

**Faculté de santé publique**

**Quel est le ressenti des parents accompagnant leur enfant lors de l'induction de l'anesthésie au bloc opératoire orthopédique des Cliniques universitaires Saint-Luc ?**

Mémoire réalisé par  
**Maude MARLIER**

Promotrice(s)  
**Nataly FILION**  
**Wivine SCHELLEKENS**

Année académique 2022-2023  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**



**« Quel est le ressenti des parents accompagnant leur enfant lors de l'induction de l'anesthésie au bloc opératoire orthopédique des Cliniques universitaires Saint-Luc ? »**

## **Remerciements**

Tout d'abord, je tiens à remercier ma promotrice, Mme Nataly Filion et ma co-promotrice, Mme Wivine Schellekens pour leur aide, leurs précieux conseils et leur soutien durant la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite remercier tout particulièrement les parents qui ont participé des près ou de loin à cette étude. Merci pour votre gentillesse, votre bienveillance et votre disponibilité lors des entretiens.

Un tout grand merci également au personnel des Cliniques universitaires Saint-Luc pour l'accueil qu'il a réservé à cette étude. Mais aussi à mes collègues du bloc opératoire pour votre soutien sans faille lors de la réalisation de ce mémoire.

Et enfin, je souhaite remercier tous mes proches, qui ont de près ou de loin ont contribué à l'aboutissement de ce mémoire et de ce Master en Santé Publique !

## **Le plagiat**

*Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.*

*Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.*

# TABLE DES MATIERES

---

## LISTE DES ABREVIATIONS

## TABLE DES FIGURES

## TABLE DES ANNEXES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Choix du sujet.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Objectifs de l'étude et question de recherche .....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE.....</b>	<b>2</b>
<b>1. Le contexte général d'un quartier opératoire.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Le quartier opératoire des Cliniques universitaires Saint-Luc.....</b>	<b>5</b>
2.1. Présentation du quartier opératoire des CUSL.....	5
2.2. Contexte du quartier opératoire des CUSL .....	5
2.3. L'accompagnement des enfants par un parent au bloc opératoire aux CUSL .....	6
<b>3. La place des parents à l'hôpital.....</b>	<b>8</b>
3.1. Les besoins des parents dont l'enfant est hospitalisé en unité pédiatrique .....	11
3.2. Les besoins des parents dont l'enfant est hospitalisé en soins intensifs néonataux ...	12
3.3. La présence parentale lors de procédures médicales chez l'enfant.....	12
<b>4. Les thèmes importants à aborder lors des entretiens avec les parents.....</b>	<b>18</b>
4.1. Le besoin de proximité.....	18
4.2. Le besoin d'information .....	18
4.3. Leur ressenti sur l'expérience vécue .....	21
4.4. Le besoin de soutien social .....	21
4.5. Le rôle parental et le sentiment de compétence parental .....	22
<b>DEUXIEME PARTIE : MÉTHODES.....</b>	<b>23</b>
<b>1. Choix de la méthode qualitative .....</b>	<b>23</b>
<b>2. Choix de la méthode de recueil des données.....</b>	<b>23</b>
<b>3. Considération éthique et autorisations.....</b>	<b>24</b>
<b>4. Stratégie d'échantillonnage.....</b>	<b>25</b>
4.1. Critères d'inclusion .....	25
4.2. Critères d'exclusion .....	25
4.3. Recrutement des parents .....	26
<b>5. Collecte des données .....</b>	<b>27</b>
5.1. Élaboration du guide d'entretien.....	27
5.2. Déroulement des entretiens .....	30
5.3. Méthodes d'analyse des données .....	31
<b>TROISIEME PARTIE : ANALYSE DES RÉSULTATS .....</b>	<b>32</b>
<b>1. Description de l'échantillon .....</b>	<b>32</b>
1.1. Les parents .....	32
1.2. Les enfants .....	32
<b>2. Présentation des données .....</b>	<b>32</b>
2.1. Ressenti sur l'expérience vécue, sentiments, état d'esprit .....	33
2.2. Besoin de proximité et présence parentale.....	38
2.3. Besoin d'information .....	40
2.4. Rôle parental et sentiment de compétence parentale .....	43
2.5. Besoin de soutien social.....	47
2.6. Questionner les pratiques et pistes d'amélioration.....	48

<b>QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION.....</b>	<b>50</b>
<b>1. Limites de l'étude.....</b>	<b>55</b>
<b>2. Forces de l'étude.....</b>	<b>56</b>
<b>3. Recommandations .....</b>	<b>56</b>
3.1. Par rapport à la consultation d'anesthésie.....	56
3.2. Par rapport à la consultation d'orthopédie .....	57
3.3. Par rapport au BO.....	57
<b>CINQUIEME PARTIE : CONCLUSION .....</b>	<b>59</b>
<b>LISTE DES REFERENCES .....</b>	<b>61</b>

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

---

CUSL: Cliniques universitaires Saint-Luc

ASA : American Society of Anesthesiologists

BO : Bloc opératoire

## **TABLE DES FIGURES**

---

Figure 1 : Schéma illustrant les différentes zones d'un quartier opératoire

Figure 2 : Plan du quartier opératoire des CUSL

Figure 3 : Trajet de l'enfant et du parent de l'entrée du bloc opératoire jusqu'au couloir d'orthopédie, lorsqu'il est vient d'une unité de soins pédiatriques

Figure 4 : Trajet de l'enfant et du parent de l'unité de chirurgie ambulatoire jusqu'au couloir d'orthopédie

Figure 5 : Données sociodémographiques des enfants et des parents ayant participé à notre étude

## **TABLE DES ANNEXES**

---

Annexe 1 : Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire : Avis favorable définitif

Annexe 2 : Document d'information au participant, formulaire de consentement éclairé au participant et questionnaire à l'intention du participant

Annexe 3 : Guide d'entretien définitif

Annexe 4 : Petit Pierre va en salle d'opération

# INTRODUCTION

---

## 1. Choix du sujet

---

Pour ce mémoire en sciences de la Santé Publique, j'ai voulu aborder un sujet qui me tenait particulièrement à cœur : l'accompagnement de l'enfant par un parent lors de l'induction de l'anesthésie au bloc opératoire.

En effet, lors de plusieurs de mes stages, dans le cadre de ma spécialisation en soins périopératoires et depuis maintenant plus de 5 ans dans le cadre de mon travail, je suis régulièrement amenée à prendre en charge au quartier opératoire des Cliniques universitaires Saint-Luc des enfants accompagnés de leur parent.

Cependant, nous sommes parfois confrontés à des situations « chaotiques » lors de l'induction de l'anesthésie : pleurs, hurlements, plaquage de l'enfant sur la table, induction forcée, etc. Lors de ces situations, les parents semblaient impuissants face à la détresse de leur enfant. Ces situations sont exceptionnelles, mais elles existent et interpellent. Un questionnement a alors émergé : que ressentent les parents lors de leur passage au bloc opératoire et plus particulièrement lors de l'induction de l'anesthésie de leur enfant ?

Pour pouvoir avoir une prise en charge répondant au mieux aux besoins et attentes des parents qui accompagnent leur enfant, nous devons, en tant que soignants, nous inquiéter du vécu du parent pour pouvoir ajuster au mieux notre prise en charge et nos pratiques, ce sera le but de ce mémoire.

## 2. Objectifs de l'étude et question de recherche

---

L'objectif principal de cette étude est de recueillir le ressenti des parents lorsqu'ils accompagnent leur enfant jusqu'à l'induction de l'anesthésie au sein du bloc opératoire orthopédique des CUSL. Mais également de **comprendre l'état d'esprit dans lequel se trouvent les parents quand ils sont en salle d'opération, d'explorer leurs besoins et attentes concernant les informations données lors de la consultation d'anesthésie et enfin d'émettre des pistes d'amélioration par rapport à la « prise en charge » des parents au bloc opératoire orthopédique des CUSL**, en prenant compte le ressenti de ces derniers.

Cette étude exploratoire a pour question de recherche : « *Quel est le ressenti des parents accompagnant leur enfant jusqu'à l'induction de l'anesthésie au sein du bloc opératoire orthopédique des Cliniques universitaires Saint-Luc ?* ».

Ce mémoire est divisé en 5 parties. La première est consacrée au cadre théorique basé sur la littérature scientifique. La deuxième concerne la méthodologie de la recherche utilisée lors de ce mémoire. La troisième partie sera consacrée à l'analyse des résultats. Et pour terminer, la quatrième et cinquième partie sont respectivement consacrées à la discussion et la conclusion.

## **PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE**

---

### **1. Le contexte général d'un quartier opératoire**

---

Le quartier opératoire d'un hôpital est un lieu où sont pratiquées des interventions chirurgicales.

Par conséquent, il est régi par une série de règles d'hygiène pour diminuer le risque de voir des micro-organismes présents dans l'hôpital atteindre le champ opératoire.

Parmi ces règles, on peut citer la division du quartier opératoire en 3 zones (Conseil Supérieur de la santé, 2013) :

- La première est la zone dite **non critique**, c'est une zone de transition entre la zone semi-critique et les zones externes au quartier opératoire (salle d'attente pour les patients, salle de réveil ...).
- La deuxième est la zone dite **semi-critique**, c'est une zone propre du quartier opératoire où aucune intervention chirurgicale n'est réalisée, mais où les mesures de protection nécessaires sont déjà suivies (locaux de rangement de matériaux stériles, stockage de matériel, local de désinfection chirurgical des mains, etc.).
- La troisième est la zone dite **critique**, c'est la zone où peuvent être préparées les tables d'instruments pour la chirurgie et les interventions chirurgicales en elles-mêmes.



Figure 1 : Schéma illustrant les différentes zones d'un quartier opératoire

On peut également citer le concept d'asepsie progressive qui consiste en une série de mesures et de précautions de plus en plus contraignantes au fur et à mesure que l'on s'approche du champ opératoire, qui est la zone « d'asepsie maximale ». Ce concept vise à limiter le risque de contamination du champ opératoire par des micro-organismes.

Une autre règle est de limiter l'accès et le nombre de personnes à l'intérieur du quartier opératoire.

En effet, selon le Conseil Supérieur de la santé (2013, p.51) :

L'architecture du quartier opératoire et l'activité humaine qui s'y développe jouent un rôle dans le risque de transmission de micro-organismes potentiellement infectants par le biais du manuportage et de l'aéro-biocontamination. Ce type particulier de contamination dépend de plusieurs facteurs parmi lesquels le nombre et la circulation des personnes.

Par conséquent, l'accès et le nombre de personnes doivent être réduits au strict minimum dans la zone critique. Cependant, quelques exceptions peuvent avoir lieu, notamment pour les délégués médicaux, les parents accompagnateurs, etc.

De plus, « la circulation des visiteurs doit respecter les mêmes règles que le personnel en matière d'accès et de circulation dans la zone semi-critique et critique » (Conseil Supérieur de la santé, 2013).

Par exemple, les visiteurs doivent emprunter les couloirs adéquats et porter une tenue vestimentaire spécifique. Celle-ci est constituée d'une sur blouse, d'une charlotte (bonnet) et de sur chaussures.

Du fait de ces règles d'hygiène spécifiques et de la limitation de son accès au personnel non qualifié, le quartier opératoire est un lieu généralement inconnu du grand public. Il a la réputation d'être un milieu clos, protégé, « un sanctuaire » de haute technicité (Chabay et al, 2009).

Pour les patients, c'est également un lieu froid et bruyant (Lagant et al, 2014). Il peut donc être perçu comme un lieu anxiogène, stressant, impressionnant pour les patients. Les études de Mackenzie ; Melamed & Siegel (cité dans Amouroux et al., 2010, p.589) et de Shevde & Panagopoulos ; Sipowicz & Vernon (cité dans Amouroux, Rousseau-Salvador & Annequin, 2010, p.589) vont dans ce sens. En effet, la prévalence de l'anxiété préopératoire en pédiatrie se situe entre 40 et 60% (Mackenzie ; Melamed & Siegel, cité dans Amouroux et al., 2010, p.589) et entre 60 et 80% chez l'adulte (Shevde & Panagopoulos ; Sipowicz & Vernon cité dans Amouroux, Rousseau-Salvador & Annequin, 2010, p.589).

## 2. Le quartier opératoire des Cliniques universitaires Saint-Luc

---

### 2.1. Présentation du quartier opératoire des CUSL

---

Le quartier opératoire des CUSL est composé de 28 salles d'opération. Conformément à l'article 9, § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup> de l'arrêté du 13 juillet 2006, il y a deux salles de réveil distinctes, la salle de réveil pédiatrique est séparée de celles pour les adultes.

Les salles d'opération sont réparties par secteurs d'activité (chirurgie cardiothoracique et pulmonaire, chirurgie orthopédique, la chirurgie et transplantation abdominale, neurochirurgie, la chirurgie ambulatoire (« Hospiday »)). Il y a également une salle pour les accès veineux et une salle pour les endoscopies pédiatriques. (<https://www.saintluc.be>)

Les salles 12-14-15 et 16 sont les salles attribuées au secteur orthopédique.

Ci-dessous, vous retrouvez un plan du quartier opératoire des CUSL.



Figure 2 : Plan du quartier opératoire des CUSL (Ykman, 2018)

Le quartier opératoire accueille environ 21.000 interventions par an et ce ne sont pas moins de 500 personnes, tous métiers confondus, qui y travaillent. (<https://www.saintluc.be>)

### 2.2. Contexte du quartier opératoire des CUSL

---

Comme les autres quartiers opératoires, celui des CUSL est construit selon une architecture spécifique. Il est régi par les règles spécifiques citées ci-dessus pour limiter le risque d'infection du site opératoire. De ce fait, il est interdit pour des « personnes non qualifiées » d'y accéder.

Cependant, dans certains cas de figure, une exception peut être faite.

Une des exceptions aux CUSL est pour les parents<sup>1</sup> accompagnant leurs enfants jusqu'en salle d'opération, lors de l'induction<sup>2</sup> de l'anesthésie, jusqu'à la perte de conscience de l'enfant.

Il existe d'ailleurs des normes d'organisation concernant la présence des parents auprès de leur enfant au bloc opératoire. Elles sont réglementées par l'arrêté royal du 13 juillet 2006 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé.

