Présentation :**

La prise en soin de l'enfant à l'hôpital a considérablement évolué en 50 ans, toutes ces avancées ont également amené le législateur à reconsidérer la place des parents à l'hôpital. Aujourd'hui un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents près de lui, de jour comme de nuit ! C'est en partant de ce droit que mon travail s'est élaboré.

Je me suis tout d'abord questionné sur la place des parents à l'hôpital et plus spécifiquement en salle de surveillance post-interventionnelle, ensuite je me suis interrogé sur les bénéfices de leur présence dans cette unité autant pour l'enfant que pour l'infirmier.

Pour ce faire, l'enfant a été mon point de départ autour duquel j'ai adapté les concepts. De ce travail j'en retiendrai que chaque enfant est différent !

**Mots clés : enfant, parent, relation, soignant, salle de surveillance post-interventionnelle.**

Institut de Formation en Soins Infirmiers  
9 rue de la Marne  
35400 SAINT-MALO

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES

Promotion 2008-2011