L'article 9, § 1er, 2° explique ceci :

L'organisation du quartier opératoire est telle qu'un des parents peut se trouver près de l'enfant lorsque celui-ci est conscient sauf contre-indication apportée par le médecin-chef de service, ou apportée par le médecin spécialiste en anesthésiologie-réanimation ou le médecin spécialiste en chirurgie qui est chargé du traitement de l'enfant (<https://www.afiso.be/attachment/30791/>).

### 2.3. L'accompagnement des enfants par un parent au bloc opératoire aux CUSL

#### 2.3.1. *Historique de l'accompagnement des enfants par un parent au bloc opératoire des CUSL*

L'accompagnement des enfants par un parent est une initiative assez peu rependue en Belgique. Cependant, depuis une vingtaine d'années la présence des parents au bloc opératoire (BO) des CUSL est devenue habituelle dans le cadre d'un programme opératoire dit « électif ». On doit la mise en place de cette initiative à Mme Mélery et Dr Veyckmans. En effet, dans le cadre de son mémoire, Mme Mélery a réalisé l'étude « Maman... Ne me laisse pas ! »

Le but était de déterminer si « la présence des parents aux côtés de l'enfant lors de l'induction de l'anesthésie diminue l'angoisse de l'enfant et facilite l'induction de l'anesthésie » (Mélery, 1998).

Suite aux résultats encourageants de son étude, de nombreux enfants et parents ont bénéficié de cette initiative.

---

<sup>1</sup> : Le terme parent est utilisé dans ce mémoire pour désigner le parent biologique ou leur substitut accompagnant l'enfant lors de son passage au bloc opératoire.

<sup>2</sup> : Quand nous parlons d'induction de l'anesthésie nous parlons du moment où l'anesthésiste endort l'enfant.

### *2.3.2. L'accompagnement des enfants par un parent au bloc opératoire des CUSL : en pratique*

---

Le jour opératoire, le trajet de l'enfant (et du parent) reste assez similaire qu'il soit hospitalisé dans une unité de pédiatrie ou de chirurgie ambulatoire.

Dans le cas où l'enfant est pris en charge dans une unité pédiatrique, le ou les parents accompagne(nt) l'enfant jusque dans la « salle d'attente » située à l'entrée du bloc opératoire.

Dans le cas où l'enfant est pris en charge à l'unité de chirurgie ambulatoire, un parent est également admis auprès de lui. Ils attendront ensemble dans une « salle d'attente » au sein du service de chirurgie ambulatoire.

Pour la suite, le déroulement est le même. Quand vient le moment d'aller jusqu'en salle d'opération, l'anesthésiste et une infirmière en soins périopératoires viennent chercher l'enfant et propose à l'un des parents de se joindre à eux jusqu'à l'induction de l'anesthésie.

Pour pouvoir pénétrer dans la salle d'opération, le parent sera invité à revêtir une charlotte (bonnet), une blouse couvrant les « vêtements civils » et des chaussons de protections à mettre au-dessus de leurs chaussures. Il leur est également demandé de ne pas prendre leurs affaires personnelles.

Une fois l'enfant endormi, le parent est raccompagné par le chirurgien, son assistant ou une infirmière en soins périopératoires jusqu'à la « salle d'attente » du BO ou la salle d'attente pédiatrique de l'unité de chirurgie ambulatoire. Le parent sera prévenu dès que l'enfant est installé en salle de réveil pédiatrique pour qu'il puisse à nouveau être auprès de lui.

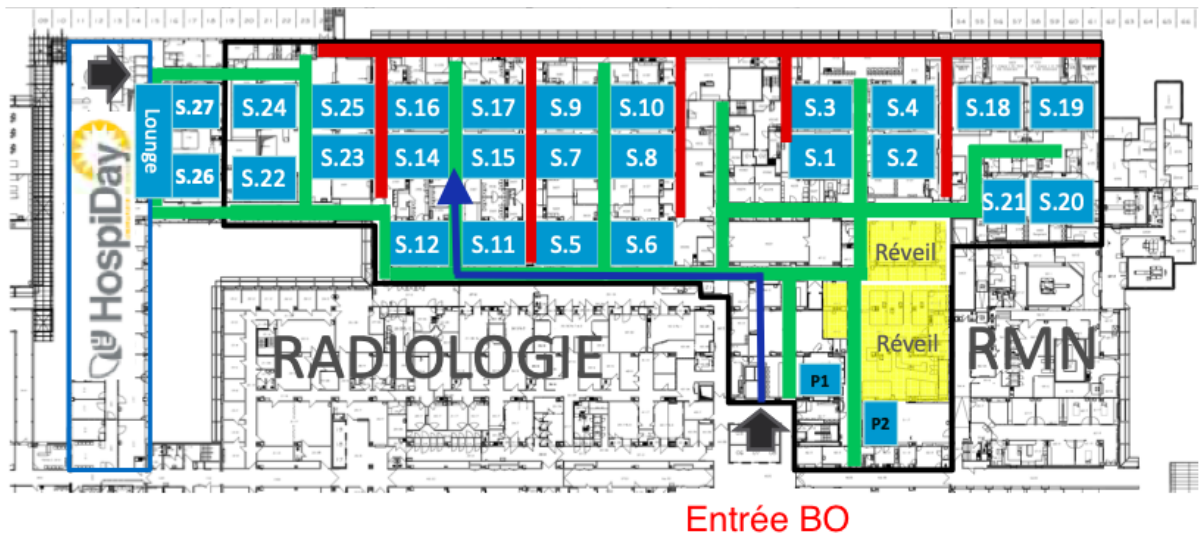


Figure 3 : Trajet de l'enfant et du parent de l'entrée du bloc opératoire jusqu'au couloir d'orthopédie, lorsqu'il est vient d'une unité de soins pédiatriques (Ykman, 2018)



Figure 4 : Trajet de l'enfant et du parent de l'unité de chirurgie ambulatoire jusqu'au couloir d'orthopédie (Ykman, 2018)

### 3. La place des parents à l'hôpital

La place des parents auprès de leur enfant à l'hôpital a beaucoup évolué depuis des dizaines d'années grâce notamment à l'évolution de la place de l'enfant dans la société, l'évolution de la médecine de l'enfant, l'évolution des institutions hospitalières et de la formation du personnel (Thibault-Wanquet, 2008).

Cette présence est d'ailleurs un droit qui est inscrit dans la Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé :

**Article 2** : Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.

**Article 3** : On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela 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 (European Association for Children in Hospital, 1988 retrived from <https://www.huderf.be/fr/hospi/charte.asp> ).

Cependant, sur le terrain, la réalité est toute autre. La présence des parents auprès de leur enfant est hétérogène selon les institutions, les services et les équipes, car certaines réticences restent encore bien ancrées (Thibault-Wanquet, 2008).

C'est dans ce contexte de décalage entre la réalité du terrain et la théorie que l'association Sparadrap a réalisé une enquête française sur la place des parents à l'hôpital en décembre 2003. Des questionnaires à l'attention des services et des parents dont l'enfant est hospitalisé ont été distribués dans 136 services de pédiatrie (générale ou surspécialisée).

Le but était de :

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, détailler et confronter les points de vue des parents et des soignants et valoriser les avancées et repérer les difficultés, afin de dégager des priorités d'actions et d'émettre des propositions concrètes (Association Sparadrap, 2004, p.4).

Un des résultats particulièrement intéressants pour la thématique de recherche étudiée concerne une des attentes des parents :

Pour les familles concernées par la chirurgie, le bloc opératoire reste un lieu très fermé aux parents : seulement 4% d'entre eux peuvent systématiquement assister à l'endormissement de leur enfant et 8% à son réveil. [...]

En contraste, 44% des parents dont l'enfant doit être opéré souhaiteraient pouvoir assister à son endormissement ou à son réveil. Encore faut-il tenir compte du fait que les parents ne connaissent pas toujours l'existence de cette modalité. 61% des parents sont actuellement prévenus lorsque l'opération est terminée (Association Sparadrap, 2004, p.40).

Le constat fait par Thibault-Wanquet concernant l'hétérogénéité de la présence des parents auprès de leur enfant est également valable pour la Belgique. Voici deux exemples en lien avec la thématique de ma recherche :

- Lors de son concours de dessins et de textes d'enfants hospitalisés organisés dans le cadre du projet « What Do You Think ? », UNICEF Belgique a donné la parole aux enfants pour leur permettre de s'exprimer sur leur hospitalisation afin de recueillir leurs sentiments, leurs impressions, leurs attentes et leurs souhaits. Une des recommandations faites par les enfants et les jeunes est particulièrement intéressante pour la thématique de recherche étudiée, celle d'être proche de leurs parents.

Cette recommandation est illustrée par : « Nos parents nous manquent : dans notre chambre, dans la salle de réveil et d'opération, permettez-nous de les voir plus souvent, il faudrait plus de temps pour les visites, mais surtout que nos parents puissent passer la nuit avec nous » (UNICEF Belgique, 2006).

- Sur base d'un groupe de travail et d'une enquête réalisée par le magazine Test-achats, la Plateforme des patients (Vlaams Patiëntenplatform) a réalisé une liste de points problématiques et de recommandations au niveau de l'accueil et de la prise en charge de l'enfant hospitalisé en Belgique. Un des points problématiques mentionnés concerne la présence d'un parent durant l'induction de l'anesthésie. Celle-ci est trop peu acceptée, même si les parents le souhaitent (étude Test-achats cité dans UNICEF Belgique, 2006).

### 3.1. Les besoins des parents dont l'enfant est hospitalisé en unité pédiatrique

Hallström, Runesson et Elander (2002) ont réalisé une étude dont l'objectif était d'étudier les besoins des parents pendant l'hospitalisation de leur enfant. Pendant neuf semaines durant l'année 1999, 24 enfants et leurs parents ont été suivis. La collecte des données a été réalisée par le biais d'observations non participantes des parents, de leur enfant et des professionnels dans différentes situations au cours de l'hospitalisation.

Neuf thèmes caractérisant les besoins des parents d'enfants hospitalisés ont émergé :

- **La sécurité** : ce besoin est exprimé par le souhait d'être traité de manière respectueuse, d'avoir du personnel compétent, des soins individualisés, mais aussi une continuité des soins, une bonne organisation, pouvoir être présent auprès de leur enfant...
- **Être le médiateur de la sécurité de l'enfant** : ce besoin est exprimé par le souhait d'être présent auprès de l'enfant, d'être proche de leur enfant (mentalement et physiquement), participer aux soins de l'enfant, pouvoir identifier et répondre aux besoins de leur enfant....
- **Le contrôle** : ce besoin est exprimé par le contrôle des conditions de l'enfant, des compétences des soignants, être préparé à toutes les éventualités...
- **La communication** : ce besoin est exprimé par un besoin d'information, prendre part aux décisions, transmettre des informations...
- **Se sentir intégré** : ne pas se sentir comme quelqu'un de gênant, devoir cacher ses sentiments...
- **Se sentir compétent en tant que parent**
- **Pouvoir être relayé** : ne pas participer aux soins de l'enfant, confier les soins de l'enfant aux professionnels
- **La famille** : rester en contact avec les proches
- **Satisfaire ses besoins** : dormir, manger, pouvoir se garer...

### 3.2. Les besoins des parents dont l'enfant est hospitalisé en soins intensifs néonataux

---

Les besoins des parents ont également été étudiés dans d'autres contextes et notamment au sein de services de soins intensifs néonataux (Govindaswamy et al., 2018 ; Mundy, 2010). Ces études quantitatives ont utilisé un questionnaire d'auto-évaluation qui mesure les catégories de besoins des familles des patients dans une unité de soins intensifs néonataux (NFNI).

Ce questionnaire est composé de 5 thèmes de besoins principaux :

- Le soutien (besoins interpersonnels et émotionnels)
- Le confort (confort personnel et physique)
- L'information (informations pragmatiques sur l'enfant)
- La proximité (rester auprès de l'enfant)
- L'assurance (éprouver de la confiance)

Pour l'étude de Mundy (2010), c'est le besoin d'assurance qui arrive en première position vient ensuite le besoin de proximité, d'information, de confort et de soutien.

Pour l'étude de Govindaswamy (2018), c'est également le besoin d'assurance qui arrive en première position suivie du besoin de proximité, d'information, de soutien et de confort.

### 3.3. La présence parentale lors de procédures médicales chez l'enfant

---

La présence parentale est une des approches non médicamenteuses utilisées pour diminuer l'anxiété de l'enfant lors de procédures médicales. Elle est utilisée dans de nombreuses situations : lors de la pose d'une voie veineuse, d'une ponction lombaire, d'un débridement de plaie, des soins dentaires, d'une réanimation, etc. (Piira et al., 2004 ; Pruitt et al., 2008).

Elle est également utilisée pour diminuer l'anxiété de l'enfant et des parents lors de l'induction de l'anesthésie.

#### 3.3.1. *La présence parentale lors de l'induction de l'anesthésie*

---

Lors de ma recherche, j'ai pu constater que la présence parentale lors de l'induction de l'anesthésie est un sujet qui intéresse les chercheurs depuis de nombreuses années. Voici les résultats des études quantitatives concernant les enfants et les parents :

- Les effets de la présence parentale durant l'induction de l'anesthésie sur l'enfant

Dans leur étude Manyande et al. (2015) n'ont pas pu « démontrer que la présence des parents pendant l'induction de l'anesthésie chez les enfants réduisait l'anxiété ou améliorait la coopération des enfants ». Erhaze et al. (2016) arrivent à la même conclusion.

Concernant l'angoisse de l'enfant, l'étude de Mélery (1998) n'a pas pu démontrer que la présence des parents à l'induction de l'anesthésie influençait de manière positive l'angoisse de l'enfant en la diminuant. Néanmoins, elle a pu mettre en évidence que l'état dans lequel l'enfant entre en salle est conditionné par la présence du parent à ses côtés.

- Les effets de la présence parentale durant l'induction de l'anesthésie sur les parents

Concernant les parents, la présence parentale n'a pas d'effets significatifs sur leur anxiété (Manyande et al., 2015).

- Que doit-on retenir de ces études quantitatives ?

Malgré le fait que l'anxiété de l'enfant et des parents ne soit pas diminuée par la présence parentale nous devons retenir que :

- Les parents calmes peuvent être utiles et la présence parentale doit être envisagée en fonction de chaque patient. Bien que les parents ne doivent pas être activement découragés d'être présents s'ils préfèrent le faire, ils ne doivent pas non plus être encouragés à assister à l'induction de leur enfant s'ils ne le souhaitent pas. [...] (Manyande et al., 2015, p.21)
- La possibilité d'assister à l'induction de l'anesthésie de leur enfant doit être donnée aux parents, mais doit se faire dans des conditions de sécurité et de prise en charge optimale (Mélery, 1998).
- 87% des parents estiment avoir aidé l'enfant à s'endormir calmement et 97% estiment que leur présence représente un bénéfice global pour l'enfant (Mélery, 1998).
- Les parents doivent être informés sur ce qu'ils pourraient ressentir, sur les comportements possibles de leur enfant, sur l'attitude à adopter lors de l'induction, sur l'environnement architectural, sur les appareillages, etc. (Mélery, 1998).

Les études concernant les parents et particulièrement leur ressenti lors l'accompagnement de leur enfant au bloc opératoire est un sujet peu exploré dans la littérature scientifique. Cependant, Waaseem et al. (2018) ont réalisé une étude qualitative ayant pour but d'évaluer la satisfaction des parents dont l'enfant a été opéré en neurochirurgie à l'hôpital des enfants Dartmouth-Hitchcock dans le New Hampshire aux États-Unis. Voici les thèmes qui sont ressortis de cette étude qualitative :

- L'induction de l'anesthésie est perçue comme traumatisante ou pénible à observer.

Pour les parents qui ont assisté à l'induction de l'anesthésie, 50 % (12 parents sur 24) ont décrit l'expérience comme ayant été traumatisante ou pénible. Les qualificatifs déprimant, bouleversant, effrayant, émotionnel, cauchemardesque, stressant, difficile à regarder ont également été utilisés pour décrire l'expérience qu'ils ont vécue.

Concernant les parents qui n'ont pas assisté à l'induction, ils évoquent leur perception de ce que ça aurait été d'assister à l'induction de l'anesthésie de leur enfant. De nombreux parents ont exprimé leur inquiétude quant à leur capacité à faire face émotionnellement mais aussi que leur présence ajoute de la détresse à leur enfant.

- Le sentiment positif d'avoir été présent

Les parents ayant assisté à l'induction de l'anesthésie ont été unanimes : ils ont été satisfaits d'avoir pu être présents pour cet événement. Ils ont également déclaré qu'ils pensaient que leur présence a été bénéfique pour leur enfant mais aussi qu'ils souhaiteraient être présents lors de toute induction future et conseilleraient à leurs amis d'assister à l'induction s'ils en ont la possibilité. Un parent spécifie tout de même de le faire si on peut le supporter.

- Une satisfaction élevée concernant l'expérience globale de la chirurgie
- Une satisfaction mitigée chez les parents qui ont décidé de ne pas assister à l'induction
- Des sentiments mitigés quant aux interactions avec l'équipe soignante

### 3.3.2. L'induction de l'anesthésie et l'anxiété parentale

---

Les études de Erhaze et al. (2016) et de Manyande et al. (2015) confirment que la présence parentale ne réduit pas l'anxiété de l'enfant et celle de ses parents. Kain et al. (2006) rajoute que malgré les résultats d'essais contrôlés randomisés récents montrant que la présence des parents pendant l'induction de l'anesthésie ne réduit pas de manière fiable l'anxiété des enfants,

De nombreux cliniciens aux États-Unis et ailleurs soutiennent fermement cette pratique. Cette dichotomie entre les résultats des essais contrôlés randomisés et la "vie réelle" peut être liée au fait que de nombreux médecins pensent que la présence parentale pendant l'induction de l'anesthésie est efficace dans certaines conditions liées à l'enfant et au parent (Kain et al., 2006, p.632).

#### 3.3.2.1. Pourquoi la diminution de l'anxiété parentale est-elle importante ?

Pour que la présence parentale soit bénéfique, il faut que le parent qui accompagne l'enfant soit le moins anxieux possible car :

En général, les parents agissent comme des réducteurs de stress pour leurs enfants, cependant, si les parents sont plus anxieux dans une situation donnée, ils sont moins disponibles pour répondre aux besoins de leur enfant et aux signaux de détresse croissante. En effet, dans ces cas, la détresse des enfants peut aggraver l'anxiété des parents, les rendant de moins en moins capables de réagir efficacement (Bevan et al. cité dans Kain et al., 2006, p.632).

#### 3.3.2.2. Quelles sont les causes de l'anxiété parentale ?

Les raisons les plus fréquentes de l'anxiété parentale selon Landier et al. (2017) étaient, par ordre de fréquence : la peur de l'anesthésie, de l'acte chirurgical, de l'inconnu et enfin la peur de la douleur.

La perte du rôle parental est citée dans l'étude de Salisbury et al. (2007) comme étant également une cause de stress chez les parents en pré et postopératoire.

#### 3.3.2.3. Les facteurs prédictifs associés à l'anxiété parentale

Plusieurs études se sont intéressées aux facteurs prédictifs associés au niveau d'anxiété parentale en pré et/ou postopératoire.

Ces facteurs sont :

- **Le sexe du parent**

Les mères ont un niveau d'anxiété significativement plus élevé que les pères (Ayenew et al., 2020 ; Charana et al., 2018 ; Pomicino et al., 2018 ; Scrimin et al., 2009 ; Werner et al., 2019)

- **L'âge des parents**

Le niveau d'anxiété est plus faible chez les parents plus âgés (Charana et al., 2018 ; MacLaren & Kain 2008, cités dans Pomicino et al., 2018 ; Scrimin et al. 2009)

- **L'anxiété trait des parents<sup>3</sup>**

Les parents ayant une anxiété trait plus élevée étaient plus anxieux (Charana et al., 2018 ; Scrimin et al., 2009)

- **Le niveau d'éducation des parents**

MacLaren & Kain, 2008 (cités dans Pomicino et al., 2018) ont trouvé lors de leur étude que le niveau d'anxiété des parents n'est pas corrélé au niveau d'éducation. Cependant, d'autres études ont obtenu des résultats différents. Dans l'étude de Guzel et al. 2014, (cité par Ayenew et al., 2020), « un niveau d'éducation élevé était associé à des scores d'anxiété plus élevés » et dans celle de Charana et al. (2018) « un niveau d'éducation du parent faible ou élevé, était associé à un score d'anxiété élevé ».

- **Coping<sup>4</sup>, self-efficacy<sup>5</sup> et Health Locus of Control (HLC)<sup>6</sup> des parents**

Dans leur étude, Rosenberg et al. (2017) ont mis en évidence que certains facteurs psychologiques peuvent être significativement associés à l'anxiété préopératoire des parents. En effet un style d'adaptation dit inadapté, un faible sentiment d'efficacité personnel (dans la gestion de la douleur postopératoire) et un HLC externe, c'est-à-dire que dans ce cas les parents

---

<sup>3</sup> : L'anxiété-trait correspond à une disposition individuelle relativement stable à éprouver de l'anxiété (Bardel & Colombel, 2009)

<sup>4</sup> : = le style d'adaptation face au stress les mécanismes par lesquels une personne fait face à un événement stressant tel que la maladie d'un enfant

<sup>5</sup> : = le sentiment d'auto-efficacité/ sentiment d'efficacité personnelle

<sup>6</sup> : = croyances par rapport au lieu qui détermine l'état de santé (interne ou externe)

ont la croyance que le contrôle de la santé de leur enfant dépend des autres, sont des facteurs prédictifs d'une anxiété parentale élevée.

- **Le sexe de l'enfant**

Les parents des petites filles sont plus anxieux que ceux des petits garçons (Charana et al., 2018).

- **L'âge de l'enfant**

Au plus l'enfant est jeune au plus l'anxiété des parents est élevée (Ayenew et al., 2020 ; Charana et al., 2018 ; MacLaren & Kain 2008, Chahal et al. 2009, Witvliet et al. 2013 cités par Pomicino et al., 2018)

- **Le type de chirurgie de l'enfant**

Les mères et les pères ont montré une plus grande anxiété et une plus grande détresse lorsque leurs enfants ont subi une chirurgie majeure par rapport à une chirurgie de jour (Scrimin et al., 2009)

- **La zone d'habitation**

Les parents vivant dans des zones rurales sont plus anxieux que ceux vivant en zone urbaine (Ayenew et al., 2020, Charana et al., 2018)

- **La peur de la douleur postopératoire**

La peur de la douleur postopératoire est l'un des facteurs prédictifs de l'anxiété préopératoire des parents (Ayenew et al., 2020).

3.3.2.4. Les moyens pour diminuer l'anxiété parentale

Pour diminuer l'anxiété des parents accompagnant leur enfant lors de l'induction de l'anesthésie, deux méthodes ont eu des résultats significatifs (Yip et al., 2009).

- **L'acupression**

Wang et al. (2005), ont « examiné les effets anxiolytiques et sédatifs de l'acupression sur les parents dans la zone d'attente préopératoire avant la chirurgie de leurs enfants ».

Ils ont mesuré l'anxiété, la pression artérielle et la fréquence cardiaque avant et après l'intervention et les niveaux de sédation hypnotique (via un indice bispectral).

Les parents du groupe acupression ont rapporté une anxiété significativement moindre 20 minutes après l'intervention par rapport aux parents du groupe témoin. Les valeurs de l'indice bispectral, la fréquence cardiaque et la pression artérielle ne différaient toutefois pas entre les deux groupes d'étude (Wang et al., 2005, p.p.667-668).

#### - **La préparation**

La préparation permettrait également de diminuer l'anxiété parentale. Dans leur étude, Caldwell-Andrews et al. (2005), affirment que « les interventions qui préparent les parents à être présent durant l'induction de l'anesthésie peuvent diminuer l'anxiété des parents et les aider à être des aides plus efficaces pour leurs enfants ».

### 4. Les thèmes importants à aborder lors des entretiens avec les parents

Les thèmes ci-dessous ont été choisis pour leur pertinence en lien avec la littérature scientifique (Govindaswamy et al., 2018 ; Hallström, Runesson & Elander, 2002 ; Mélery, 1998 ; Mundy, 2010 ; Waaseem et al., 2018), pour leur lien avec les objectifs de l'étude et suite à une réflexion avec notre promotrice, co-promotrice et « acteurs » du terrain (voir le point « Elaboration du guide d'entretien » (p.26) pour plus de précision.

#### 4.1. Le besoin de proximité

Dans le cadre d'une hospitalisation, le besoin de proximité avec l'enfant est un des besoins les plus importants pour les parents (Hallström, Runesson & Elander, 2002 ; Govindaswamy et al., 2018 ; Mundy, 2010). Lors de l'induction de l'anesthésie, ce besoin de proximité avec l'enfant est également présent. En effet, « lorsqu'on laisse le choix aux parents, la majorité d'entre eux choisissent de rester avec leur enfant pendant l'induction de l'anesthésie, indépendamment de leurs expériences antérieures avec d'autres moyens plus efficaces de réduire l'anxiété de leur enfant, comme la prémédication sédatrice » (Caldwell-Andrews et al., 2005).

#### 4.2. Le besoin d'information

Dans les études de Hallström, Runesson & Elander (2002), de Govindaswamy et al. (2018) et Mundy (2010), le besoin d'information est le troisième besoin le plus important derrière le besoin de proximité et d'assurance.

En plus d'être un besoin pour les parents, l'information préopératoire est un droit pour le patient et un devoir pour les médecins. Celle-ci possède trois dimensions (Orliaguet, 2006) :

- La dimension médicale car « l'information est indispensable pour obtenir un consentement libre et éclairé du patient et de ses parents aux soins »
- La dimension psychologique car « la qualité et la nature de l'information peuvent influencer le niveau d'anxiété préopératoire des parents et donc de l'enfant »
- La dimension juridique car « le défaut d'information est devenu une faute pouvant entraîner la condamnation du médecin ou de l'hôpital, en cas de préjudice rattachable à ce défaut d'information »

De plus, dans les études de Wisselo, Stuart & Muris (2004) et Pomicino (2018), les parents font part de leur non-satisfaction par rapport aux informations données. Le pourcentage de parents satisfait concernant les informations données est de 57%. Cependant, 55% des parents voudraient plus d'informations (Wisselo, Stuart & Muris, 2004).

#### 4.2.1. Que veulent vraiment savoir les parents ?

---

L'étude de Wisselo et al. (2004), permet d'en apprendre davantage sur ce sujet. En effet, le but de leur étude était de déterminer les besoins des parents concernant l'anesthésie des enfants pour créer une vidéo basée sur ce que veulent réellement savoir les parents.

Les auteurs affirment que « les vidéocassettes présentant des informations sur l'anesthésie des enfants sont souvent basées sur ce que les réalisateurs de la vidéocassette pensent que les parents veulent savoir plutôt que sur ce que les parents veulent réellement savoir » (Wisselo et al., 2004).

De nombreux parents ont répondu vouloir plus d'informations sur l'induction de l'anesthésie et plus d'informations sur les effets secondaires liés à l'anesthésie.

#### 4.2.2. Comment transmettre les informations aux parents en préopératoire ?

---

Landier et al. (2017) ont évalué « les bénéfices d'un document écrit comme support de communication préopératoire en chirurgie pédiatrique sur la compréhension des informations par les parents, ainsi que sur leur anxiété et leur satisfaction ». Les résultats de cette étude ont prouvé que ce type d'outil a sa place lors de la consultation préopératoire en chirurgie pédiatrique ambulatoire. En effet, « il a amélioré significativement le score de compréhension-mémorisation et la satisfaction des parents tout en diminuant significativement leur niveau d'anxiété » (Landier et al., 2017). De plus, « l'intérêt d'un tel document comme support lors de la consultation, mais aussi comme moyen d'information jusqu'au jour de l'opération ne fait

aucun doute » puisqu'il est même sollicité par les parents qui n'en ont pas reçu (Landier et al., 2017).

Dans l'étude de Wisselo et al. (2004), ce support est également plébiscité. 90% des parents répondent vouloir recevoir les informations liées à l'anesthésie sous forme de brochure.

#### 4.2.3. Quel est le meilleur moment pour transmettre les informations en préopératoire ?

Concernant la préférence du moment pour recevoir les informations liées à l'anesthésie, le jour avant l'intervention et le jour de l'intervention semblent être les meilleurs moments selon les parents ayant participé à l'étude de Wisselo et al. (2004).

#### 4.2.4. L'information et l'anxiété parentale

Plusieurs études ont étudié l'impact de l'information préopératoire sur l'anxiété parentale.

Concernant les informations liées à l'anesthésie, l'étude de Ayenew et al. (2020) a « révélé que la probabilité d'être anxieux était plus élevée chez les parents qui n'avaient pas reçu suffisamment d'informations sur l'anesthésie que chez ceux qui avaient l'impression d'avoir bien été informés sur l'anesthésie ». Les résultats de 4 autres études vont également dans ce sens (Lonsdale et al. 1991, Bellew et al. 2002, de Oliveira Cumino et al. 2013, Guzel et al. 2014 cités par Ayenew et al., 2020).

L'étude de Pomicino et al. (2018) a permis de révéler que « l'information préopératoire concernant les complications qui peuvent survenir pendant et après l'opération d'un enfant augmente le risque que les parents développent un haut niveau d'anxiété ». Mais aussi que « les parents qui pensaient ne pas avoir reçu suffisamment d'informations sur la douleur avant et après l'intervention chirurgicale avaient un risque accru de développer des symptômes d'anxiété avant l'intervention ». Et enfin concernant le jeune préopératoire : « le fait de recevoir des informations préopératoires sur ce que les enfants pouvaient et ne pouvaient pas manger avant et après l'opération réduisait le risque d'anxiété parentale » (Pomicino et al., 2018).

Le besoin d'information a aussi un impact sur l'anxiété parentale. En effet dans l'étude de Kampouroglou et al. (2020), le besoin d'information préopératoire est positivement corrélé à l'anxiété totale des parents, c'est-à-dire qu'au plus les parents ont un besoin d'information élevé au plus ils sont anxieux.

#### *4.2.5. L'information préopératoire liée à l'anesthésie aux CUSL*

---

Lors de la consultation préopératoire d'anesthésie, l'anesthésiste rencontre l'enfant accompagné de son ou ses parents. Durant celle-ci, l'anesthésiste explique le déroulement de la « journée opératoire » et des « événements » lors de la rentrée en salle d'opération et de l'induction de l'anesthésie (mise en place de l'appareillage de surveillance, type d'induction de l'anesthésie (inhalatoire ou intraveineuse en fonction de l'âge et du choix exprimé par l'enfant)).

Le livret « Petit Pierre va en salle d'opération »<sup>7</sup> est donné à l'enfant et son parent, il permet d'être un relais jusqu'au jour de l'opération (Annexe 4).

C'est également lors de cette consultation que l'anesthésiste informe les parents de la possibilité d'accompagner leur enfant jusqu'à l'induction de l'anesthésie.

#### *4.3. Leur ressenti sur l'expérience vécue*

---

Ce thème-ci permettra de comprendre réellement ce que vit le parent lorsqu'il accompagne son enfant au bloc opératoire. En permettant aux parents d'exprimer leur ressenti, l'étude de Waaseem et al. (2018) a permis de mettre en lumière deux choses importantes : le côté difficile à vivre de l'induction de l'anesthésie pour les parents et en même temps le sentiment positif d'avoir pu être présent pour leur enfant.

#### *4.4. Le besoin de soutien social*

---

Le soutien social joue un rôle essentiel sur le plan du bien-être émotionnel et l'adaptation (Weiss cité dans Sinclair & Naud, 2005). En effet, dans la littérature, « il existe un consensus sur le rôle protecteur du soutien social au niveau psychologique, notamment, lors des périodes de vulnérabilité » (Capponi, Bacro, & Boudoukha, 2013).

De plus, « avoir un réseau social qui répond aux différents besoins socio-émotionnels de la personne augmenterait le sentiment d'efficacité personnelle et diminuerait les symptômes associés à la dépression et au burnout, tels le stress et l'anxiété » (Cutrona & Troutman ; Cutrona & Russell ; Turcotte cité dans Sinclair & Naud, 2005).

---

<sup>7</sup> : Livret racontant sous forme d'histoire le trajet d'un enfant devant se faire opérer aux CUSL.

Selon Barrera & House (cités dans Capponi, Bacro, & Boudoukha, 2013, p210), les différents types de soutien [...] ne seraient pas tous appropriés selon le contexte.

#### 4.4.1. Les types de soutien social

---

On distingue 4 types de soutien social suivant la fonction remplie par les individus qui le procurent (Razurel, Desmet, & Sellenet, 2011 ; Caron & Guay; Rascle et al.; St-Jean-Trudel cités dans Capponi, Bacro, & Boudoukha, 2013, p210):

- Le soutien instrumental (assistance directe concrète, grâce à des services tangibles (aide matérielle ou financière)
- Le soutien émotionnel (apporter détente, consolation et mieux-être, lors de moments difficiles, grâce à des échanges sur les ressentis émotionnels).
- Le soutien de valorisation personnelle (rassurer une personne concernant ses compétences, sa valeur, renforcer son estime d'elle-même)
- Le soutien informatif (apporter conseils, suggestions, connaissances)

De plus, « nombre de travaux ont indiqué que le soutien émotionnel jouait le rôle le plus important dans la santé mentale, notamment, en protégeant les individus contre l'apparition des troubles anxieux » (Bruchon-Schweitzer ; Caron, Lecomte, Stip & Renaud 2005 cités dans Capponi, Bacro, & Boudoukha, 2013, p211).

Dans le contexte du bloc opératoire, Kain et al. (2009) souhaitait déterminer si la présence de deux parents lors de l'induction de l'anesthésie réduisait l'anxiété des enfants et/ou des parents. L'étude a démontré que « la présence de deux parents dans les salles d'opération n'affecte pas l'anxiété observée chez l'enfant » mais « elle réduit l'anxiété autodéclarée par les parents » (Kain, 2009).

#### 4.5. Le rôle parental et le sentiment de compétence parental

---

Comme expliqué précédemment, la perte du rôle parental peut être stressant pour les parents en préopératoire et en postopératoire.

Le sentiment de compétence parental est la perception qu'a le parent de ses capacités vis-à-vis d'une tâche en lien avec leur rôle parental. Selon Razurel, Desmet, Sellenet (2011), ce sentiment de compétence « peut être influencé par le contexte, ainsi que par la disponibilité d'un soutien social et son adéquation ».

De plus, les exigences que se donne l'individu et la hauteur de ses attentes influencent grandement ce sentiment de compétence car « si la barre n'est pas fixée au bon niveau, les risques de déception ou d'insatisfaction augmentent » (Simon & Tardif, 2006 cités par Razurel, Desmet, Sellenet, 2011).

## **DEUXIEME PARTIE : MÉTHODES**

---

### **1. Choix de la méthode qualitative**

---

Pour répondre aux objectifs présentés ci-dessus, nous avons décidé d'utiliser une approche qualitative. D'après Aujoulat (2019), cette méthode permet d'explorer comment s'articulent des attitudes, des comportements, des expériences, de développer des explications d'un phénomène ; à générer des nouvelles idées et théories ; à comprendre l'expérience humaine et générer de nouvelles hypothèses.

Mais aussi quand le sujet de la recherche est mal défini ou pas suffisamment compris ; est complexe ; sensible, requiert une compréhension du détail ; requiert de nouvelles idées et de la créativité (Aujoulat, 2019).

Notre étude qualitative va permettre d'explorer les attitudes, les comportements et les expériences de parents et comment ils s'articulent ; de générer des nouvelles idées et théories, de comprendre l'expérience humaine et de pouvoir générer de nouvelles hypothèses. De plus, le sujet du ressenti des parents qui accompagnent leur enfant jusqu'à l'induction de l'anesthésie n'est que très peu compris, il est à la fois complexe et sensible et requiert une compréhension du détail.

### **2. Choix de la méthode de recueil des données**

---

Pour recueillir nos données, nous avons décidé de réaliser des entretiens semi-directifs auprès des parents dont l'enfant s'est fait opérer en orthopédie au sein du bloc opératoire des CUSL et qui répondaient aux critères d'inclusions.

Nous avons choisi ce mode de recueil de données car il permet une liberté de parole au sein d'un cadre défini (Aujoulat, 2019).

### 3. Considération éthique et autorisations

---

Afin de pouvoir réaliser les entretiens semi-directifs, nous avons dû soumettre le projet de cette étude au Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire (CEHF) des CUSL. Nous avons soumis le projet au CEHF le 7 décembre 2020 et il a été accepté le 4 janvier 2021 (Annexe 1).

Une demande de prolongation a été demandée par mail le 8 octobre 2021 et acceptée le 14 octobre 2021.

Nous avons également contacté le chef du service d’anesthésiologie, Dr Sermeus, le chef du service de chirurgie orthopédique, Pr Cornu ainsi que le Pr P.L Docquier, le Dr Pirotte, l’infirmier chef du bloc opératoire, Mr Zuccolini, l’infirmière chef et l’infirmière chef adjointe du secteur d’orthopédie, Mme Detaille et Mme Renguet pour leur donner toutes les informations concernant notre étude ainsi que le guide d’entretien qui sera utilisé pour la collecte des données.

Lors de notre première rencontre avec les parents et après acceptation de participer à notre étude, ces derniers ont reçu un exemplaire du « document d’information au participant » et du « questionnaire à l’intention du participant » qu’ils devaient lire et signer (Annexe 2). Le « formulaire de consentement éclairé au participant » était donné en deux exemplaires pour que les parents et l’investigateur puissent chacun en garder un exemplaire signé et leurs possessions (Annexe 2).

Le questionnaire ainsi que le formulaire de consentement ont été récupérés avant le retour dans l’enfant à domicile.

Avec l’accord oral des participants avant le début des entretiens, ceux-ci ont été enregistrés et ensuite retranscrits intégralement. De plus, les enregistrements audio et les retranscriptions des entretiens ont été anonymisés de la façon suivante : le premier chiffre désignera le numéro de l’entretien, vient ensuite la date de l’enregistrement (exemple : 1.06052022 pour l’enregistrement numéro 1 en date du 06/05/2022).

Pour l’écriture des résultats de ce mémoire, nous avons utilisé la dénomination de « Parent » suivi d’un chiffre. Ce dernier correspond au numéro d’ordre de recrutement du parent dans notre étude.

Une fois ce mémoire défendu et validé, les enregistrements et les retranscriptions seront détruits. Seules les données extraites seront conservées à des fins scientifiques.

## 4. Stratégie d'échantillonnage

---

Concernant la stratégie d'échantillonnage, les participants ont été choisis sur base de critères définis au préalable. Nous avons décidé de déterminer des critères d'inclusion et d'exclusion à la fois pour l'enfant opéré mais également pour le parent accompagnant.

Notre échantillon est donc un échantillon sélectif car les participants sont sélectionnés suivant des critères définis au préalable et en lien avec l'objectif de la recherche (Aujoulat, 2019).

### 4.1. Critères d'inclusion

---

Concernant **l'enfant**, les critères d'inclusions sont :

- Être opéré en chirurgie orthopédique (chirurgie ambulatoire ou non)
- Avoir un score ASA<sup>8</sup> de 1 ou 2 : nous avons décidé de ne pas prendre des enfants ayant un score ASA plus élevé car nous pensons que l'état de santé de l'enfant pourrait influencer l'état émotionnel du parent.
- Être âgé de 0 à 16 ans au moment de l'intervention chirurgicale : il est de principe au bloc opératoire des CUSL qu'au-dessus de cet âge, le parent n'accompagne plus l'enfant.

Pour **le parent** qui accompagne l'enfant, il doit comprendre parfaitement le français et le parler de manière courante. Pour un souci de compréhension des questions et de formulation des réponses, il nous semblait évident que les participants devaient avoir une bonne maîtrise de la langue française.

### 4.2. Critères d'exclusion

---

Nous excluons de cette étude les enfants ayant un score ASA supérieur à 2 et ceux âgés de 17 ans et plus au moment de l'intervention pour les raisons évoquées ci-dessus. Les enfants opérés en « urgence<sup>9</sup> » ne sont également pas inclus car dans cette situation, les parents ne sont pas invités à accompagner l'enfant jusqu'à l'induction de l'anesthésie.

---

<sup>8</sup> : le score ASA est un score qui évalue l'état de santé préopératoire du patient (1= patient normal; 2= patient avec anomalie systémique modérée; 3=patient avec anomalie systémique sévère; 4= patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante; 5= patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention; 6= patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe)

<sup>9</sup> : Toute chirurgie non planifiée à l'avance est considérée comme une opération en urgence

Concernant les parents, nous excluons ceux qui ne comprennent et ne parlent pas le français.

### 4.3. Recrutement des parents

---

Après avoir rédigé la partie théorique et avoir obtenu l'accord du comité éthique, nous avons consulté le planning opératoire des Cliniques Universitaires Saint-Luc afin de réaliser une première liste des enfants opérés en orthopédie pédiatrique les jours et semaines à venir.

Une fois cette première liste d'enfants établie, nous avons consulté leurs dossiers informatisés pour vérifier les critères d'inclusion (score ASA, âge de l'enfant et la langue couramment parlée). Suite à cette première vérification, nous avons établi une liste de parents dont les enfants répondaient aux critères d'inclusion.

Avant la première rencontre (soit le jour même soit la veille de l'intervention chirurgicale de l'enfant), nous avons vérifié auprès de l'infirmière de l'unité de chirurgie ambulatoire ou de l'unité d'hospitalisation prenant en charge l'enfant que le parent qui accompagnait l'enfant comprenait et parlait bien français. Lorsque ce critère était vérifié, nous allions nous présenter et expliquer en quoi consistait l'étude. Si suite à cela le parent acceptait de participer, nous leur donnions le document d'information, de consentement et le « questionnaire sociodémographique » (Annexe 2).

Nous convenions d'un rendez-vous par SMS pour réaliser l'entretien. Ce dernier se déroula par téléphone une fois l'enfant rentré à domicile.

Au total, **11 parents sur les 18 contactés** ont donné suite au SMS envoyé pour convenir d'un rendez-vous. Nous avons donc réalisé 11 entretiens.

#### 4.3.1. Problèmes rencontrés lors du recrutement

---

Lors du recrutement des parents, nous avons rencontré plusieurs problèmes.

Premièrement, la barrière de la langue. En effet, 8 parents n'ont pas pu prendre part à l'étude car ils ne parlaient ni ne comprenaient le français ce qui était un critère d'inclusion.

Le deuxième problème fut le taux de réponse au message pour la prise de rendez-vous. Sur les 18 parents qui ont accepté de participer et ont rempli les divers documents, 11 ont répondu favorablement pour fixer un rendez-vous pour l'entretien.

## 5. Collecte des données

---

Pour répondre aux objectifs de notre étude, nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-directifs. Pour récolter nos données, nous avons réalisé un guide d'entretien.

### 5.1. Élaboration du guide d'entretien

---

Pour construire notre guide d'entretien, nous nous sommes basés sur les objectifs de notre étude qui sont pour rappel : **recueillir le ressenti** des parents lorsqu'ils accompagnent leur enfant jusqu'à l'induction de l'anesthésie au sein du bloc opératoire orthopédique des CUSL, **comprendre l'état d'esprit** dans lequel se trouvent les parents quand ils sont en salle d'opération, d'explorer leurs **besoins** et **attentes** concernant **les informations données** lors de la consultation d'anesthésie et enfin **d'émettre des pistes d'amélioration** par rapport à la « prise en charge » des parents au bloc opératoire orthopédique des CUSL.

Dans un premier temps, avec les connaissances issues de la littérature et des recherches effectuées sur le sujet et les objectifs de notre étude, nous avons établi une première liste des thèmes importants à aborder avec les parents. Ceux-ci sont : **le besoin de proximité, le besoin d'information, leur ressenti sur l'expérience vécue** et **les pistes d'amélioration** à apporter concernant leur « prise en charge ».

Lors d'échanges avec notre promotrice et co-promotrice mais également avec le personnel de terrain du bloc opératoire orthopédique, d'autres thèmes importants sont apparus.

En effet, ces dernières nous ont fait part de deux thèmes supplémentaires qu'ils seraient importants d'aborder avec les parents. Ceux-ci sont : leur **rôle de parent** et **le besoin de soutien social**.

Les anesthésistes et le chirurgien pédiatrique travaillant au bloc opératoire orthopédique nous ont fait part d'un manque de retour sur leurs pratiques. Nous avons donc créé un thème plus large qui regroupe « **questionner les pratiques et pistes d'amélioration** ».

Dans un second temps j'ai rédigé les questions du guide d'entretien en lien avec ces thèmes.

Après plusieurs corrections et avant de commencer les entretiens, nous avons testé le guide auprès d'une personne extérieure à l'étude qui a accompagné son enfant lorsque ce dernier a été opéré aux CUSL. Ce test nous a permis de réaliser que certaines questions devaient être reformulées car elles manquaient de clarté.

Nous nous sommes rendu compte également qu'il fallait rajouter certaines questions pour les parents qui n'ont pas pu assister à la consultation d'anesthésie.

Vous trouverez en annexe le guide d'entretien définitif (Annexe 3).

### 5.1.1. Justification des questions du guide d'entretien

Thème des questions	Questions posées	Justification
Ressenti sur l'expérience vécue, sentiments et leur état d'esprit	Est-ce que vous pouvez me raconter comment s'est passé l'accompagnement de votre enfant au bloc opératoire en me faisant part de votre ressenti, de vos sentiments ?	Ces questions nous permettent de répondre à l'objectif principal de notre étude : <b>recueillir le ressenti des parents lorsqu'ils accompagnent leur enfant jusqu'à l'induction de l'anesthésie au sein du bloc opératoire orthopédique des CUSL.</b> Mais également de <u>comprendre l'état d'esprit dans lequel se trouvent les parents quand ils sont en salle d'opération.</u>
	Avec quels adjectifs décrieriez-vous votre expérience au bloc opératoire ?	
	Dans quel état d'esprit vous vous trouviez en arrivant en salle d'opération ?	
	Comment avez-vous vécu l'induction de l'anesthésie et l'endormissement de votre enfant ?	
	Comment avez-vous vécu la séparation ?	
Besoin de proximité et présence parentale	Que pensez-vous du fait que l'un des parents puisse entrer en salle d'opération et être présent aux côtés de leur enfant jusqu'à ce qu'il s'endorme ?	Ces questions permettent de mettre en lumière ce que pense le parent sur la présence parentale lors de l'induction de l'anesthésie. Mais également de savoir si c'était important pour lui, de connaître ses motivations à accompagner son enfant et de savoir s'il réitérerait l'expérience.
	Est-ce que c'était important pour vous d'avoir la possibilité de rester auprès de votre enfant jusqu'à ce qu'il s'endorme ?	
	Quelles étaient la ou les raisons qui vous ont motivé à être présent aux côtés de votre enfant en salle d'opération ?	
	Si c'était à refaire, est-ce que vous accompagneriez également votre enfant ?	

Besoin d'information	Pouvez-vous m'expliquer ce que vous avez eu comme informations lors de cette consultation ?	Ces questions permettent de répondre à l'objectif : <u>explorer leurs besoins et attentes concernant les informations données lors de la consultation d'anesthésie</u> (contenu de l'information, timing entre consultation d'anesthésie et chirurgie, support de transmission de l'information).
	Est-ce que vous vous rappelez quand a eu lieu cette consultation ? Selon vous, était-ce le meilleur moment pour vous donner ces informations ?	
	Par quel moyen vous a-t-on transmis ces informations ? Êtes-vous satisfait de la manière dont on vous a transmis l'information ? Est-ce que pour vous cela est suffisant de donner l'information (ex. uniquement oralement, uniquement par écrit) ou vous auriez voulu un support supplémentaire ?	
	Avec le recul, pensez-vous que l'on vous a donné toutes les informations nécessaires pour votre venue en salle d'opération ?	
Rôle parental et sentiment de compétence parental	Avez-vous été impliqué par le personnel soignant durant votre présence en salle d'opération par exemple à tenir la main de votre enfant, tenir le masque... ?	Ces questions permettent de savoir si les parents ont pu exercer leur rôle de parent auprès de leur enfant mais également de savoir quelles sont « tâches » qu'ils estiment être en lien avec leur rôle de parent et s'ils se sentaient assez préparés pour les réaliser. Mais également de savoir s'ils ont été impliqués et intégrés lors du processus de l'induction de l'anesthésie par le personnel du bloc opératoire et s'ils estiment que leur présence a eu un effet sur leur enfant.
	Selon vous, est-ce que votre présence a eu un effet sur le comportement de votre enfant ?	
	Est-ce que vous vous sentiez suffisamment préparé pour assister à l'anesthésie de votre enfant ?	
Besoin de soutien social	Est-ce que vous vous êtes senti soutenu par le personnel du bloc opératoire ?	Ces questions permettent d'explorer les besoins et attentes des parents en termes de soutien social.
	Est-ce que vous êtes venu accompagné / y va-t-il quelqu'un qui vous attendait à la sortie du bloc opératoire ?	

Questionner les pratiques et pistes d'amélioration	Que pourrait-on changer au bloc opératoire pour l'accueil de l'enfant et de son parent ?	Ces questions permettent de répondre au dernier objectif de notre étude : <u>émettre des pistes d'amélioration par rapport à la « prise en charge » des parents au bloc opératoire orthopédique des CUSL, en prenant compte leur ressenti.</u> Mais également leur sentiment de satisfaction par rapport à leur expérience
	Lors de cet échange, avez-vous eu le sentiment d'avoir la liberté de choisir d'être présent ou non ?	
	Vous a-t-on redemandé le jour de l'opération si vous désiriez toujours accompagner votre enfant ?	
	Quels conseils donneriez-vous à un parent qui accompagne son enfant en salle d'opération pour la première fois ? <sup>[1]</sup> <sub>[SEP]</sub>	
	Sur une échelle de 0 à 10 à combien estimeriez-vous votre niveau de satisfaction par rapport au déroulement votre	

## 5.2. Déroulement des entretiens

Comme expliqué dans le point « Recrutement des parents » (p.25), les entretiens se sont déroulés en dehors des CUSL, une fois l'enfant rentré à domicile.

Au début de chaque appel téléphonique, nous redemandions à chaque parent s'ils étaient toujours d'accord de participer à l'étude. Nous reprecisons également qu'ils pouvaient arrêter l'entretien à n'importe quel moment s'ils le désiraient et nous leur rappelons que les enregistrements et les retranscriptions des entretiens seront « anonymisés » (comme expliqué dans le point « Considération éthique et autorisations » (p.23))

Une fois ces points éclaircis, nous demandions à chaque participant si l'entretien pouvait être enregistré. Nous lançons l'enregistrement une fois l'accord donné oralement. Les 11 parents ont tous répondu positivement.

La durée des entretiens variait entre 25 et 45 minutes. La différence au niveau de la durée peut s'expliquer en partie par la modification des questions dans certains cas. Premièrement, lorsque le parent allait loin dans sa réflexion pour certaines questions et qu'il répondait en partie à d'autres questions posées plus loin dans le guide d'entretien, pour éviter que le parent se répète, nous reformulions ce que le parent nous avait dit précédemment sur le sujet et nous leur demandions s'il avait d'autres choses à rajouter. Deuxièmement, certains parents étaient plus à l'aise que d'autres pour exprimer leur ressenti et n'avaient pas de difficultés à se confier plus longuement sur leur expérience, ce qui explique que certains entretiens étaient plus longs.

Au bout de 10 entretiens, le seuil de saturation des données semblait atteint. Nous avons réalisé un entretien supplémentaire pour confirmer la saturation.

### *5.2.1. Problème rencontré durant l'enregistrement des entretiens*

---

Lors de deux entretiens, nous avons dû mettre l'enregistrement de ce dernier en pause car le réseau téléphonique ne permettait plus la poursuite de l'appel. Une fois que la connexion fût rétablie, nous avons réenclenché l'enregistrement. Cependant, lors de la retranscription, nous avons constaté que les fichiers audio étaient « vides » après la pause. Nous avons donc perdu les données de ces deux entretiens. Nous avons donc **9 entretiens complets et exploitables**.

### *5.3. Méthodes d'analyse des données*

---

Après avoir retranscrit les 9 entretiens, nous avons utilisé la méthode d'analyse thématique pour traiter nos données. Cette méthode consiste à découper chaque matériau en unités d'analyse correspondant à des thèmes. Ces dernières ont été prédéfinies au préalable et correspondent aux « thèmes importants à aborder avec les parents lors des entretiens » présentés dans le cadre théorique :

- Le ressenti sur l'expérience vécue, sentiments et leur état d'esprit
- Le besoin de proximité et présence parentale
- Le besoin d'information
- Le rôle parental et sentiment compétence parentale
- Le besoin soutien social
- Questionner les pratiques et pistes d'amélioration

Une fois les thématiques des unités d'analyse prédéfinies, nous avons pu créer des sous thématiques en lien avec les questions du guide d'entretien. Mais lors de l'analyse, certains sous thèmes ont également émergé : « Par rapport à l'environnement du bloc opératoire », « Par rapport au personnel soignant », « Problèmes rencontrés par les parents ».

## TROISIEME PARTIE : ANALYSE DES RÉSULTATS

---

### 1. Description de l'échantillon

---

#### 1.1. Les parents

---

Dans notre échantillon, il y a deux pères et sept mères. Ils ont entre 32 et 45 ans. Huit parents sont mariés et/ou en ménage. Quatre parents n'ont jamais été opérés.

#### 1.2. Les enfants

---

Dans notre échantillon, il y a six garçons et trois filles. Ils ont entre 4 mois et demi et 16 ans. Sept enfants ont déjà été opérés auparavant. Parmi ces enfants opérés précédemment, cinq ont pu bénéficier de la présence d'un parent au bloc opératoire.

Parent	Père/ Mère	Âge	Statut matrimonial	Nombre d'enfants	Parent opéré précédemment	Sexe de l'enfant	Âge de l'enfant	Enfant opéré précédemment	Accompagnement au BO
3	Père	44 ans	Marié/ en ménage	2	Non	Garçon	8 ans	Oui	Oui
4	Mère	40 ans	Mariée/ en ménage	2	Non	Garçon	9 ans	Oui	Oui
6	Mère	40 ans	Mariée/ en ménage	1	Oui	Fille	12 ans	Non	/
7	Mère	33 ans	Mariée/ en ménage	1	Oui	Fille	2 ans et 3 mois	Oui	Oui
13	Mère	45 ans	Isolée	1	Non	Garçon	13 ans	Oui	Oui
14	Mère	42 ans	Mariée/ en ménage	2	Oui	Fille	16 ans	Oui	Non
15	Père	41 ans	Mariée/ en ménage	4	Oui	Garçon	8 ans	Oui	Non
16	Mère	32 ans	Mariée/ en ménage	1	Non	Garçon	4 mois et demi	Non	/
17	Mère	45 ans	Mariée/ en ménage	1	Oui	Garçon	11 ans	Oui	Oui

Figure 5 : Données sociodémographiques des enfants et des parents ayant participé à notre étude

### 2. Présentation des données

---

Comme précisé dans le point « Méthode d'analyse des données » (p.30), nous avons défini au préalable nos unités d'analyse, nous allons présenter nos résultats selon cette même structure.

## 2.1. Ressenti sur l'expérience vécue, sentiments, état d'esprit

---

Lors des entretiens, certains parents nous ont confié avoir certaines appréhensions et un sentiment de stress par rapport au passage de leur enfant au BO : « *Moi, j'avais beaucoup d'appréhensions L. un peu... C'était une première donc on ne sait jamais s'il va avoir une réaction si...* » (Parent 6), « *Avant d'intégrer le bloc opératoire, il y avait une espèce de stress qui était partagé par moi-même et mon compagnon. On n'était pas très à l'aise avec l'idée d'endormir un petit garçon de 4 mois, même si on savait qu'on n'avait pas le choix. Et donc voilà, on avait de l'appréhension* » (Parent 16).

Cependant, pour certains parents pouvoir accompagner leur enfant a été vécu comme un soulagement, leur a permis d'être plus serein : « *Moi, ça m'a permis d'être vraiment sereine. [...] Le vécu est fort amélioré grâce à ça* » (Parent 7), « *J'ai aussi été très soulagée de savoir qu'on pouvait emmener L. jusqu'au bloc, jusqu'à ce qu'il soit endormi. [...] Donc voilà le fait que j'ai pu aller jusqu'au bout ça m'a vraiment... Oui, ça m'a soulagé* » (Parent 16)

Un parent mentionne également : « *J'ai l'impression que j'ai un peu déconnecté mes sentiments ou mes émotions. J'étais vraiment focus sur l'action qui était en train de se dérouler* » (Parent 16).

### 2.1.1. Par rapport à l'environnement du bloc opératoire

---

Lors des différents entretiens, certains parents nous ont parlé de manière positive de l'environnement du bloc opératoire, notamment du coin pédiatrique dans la salle d'attente du bloc opératoire : « *C'était chouette parce qu'il y avait une partie pédiatrique avec des dessins au mur. Donc déjà juste ça, ça rendait déjà l'endroit un peu plus sympa. [...] Il y avait une image, un enfant qui était endormi sur une table d'opération. Ça, c'était, je trouvais c'était bien parce que j'ai pu lui montrer que bientôt, elle allait avoir la même chose avec le petit masque pour endormir parce qu'à la maison, on avait, on s'était entraîné à mettre le masque, pour dire qu'elle allait avoir ça pour s'endormir. Donc j'ai pu remontrer ça, je trouvais bien et voilà puis après, bah il y avait la télé. Qu'elle ne regarde jamais à la maison, donc ça a permis de la distraire aussi* » (Parent 7). Un parent a également relevé que les CUSL étaient bien équipées et que cela avait un côté rassurant : « *On est plutôt bien équipé à Saint-Luc. Je pense que ça, ce soit un côté plutôt rassurant* » (Parent 6).

Un parent a constaté que la salle d'opération semblait encombrée, cela l'a interpellé et inquiété : « *J'ai trouvé que la pièce était encombrée. Parce qu'à un moment donné, il devait bouger*

*des choses sur des roulettes pour passer, etc. Donc ça, ça m'a un peu inquiété. Je me suis dit « Bah c'est un peu bizarre que la pièce soit encombrée parce que du coup, c'est quand même une pièce où on a une intervention chirurgicale et il faut que tout soit nickel, en place, pour qu'il n'y ait pas un problème pendant l'intervention donc ça, ça m'a un peu inquiété »* (Parent 14).

Un autre parent nous fait part de son ressenti plutôt négatif par rapport à la salle de réveil dédiée à la pédiatrie : *« La salle de réveil c'est voilà... C'est la faute de personne, mais c'est abominable comme endroit parce qu'il y a tout plein de monde, du bruit, ils s'autoalimentent en pleurant. Et puis il fait mourant de chaud. C'est des espaces exigus parce que finalement il y a des rideaux qui sont fermés, L. était perfusé et donc en fait il y avait des câbles partout. Il était monitoré et je ne sais pas si vous imaginez un peu le bazar, la blouse qui ferme sur le devant, que je ne peux pas enlever et tous ces câbles, enfin c'était... Et puis voilà, il faisait mourant chaud, c'est une super mauvaise expérience. [...] Il n'y a pas de bouton pour appeler les infirmières en fait dans la salle de réveil donc on est un peu démuni, à part crier plus fort que ton enfant pour essayer qu'on t'entende, il n'y a pas trop de solutions »* (Parent 16).

#### *2.1.2. Par rapport à l'induction de l'anesthésie*

---

L'induction de l'anesthésie est un moment particulièrement difficile pour les parents, ils en parlent avec des termes ayant une connotation plutôt négative (impressionnant, désagréable, rappelant l'euthanasie d'un chien).

Grâce à notre étude, nous avons pu mettre en évidence ce qui était impressionnant voir difficile, désagréable pour les parents lors de l'induction de l'anesthésie :

- La vision du corps endormi de l'enfant : *« [...] Mais c'est vrai que c'est quand même, quelque chose d'un peu impressionnant je trouve, de voir son enfant... Voilà qui tout d'un coup est complètement parti, endormi... »* (Parent 7), *« Moi j'appréhendais le moment où elle allait fermer les yeux en fait et s'endormir. [...] Le fait que le corps soit endormi complètement »* (Parent 14), *« Ça reste impressionnant, mais bon... De le voir tomber dans les vapes là, de le voir inconscient... »* (Parent 15).

- Les mouvements incontrôlés des membres : « *C'est vrai que c'est impressionnant le moment où elle s'endort et les jambes partent un peu dans tous les sens. [...] Je vais peut-être être un peu crue dans les termes, mais je trouve que quand on a déjà fait piquer son chien... j'ai vraiment eu la même sensation* » (Parent 6).
- Les yeux qui se révulsent : « *Moi, ce qui m'a plus impressionné, c'est les yeux en fait, parce qu'on voit vraiment, il les a encore mi- ouverts, mais ils sont complètement en train de loucher et en fait ça déforme un peu le visage. Moi, c'est ça qui m'a plus impressionné. [...] c'est particulier de voir son bébé qui louche, qui se laisse complètement aller* » (Parent 16).
- La vision du Propofol : « *Je me souviens de la seringue avec le produit [...] Donc là quand j'ai vu le blanc, le produit blanc qui rentrait dans la perfusion je me suis dit bon, ça y est, là, elle va partir. [...] Donc ça, c'est un peu impressionnant je trouve* » (Parent 14).

Cependant, même si le moment de l'induction reste difficile, certains parents estiment que si l'enfant s'endort paisiblement, calmement et que les personnes présentes soient rassurantes à son égard, cela leur permet de mieux vivre ce moment et de quitter sereinement la salle d'opération : « *Comme elle n'a vraiment pas pleuré, comparé aux autres fois, je l'ai très bien vécu. J'avais l'impression qu'elle s'était endormie sans peur. [...] Je l'ai bien vécu, mais j'avais quand même la larme à l'œil en la laissant* » (Parent 7), « *Le fait qu'il se soit endormi tout calmement, ça m'a facilité le fait...c'était facile pour moi de de partir plus sereinement à ce moment-là* » (Parent 15), « *Je l'ai bien vécu, mais je dirais que ce qui m'a aussi permis de mieux le vivre, c'est qu'en fait tant l'anesthésiste, l'infirmière, je me souviens principalement de ces 2 personnes, ils étaient en fait aussi très rassurant. Ils parlaient à L., avec des mots doux, un peu comme moi j'aurais pu le faire. Donc en fait, on était 3 finalement à l'accompagner dans cette étape-là et je ne me suis pas senti seul en fait, donc voilà, ça, ça m'a aidé aussi à vivre les choses un peu plus sereinement* » (Parent 16).

Lors de l'induction de l'anesthésie, certains parents ont été surpris par la rapidité du déroulement de celle-ci : « *La seule chose qui m'a un peu surprit, c'est la rapidité. Je pensais que quand on rentrait dans la salle d'opération, on devait rester un petit moment avant l'anesthésie. Mais tout a débuté tout de suite donc... ça s'est très vite fait. Mais je pense que c'est très bien, [...] surtout pour lui* » (Parent 3).

### 2.1.3. Par rapport à la séparation après l'endormissement

Le moment de la séparation reste un moment difficile pour certains parents. Cependant, le raccompagnement par le chirurgien orthopédique permet que ce moment soit mieux vécu par les parents : « *J'ai trouvé ça bien que ce soit le médecin lui-même qui va opérer qui raccompagne le parent jusqu'à l'entrée* » (Parent 14).

Certains parents rajoutent que ça les met en confiance, ils profitent également de ce moment avec le chirurgien pour pouvoir poser des questions, faire part de leurs inquiétudes, etc. Ce geste met en évidence les qualités humaines des chirurgiens orthopédiques pédiatriques des CUSL : « [...] *C'est le chirurgien lui-même qui m'a raccompagné jusqu'à la sortie. J'ai aussi trouvé ça vraiment super. [...] Voilà c'était bien parce que j'ai pu encore demander combien de temps ça allait durer ou des choses comme ça. En fait, ça s'est vraiment bien passé et ça m'a mis en confiance. [...] Comme elle avait une grosse brûlure en salle d'opération la première fois, juste de pouvoir lui redire de faire attention... En fait, ça fait plaisir de pouvoir le dire à la personne qui va vraiment faire la manipulation. [...] Vous pouvez lui dire que c'est super, de garder ce côté humain [...]* » (Parent 7), « *Le chirurgien lui-même a pris le temps de me raccompagner jusqu'à l'entrée, jusqu'à l'accueil. Donc j'ai eu le temps de lui demander comment ça allait se passer, donc j'étais en confiance [...]. J'ai apprécié le geste, qu'il prenne le temps* » (Parent 15), « [...] *C'est vraiment topissime ! [...] Qu'il fasse un petit état des lieux [...]/l'humanité quoi. [...] c'est vraiment une grande, une grande qualité qu'il a* » (Parent 6), « [...] *Ça montre aussi toute l'attention qu'il porte au patient, à sa famille, le respect qu'il a pour les gens... Ça m'a touché que ce soit lui qui me raccompagne [...]* » (Parent 17).

Plusieurs parents ont apprécié que ce soit le chirurgien qui les raccompagne, mais ça ne les aurait pas dérangés que cela soit un autre membre du personnel soignant qui le fasse : « *Ça aurait été une autre personne ça aurait été très bien, mais je trouvais ça bien que lui prenne le temps* » (Parent 13).

### 2.1.4. Par rapport au personnel soignant (infirmiers, anesthésistes, etc.)

Lors des entretiens, les parents nous ont parlé de manière positive du personnel soignant qu'ils ont rencontré. En effet, ils décrivent les termes « professionnel », « souriant », « sympathique », « bienveillant », « humain », etc. sont utilisés : « *Les gens étaient assez gentils chaque fois qu'il y avait quelqu'un qui passait.... [...] Les personnes étaient assez bienveillantes. [...] J'étais quand même relativement rassurée malgré que voilà, c'est des*

*endroits qui ne sont pas spécialement agréables à vivre, mais d'un autre côté, les gens qui travaillent là font tout ce qu'ils peuvent, je pense, pour que les patients et les accompagnants soient bien* » (Parent 14), « *J'avais l'impression d'être entouré de personnes bienveillantes qui se demandaient...enfin qui faisaient en sorte que ça se passe bien, qui étaient attentive. [...] Donc vraiment un cadre bienveillant et où on peut être là jusqu'au bout et on fait en sorte que chacun le vive bien, voilà vraiment positif* » (Parent 7).

Cependant, un parent a été confronté à une personne présente en salle d'opération qui ne se présente pas. Ce genre de situation n'est pas rassurante pour le parent et peut être source de stress : « *Il y avait un monsieur-là qui, je ne sais pas trop ce qu'il faisait, et donc ça je me suis posé la question, tiens, que fait-il là ? [...]C'était vraiment de la curiosité de savoir s'il allait jouer un rôle par rapport à mon enfant aussi, puisque les 2 autres personnes, donc le médecin anesthésiste et l'infirmière eux ils étaient actifs autour de P., donc eux clairement, je voyais à quoi ils servaient, ce qu'ils faisaient. Ça m'a un peu stressé, j'aurai apprécié qu'il se présente aussi. [...] C'est vrai que je ne dirais pas que c'est un manque de respect... Mais c'est dommage parce que tout le reste c'était bien déroulé. Et puis cette personne est là et je ne sais pas ce qu'elle fait là et comme encore une fois c'est mon enfant qui est dans la pièce et qu'il va se passer un truc pour lui, c'est vrai que ça, ça pourrait rassurer, le fait de savoir qui est qui* » (Parent 14).

Plusieurs parents nous ont parlé de leur ressenti par rapport aux chirurgiens orthopédiques plus spécifiquement : « *Les fois où le Dr Docquier a opéré N., il m'a toujours accompagné, toujours rassurer, parler et... Parce qu'au moment où on le laisse, on a toutes ces émotions qui montent. [...] J'étais aussi rassuré parce que docteur Docquier, voilà, il a une certaine expérience. Et il est entre des bonnes mains. ... [...] J'ai toujours vraiment une confiance au docteur Docquier par rapport à ça parce que je sais qu'il sait ce qu'il fait* » (Parent 4), « *C'est vraiment aussi quelqu'un de très calme qui explique les choses. Enfin, on ne le connaissait pas du tout avant d'arriver à Saint Luc et on est vraiment content parce qu'il a l'air à la fois très compétent, très posé et il explique les choses parce qu'on a aussi ses croyances, que les médecins vont garder pour eux les explications ou bien ils vont simplifier à outrance et du coup, on sort de là on ne sait pas trop ce qui se passe et ça, c'est vrai que ce n'est pas gai pour des parents* » (Parent 14).

Leur présence avant la chirurgie est également citée par les parents comme étant sécurisante : *« Le docteur est venu, ça j'ai vraiment apprécié parce qu'on avait déjà été ailleurs, on n'avait pas vu le chirurgien avant, ce n'était pas forcément très grave, mais j'ai trouvé vraiment chouette de le revoir juste avant l'opération, qu'il soit là, qu'il redit ce qu'il va faire. Voilà, j'ai trouvé ça sécurisant pour nous qui puisse être là. [...] Je trouvais ça vraiment super parce qu'il était là, dès le début »* (Parent 7).

## 2.2. Besoin de proximité et présence parentale

---

### 2.2.1. Présence parentale jusqu'à l'induction de l'anesthésie : ce qu'en pensent les parents

---

Les parents ont été unanimes, accompagner leur enfant jusqu'à ce qu'il s'endorme est quelque chose d'important voir d'indispensable à la fois pour eux, mais également pour l'enfant : *« Je trouve que c'est très important par ce que c'est sécurisant pour lui. Surtout comme je sais qu'il n'aime pas, qu'il a un peu peur de s'endormir comme ça, donc je pense que c'est important que quelqu'un qu'il connaît soit là... [...] C'est super important qu'un parent soit là quand il s'endort et quand il se réveille, qu'il puisse nous voir tout le temps. [...] On a dû le tenir jusqu'à ce qu'il soit endormi. Du coup, c'était bien que je sois là »* (Parent 3), *« Ça, c'est vraiment le point, je pense, indispensable. [...] C'était vraiment très important [...] Je trouve ça vraiment super, de l'accompagner jusqu'au bout. [...] Moi, ça m'a permis d'être vraiment sereine. [...] Moi je pense que ça enlève beaucoup d'anxiété, quoi. Le vécu est fort amélioré grâce à ça »* (Parent 7), *« Je trouve ça très positif, E. a déjà été opéré quelques fois et on ne m'a proposé ça qu'à Saint-Luc... et je trouve ça vraiment vraiment chouette. Enfin parce que c'est quand même un grand moment de stress pour l'enfant et je trouve que... Enfin le fait qu'on soit là jusqu'à ce qu'il s'endorme, je trouve ça... Voilà qui ne soit pas avec des inconnus, mais avec son parent. Enfin voilà, moi je, je trouve que ça aide quand même beaucoup quoi...[...] »* (Parent 17).

Cependant, deux parents rajoutent que l'accompagnement de l'enfant doit se faire par un parent qui sait gérer son stress pour que l'accompagnement soit bénéfique pour l'enfant : *« J'imagine que pour un parent qui sait rester calme et qui gère son stress, c'est bien, mais si on a un parent qui est stressé et qui communique son stress à son enfant, bah du coup c'est pas une bonne idée. Je pense que c'est un peu à chaque parent à se rendre compte et peut être au médecin aussi, s'il voit déjà au rendez-vous où il explique l'opération un des 2 parents ou les 2 sont hyper stressés. Bah peut-être leur dire que ce n'est peut-être pas une bonne idée »*

*descendre avec son enfant. Maintenant, j'imagine que ça reste leur choix, mais en tout cas ce qu'il faut, c'est que l'enfant soit un maximum détendu, et si ça fait pire que mieux que le parent soit là ... [...]Le parent doit faire du bien à son enfant et ne pas le faire stresser encore plus » (Parent 14), « Je trouve qu'il faudrait pouvoir quand même analyser vite fait l'état du parent. Je pense que ce n'est pas toujours peut-être nécessairement très intéressant d'avoir un parent complètement paniqué qui va jusque dans le bloc. Je ne pense pas qu'il soit très positif pour l'enfant » (Parent 17).*

Lors des entretiens, tous les parents nous ont fait part qu'ils réitéreraient l'expérience si leur enfant devait connaître une nouvelle anesthésie dans le futur.

Certains parents ont fait part de leur ressenti s'ils n'avaient pas pu accompagner leur enfant pour l'induction de l'anesthésie. Ils décrivent cela avec des termes négatifs à la fois pour eux mais également pour leur enfant : « *Même moi, je l'aurais vraiment mal vécu de la laisser. [...]Je pense, ça aurait été vraiment une grosse source de stress si on avait dû se séparer avant qu'elle dorme. [...]Moi, grâce à ça, je pense qu'E. n'a pas été trop stressée. Elle se demandait un peu ce qui se passait, mais elle n'a pas pleuré. Je pense qu'elle ne l'a pas mal vécu... J'imagine le déchirement si elle avait dû partir avec des inconnus » (Parent 7), « Je pense que s'il avait été plus inquiet, il aurait été plus difficile de se séparer plus tôt et j'imagine que s'il avait ...S'il avait pleuré par exemple et qu'il ait fallu que je le... que je lui dise au revoir dans le couloir et qui parte tout seul, là ça aurait été sûrement un facteur de stress important pour lui » (Parent 15), « Si je n'avais pas accompagné L., je me serais dit « il est là tout seul avec des gens qu'il n'a jamais vus, qui ont plein de masques, il a peut-être froid sous des lumières un peu glaçantes ». Voilà, je me serais fait des films et le fait de l'avoir accompagné, ça m'a permis déjà de ne pas fantasmer sur ce qui se passe » (Parent 16).*

Un parent rajoute qu'il a demandé l'avis de son enfant (16 ans) concernant son accompagnement : « *Je lui ai dit « est-ce que tu veux que je vienne ou pas ? » Et elle m'avait dit oui, donc voilà. [...] Elle est grande, donc je veux dire, enfin, je me suis dit que si je n'y allais pas, ça n'allait pas faire bizarre non plus et pour moi ce qui comptait, c'était l'avis de P. Donc je lui ai demandé, mais je trouvais ça bien aussi qu'il me le demande quand même, malgré qu'elle était plus âgée » (Parent 14).*

### 2.2.2. *Présence parentale jusqu'à l'induction de l'anesthésie : les motivations des parents*

---

Les motivations des parents à accompagner leurs enfants sont d'une part personnelles et d'autre part pour l'enfant lui-même : « *C'est toujours moi qui suis rentré parce que j'ai besoin de ça. Pour me rassurer. De voir l'environnement dans lequel il est, les personnes avec qui il est... Voilà ça, je trouve ça vraiment bien* » (Parent 4), « *Je pense que déjà, pour me rassurer personnellement, mais aussi pour la rassurer, elle... Le fait qu'elle s'endorme en sachant que je suis à côté d'elle... [...]Je fait d'être accompagné, je pense que pour eux c'est chouette [...] Moi je pense que pour eux, c'est vraiment un plus* » (Parent 6), « *J'ai pu voir qu'elle était endormie. Que ça c'était bien passé et que du coup, oui, moi ça m'a vraiment rassuré. Je pense que sinon je me serais demandé où elle allait, comment elle allait le vivre, puis là je connais un peu toutes les étapes de comment elle l'a vécu, ça aussi d'en reparler avec elle après. [...] Le fait d'avoir une personne qu'on connaît enfin son papa, sa maman, ça donne vraiment confiance. [...]* » (Parent 7), « *Être confronté à ça, parce que je ne voulais pas laisser partir P. toute seule. [...] On perd le contrôle et l'enfant aussi puisqu'il est endormi et on confie notre enfant à des inconnus. Donc je pense que ça rassure d'aller voir jusqu'où l'enfant va aller, avec qui il va rester, etc. Jusqu'au bout, le plus loin possible, voir ce qui va se passer, c'est rassurant pour le parent* » (Parent 14).

## 2.3. *Besoin d'information*

---

### 2.3.1. *Lors de la consultation d'anesthésie*

---

Un parent a mentionné l'importance de la consultation d'anesthésie. Cela permet de rassurer le parent et qu'il puisse vivre l'induction de l'anesthésie plus sereinement : « *Ce qui m'a permis de le vivre plus sereinement, entre guillemets, c'est d'avoir rencontré l'anesthésiste avant l'opération. Donc on avait eu un entretien avec un des anesthésistes à Saint Luc une semaine avant qui avait répondu à mes questions et qui m'avait rassuré* » (Parent 16).

Concernant le contenu de la consultation d'anesthésie préopératoire, nous avons pu constater qu'il y avait « un socle commun » à toutes les consultations et pour tous les âges de l'enfant : questions sur l'âge, le poids, la taille de l'enfant, présence d'allergies connues, antécédents médicaux et/ou chirurgicaux, règles de jeûnes, etc.

Lors des entretiens, plusieurs points « négatifs » ont été soulevés par certains parents concernant les informations données à la consultation d'anesthésie.

Plusieurs parents ont cité un manque d'explications sur le déroulement de la journée opératoire et de l'anesthésie : « *Il n'a pas expliqué les étapes c'était plutôt des questions qui venait de ma part. [...] Je pense que ce serait vraiment intéressant quand même de nous... D'expliquer un peu plus par étape parce que là en fait, c'était surtout sur son état de santé. Et puis moi j'ai posé quelques questions, mais peut être simplement nous dire que voilà, on peut être 2 parents dans la salle avant le bloc. Puis, après une personne ira. Peut-être expliquer un peu plus systématiquement, ça pourrait être intéressant pour nous* » (Parent 7), « *C'est le brancardier qui nous conduit dans un sas. Puis voilà, on est là, on ne sait pas combien de temps, on ne sait pas finalement qui va venir nous chercher. [...] En fait, on ne savait pas trop qui viendrait nous chercher si c'était des anesthésistes, si c'était l'orthopédiste si c'était une infirmière, quand. [...] Juste nous dire alors « voilà l'anesthésiste, l'orthopédiste va venir vous chercher d'ici 10-15 minutes. En fait, voilà, juste ça. Donner une information à ce sujet* » (Parent 16).

Concernant les mouvements réflexes liés à la phase d'excitation<sup>10</sup> lors de l'induction de l'anesthésie, les parents sont partagés sur le sujet. Certains voudraient être prévenus au préalable, d'autres sur le moment même (s'il y a présence de ces mouvements). Ils sont cependant d'accord pour dire qu'il faut qu'il y ait une explication si cela se produit et de rassurer le parent à ce sujet : « *Peut-être prévenir que le corps bouge après... Car c'est quand même quelque chose un peu..., ça fait quelque chose quoi, enfin pour moi. [...] Ça m'aurait fait moins si je l'avais su. Voilà ils m'ont rassuré tout de suite. Ils m'ont tout de suite dit c'est normal. Ils ont vu ma réaction donc ils m'ont tout de suite rassuré* » (Parent 6), « *Je pense que si on me l'avait dit vraiment à l'avance, « Oh vous savez, quand elle va s'endormir, elle risque d'avoir ses yeux qui partent... » enfin je pense que je n'aurais pas aimé savoir vraiment à l'avance ça m'aurait plutôt inquiété* » (Parent 7)

Concernant la transmission des informations à destination des parents, elle se fait principalement de manière orale. Plusieurs parents ont mentionné un intérêt pour un support écrit. L'un d'entre eux rajoute cependant qu'il ne doit pas être trop anxiogène. D'autres pensent que le livret « Petit Pierre » peut être une source d'informations pour eux et qu'il peut être utilisé aussi bien par les parents que pour l'enfant : « *Le support pour E., ça aurait été bien et*

---

<sup>10</sup> : Lors de cette phase d'endormissement par inhalation, le cerveau de l'enfant passe par une phase d'excitation avant d'atteindre celle de relaxation. Cette phase d'excitation est critique car, tout en étant inconscient, l'enfant devient tachycarde, présente des mouvements incontrôlés et modifie le tonus de ces muscles pharyngés (ronflement, tirage, tachypnée) (Pirotte, T. (n.d). Orthopédie pédiatrique: le point de vue de l'anesthésiste).

*ça aurait sans doute été suffisant pour nous. [...] Et donc c'est vrai qu'à ce moment-là si on a le support écrit, on peut en parler quand on veut* » (Parent 7).

Concernant la transmission des informations à destination des enfants, elle se fait de manière orale à l'aide du support visuel du livret « Petit Pierre va en salle d'opération ». Un parent a également mentionné l'existence d'un film ou l'on pouvait suivre un enfant à l'hôpital.

Lors des différents entretiens, nous avons pu constater que la transmission des informations à l'enfant n'est pas toujours réalisée. En effet, quand il s'agit d'enfant plus jeune (2 ans), un parent nous a expliqué que l'anesthésiste, lors de la consultation, n'avait pas expliqué à l'enfant comment allait se passer l'anesthésie : « *Il n'a pas, il ne s'est pas adressé à E. quoi. Pour moi, c'était parfait, mais il ne nous a pas expliqué comment ça allait se passer en mode enfant, quoi... Un peu pédagogique avec du matériel* » (Parent 7).

Or, pour les enfants plus âgés (entre 8 à 16 ans), les parents ont observé que l'anesthésiste ou l'infirmière s'occupant de la consultation d'anesthésie s'adressent directement à l'enfant, qu'ils se mettent à la hauteur de l'enfant, qu'ils prennent le temps de bien leur expliquer, qu'ils les écoutent et qu'ils prennent en compte leur avis : « *Ma fille, directement, a demandé où est-ce qu'on allait la piquer. Parce qu'elle se souvenait pour les dents de sagesse, elle avait eu ça dans la main et elle avait préféré que dans le bras donc il a dit « Oh bah si tu préfères dans la main, on fera dans la main » donc ça je trouvais chouette aussi qu'il soit à l'écoute* » (Parent 14), « *[...] Elle s'adressait à lui, puisque c'est lui qui était le patient, je trouve ça important ! [...] Elle s'est mise à son niveau pour lui expliquer ce qu'elle avait à lui expliquer* » (Parent 15).

Concernant le timing entre la consultation d'anesthésie et la chirurgie, les parents n'ont pas de préférence. En fonction du contexte de la chirurgie et/ou de l'état de santé de l'enfant, certains préfèrent que ce soit rapproché de la chirurgie d'autres, éloignés d'une semaine ou plus pour pouvoir faire des examens supplémentaires et avoir les résultats.

Cependant, certains parents ont mentionné que l'articulation des rendez-vous était importante. En effet, le regroupement des rendez-vous préopératoires pour leur éviter trop d'allées et venues avec leur enfant serait positif quand cela est possible : « *On a dû revenir 3 fois en 13 jours, une fois pour l'orthopédiste, la seconde fois pour l'anesthésiste la 3e fois pour l'opération. [...] Je pense que ça pourrait être organisé un peu autrement pour qu'on puisse dans la foulée... Parce que finalement, c'est tout un chipotage, surtout avec un bébé (4 mois et demi)*

*de se déplacer pour attendre 20 minutes parce qu'il y a évidemment le retard. Et pour être reçu 15 minutes, moi, je suis parti 2h »* (Parent 16).

Plusieurs parents n'ont pas eu de consultation d'anesthésie pour la dernière chirurgie de leur enfant. Ayant tous eu une autre chirurgie peu de temps avant (quelques mois/ un an), les anesthésistes ont repris les informations de la consultation précédant cette chirurgie. Cela permet de limiter les rendez-vous pour le parent. En absence de consultation récente le jour de la chirurgie, l'anesthésiste s'entretient plus longuement avec le parent présent sur l'état de santé de l'enfant.

Malgré les points négatifs cités ci-dessus, les parents estiment que la consultation d'anesthésie a répondu à leurs attentes et besoins sur le moment en termes de contenu. Ils estiment être relativement bien préparés pour assister à l'induction d'anesthésie de leur enfant.

### 2.3.2. En salle d'opération/lors de l'induction de l'anesthésie

Comme pour la consultation d'anesthésie, les parents ont apprécié que le personnel gravitant autour de l'enfant se présente, s'adresse directement à lui pour expliquer ce qu'il fait, se mette à sa hauteur, mais également qu'il prenne le temps de les laisser découvrir le matériel pour ne pas les brusquer : *« [...] Il a aussi pris le temps de lui montrer le petit coussin où elle allait mettre sa tête. [...] Je vous ai dit il a pris son temps c'était quand même vraiment chouette de prendre le temps. Pas là plaquer comme ça pourrait être, j'imagine si on ne prend pas le temps »* (Parent 7), *« [...] J'ai trouvé aussi que les infirmières qui se sont occupées de l'endormir à ce moment-là ont bien pris le temps aussi de l'accompagner, de montrer la salle, dire qui faisait quoi, tout le monde s'est présenté, se sont bien rapproché de lui, puisqu'il était allongé là pour qu'il puisse les voir »* (Parent 15).

### 2.4. Rôle parental et sentiment de compétence parentale

Lors de leur présence au BO, les parents se sont sentis impliqués par le personnel soignant et ont apprécié cela : *« Je l'ai vécu comme le fait que déjà, les parents sont une part importante du processus quoi. Donc je trouvais que... voilà, on me donnait une place et que ça nous permet à l'enfant et à nous de voilà de le vivre bien, sans stress. Je trouvais que tout le monde, voilà, m'impliquait, on me disait où je pouvais mettre. Voilà, je ne me sentais pas de trop en tout cas »* (Parent 7), *« J'ai été invité parce que, à un moment donné, quand il le passait d'un lit à l'autre, j'étais un petit peu sur le côté et c'est vrai que je n'aime pas spécialement*

*m'imposer donc en fait j'attendais vraiment qu'on m'invite à venir près de lui et ça a été fait très rapidement* » (Parent 17).

La grande majorité des parents interrogés lors de notre étude nous ont confié qu'accompagner leur enfant jusqu'à l'induction de l'anesthésie était une évidence et que cela les rassurait. Un parent cite clairement cela comme étant son rôle : « *J'ai eu l'impression de faire... de jouer mon rôle* » (Parent 15). Un autre parent rajoute : « *Et même si tout le monde est très très très chouette, très sympa, très attentionné, bon, ça remplacera quand même, pas un parent* » (Parent 17). Certains parents nous ont fait part de leur « aversion » pour le « milieu médical ». Cependant, ils estiment également que c'est leur rôle de parent d'accompagner leur enfant malgré cela : « *Pour son bien-être à elle. [...] De toute façon en tant que parent, même si je suis vraiment quelqu'un qui déteste tout ce qui est médical, piqûres tout ça, mais enfin, je pense que pour son enfant on passe au-dessus de ça quoi* » (Parent 6), « *Moi, je n'aime pas du tout les piqûres et tout, mais bon... [...] C'est mon fils, et que je me dis que voilà... Comme je suis seule avec lui, je n'allais pas envoyer quelqu'un d'autre. Je ne me voyais pas ne pas y aller et ça ne m'a même jamais traversé l'esprit* » (Parent 13).

Malgré que la grande majorité des parents interrogés lors de notre étude nous a confié qu'accompagner leur enfant jusqu'à l'induction de l'anesthésie était une évidence et faisait partie de leur rôle, certains parents ont perçu de la part du personnel soignant que c'était ce qu'on attendait d'eux, qu'ils sous-entendaient que c'était leur rôle d'accompagner leur enfant : « *Je pense effectivement qu'elles attendaient de moi que je l'accompagne maintenant je n'ai ressenti aucune pression de leur part. [...]* » (Parent 14), « *Mais je n'ai pas l'impression qu'on avait vraiment le choix. [...] Je pense clairement que c'est ce qu'on attendait de moi* » (Parent 16), « *J'ai l'impression qu'en fait on présuppose que de toute façon, c'est ce que souhaite le parent en fait* » (Parent 17).

Un parent précise que la pression d'être présent lors de l'induction de l'anesthésie venait de son enfant et non du personnel soignant : « *Je n'ai pas senti d'obligation par rapport à l'hôpital, mais de la part de mon fils, oui ! Pour moi c'était évident d'y aller* » (Parent 3).

Plusieurs parents parlent de leur perception du rôle parentale et du jugement qu'ils pourraient ou que des personnes pourraient émettre s'ils n'avaient pas accompagné leur enfant : « *Si je ne l'avais pas accompagnée, je me serais mis une pression, je pense, je me serais dit « Et c'est vrai que si on ne vient pas, je ne sais pas comment ça peut être interprété. [...] Ah ce n'est*

*pas... T'accompagnes, pas ton enfant* » (Parent 14), « [...] *Et puis de ne pas accompagner son enfant enfin, on pourrait se dire « Oh là là, c'est quoi ça, cette mère... »* » (Parent 17).

A contrario, un parent a vécu l'expérience inverse. Ce dernier est le parent d'un adolescent de 13 ans qui physiquement fait « beaucoup plus », il a eu le sentiment de se sentir jugé à plusieurs reprises par le personnel soignant, car il l'accompagnait : « *J'ai eu le sentiment quand même une ou 2 fois qu'on me regardait en se demandant ce que je faisais là, pas au niveau de la salle d'op, avec l'anesthésiste, le chirurgien, ça pas du tout, mais je crois que c'était lié au physique de mon fils* » (Parent 13).

Il est donc intéressant de noter que les attentes par rapport au rôle parental peuvent être différentes pour le personnel soignant suivant l'apparence physique de l'enfant et/ou son âge.

Certains parents ont cité d'autres rôles qui leur sont propres au BO :

- Rassurer : « *Comme il ne parle pas, j'ai toujours envie de le rassurer et de savoir ce qu'il ressent au fond de lui* » (Parent 4), « *Nous, on est là pour rassurer. [...]* » (Parent 7), « *Je ne sais pas si vu son âge (13 ans) et sa taille je ne sais pas si quelqu'un serait resté près de lui pour le rassurer* » (Parent 13).
- Apaiser : « *Moi j'ai su l'apaiser à ce moment-là* » (Parent 6).
- Rester auprès de l'enfant, lui tenir compagnie : « *On est toujours là pour lui et qu'on ne le laisse pas seul* » (Parent 3), « *Rester auprès d'elle, savoir qu'on est toujours là pour elle* » (Parent 7), « *Si je n'accompagnais pas, qu'il reste 5 minutes, là tout seul dans un couloir en attendant que l'anesthésiste arrive...* » (Parent 13), « *Je ne voulais pas laisser partir P. toute seule* » (Parent 14), « *Pour moi, c'est vraiment la présence auprès d'E., qui sente que je suis là* » (Parent 17).
- Divertir : « *On a quand même papoté quelque temps, fait un peu des blagues* » (Parent 13).
- Être un point de repère familial : « *J'ai l'impression qu'en tant que parent, de savoir que son enfant a un point de repère très familial, ça rassure* » (Parent 16), « *Qu'il voit mon visage* » (Parent 17).
- Être la personne qui sécurise et de confiance : « *C'est juste pour lui « donner confiance »* » (Parent 3), « *C'est vraiment ça faire le rôle de maman en fait, la personne qui sécurise, qui donne confiance. [...] En fait, c'est vraiment ça, le rôle de maman en fait, la personne* »

*qui sécurise, qui donne confiance, qui dit que voilà, à cet âge-là si maman dit que c'est bien, c'est que ça va aller[...] » (Parent 7).*

- Être le relais de l'enfant : *« Quand il y a quelqu'un qui lui pose des questions, si jamais il ne sait pas répondre » (Parent 13).*

Concernant le fait de tenir le masque à oxygène que l'on met sur le visage de l'enfant lors de l'induction de l'anesthésie par voie inhalatoire, certains parents interrogés pensent que cela ne fait pas partie des gestes liés à leur rôle de parent au BO. Ils considèrent ce geste comme un acte technique/invasif, ils auraient peur de « mal faire » ou d'être associés par l'enfant au geste de l'anesthésie : *« Je préfère que cela soit fait par... pour qu'il... comme il ne parle pas je n'ai pas envie qu'il se dise "oh, mais c'est ma maman qui..." [...]Voilà, j'ai vraiment envie de garder mon rôle de maman, soutenir » (Parent 4), « Je n'aurais pas souhaité faire plus parce que si j'avais tenu le masque moi-même j'aurais peur de mal faire, je pense. [...] J'aurais eu l'impression de faire quand même un peu un geste invasif envers elle, de devoir tenir ce masque » (Parent 7), « C'est un geste technique et je ne suis pas technicienne. Donc j'estime que moi je suis dans mon rôle de maman. Et qu'eux soient dans leur rôle de personnel soignant et donc voilà, je pense que c'est bien de ne pas mélanger les 2. J'aurais aussi peur de faire une bêtise, je suis un peu maladroit donc... » (Parent 14).*

Cependant, un parent a tenu le masque au moment de l'anesthésie et ce geste lui a paru naturel : *« J'étais là à côté de lui pour lui tenir la main quand on a commencé l'anesthésie, puis le masque. [...] Je ne sais même pas si on m'a demandé..., je l'ai juste fait car j'étais la personne la plus proche pour le faire » (Parent 3).*

Concernant l'effet de leur présence sur le comportement de leur enfant, les parents sont plutôt du même avis, leur présence a eu un effet bénéfique sur leur enfant : *« Je pense que oui, parce que je lui parle beaucoup, je le rassure et j'essaie vraiment de le mettre vraiment le plus possible dans le positif et de le rassurer vraiment jusqu'au bout, c'est pour ça que j'aime bien aller jusqu'au bout et on voit qu'il est plus ou moins calme » (Parent 4), « Je pense qu'il était d'autant plus détendu qu'il n'était pas tout seul après, il était... D'une manière générale, pas trop stressé. [...] Ma présence a un effet positif à ce moment-là. Je pense que je suis assez convaincu » (Parent 15), « Je pense que ça la quand même un petit peu rassuré. Après, il était stressé à fond et je n'aurais jamais été capable de de le rassurer à 100%, mais ça lui a permis de quand même de tenir un peu le coup, quoi. Parce qu'il était vraiment hyper angoissé, il fait limite il ventilé, il se sentait vraiment mal » (Parent 17).*

## 2.5. Besoin de soutien social

---

Plusieurs couples de parents ont pu accompagner leur enfant jusqu'à la salle d'attente du bloc opératoire et cela a été fortement apprécié. Cela permet de voir où va aller l'enfant, d'échanger avec l'anesthésiste et/ou le chirurgien surtout dans le cas où les deux parents n'ont pu être présents lors des consultations. Cela permet également aux parents de se soutenir mutuellement : « *C'était vraiment chouette d'être à 2, parce que comme on avait pu tous les 2 prendre congé, c'est vrai que pour mon mari c'était chouette de pouvoir voir ou allait aller notre fille et entendre aussi le médecin. C'était vraiment une chose positive qu'on puisse être à 2* » (Parent 7), « *J'étais contente que mon compagnon soit là aussi, ça permettait un peu de se partager. Ouais l'appréhension* » (Parent 16). Un parent rajoute que cela peut être également un proche de la famille : « *Ce serait bien de laisser un 2<sup>e</sup> parent, un 2<sup>e</sup> accompagnateur, que ce soit ma sœur, peu importe. Pour que la maman aussi, puisse parler un petit peu. Et la deuxième personne essaie de rassurer aussi. Ça donne du soutien* » (Parent 4).

Une fois l'induction de l'anesthésie terminée, le parent est raccompagné vers la sortie du BO. Il rejoint ensuite l'unité d'hospitalisation ou dans la salle d'attente de l'hôpital de jour en attendant la fin de la chirurgie. Cependant, l'attente peut être longue et stressante pour les parents. Certains ont mentionné qu'avoir pu attendre à deux a été positif.

Être à deux permet également de se soutenir mutuellement : « *C'est une chance qu'on puisse avoir pris tous les 2 congé. Moi, ça m'a vraiment aidé d'être à 2 pour vivre l'attente parce que l'attente, c'est vraiment long, je trouve. Mais c'est vrai que ne pas être toute seule, ça fait passer le temps aussi plus vite et ça permet d'exprimer ce qu'on a vécu aussi. Il était beaucoup moins stressé que moi par le temps qui passait* » (Parent 7).

Certains parents ont mentionné qu'ils auraient souhaité être à deux également en salle de réveil et en salle d'opération pour l'induction de l'anesthésie : « *La seule chose que j'aurais appréciée c'est que les deux parents puissent être là en salle de réveil après* » (Parent 3), « *Moi je dirais déjà que si les 2 parents pouvaient accompagner dans la salle d'op, ce serait vraiment top, mais il faut que ça soit possible parce que c'est un endroit où il faut que ça soit vraiment bien stérile...* » (Parent 4).

Certains parents ont également perçu un soutien émotionnel et informatif de la part du personnel soignant et des chirurgiens orthopédiques lors de leur raccompagnement jusqu'à l'entrée du BO : [...] *Ils sont habitués à ce genre de réaction des parents puisque l'infirmière m'a tout de*

*suite posé la main sur l'épaule en disant que c'était tout à fait normal, que je ne devais pas m'inquiéter. [...] Ce contact physique a fait du bien et ça donne un peu d'humanité. [...] On était 3 finalement à l'accompagner dans cette étape-là et je ne me suis pas senti seul en fait, donc voilà, ça, ça m'a aidé aussi à vivre les choses un peu plus sereinement (Parent 16), « [...] le fait qu'il vienne avec moi après pour expliquer que ça va prendre du temps parce que c'est une opération qui ne font pas tous les jours qu'il nous explique qu'il va falloir être patient et tout ça » (Parent 6), « [...] Donc on avait eu un entretien avec un des anesthésistes à Saint Luc une semaine avant qui avait répondu à mes questions et qui m'avait rassuré » (Parent 16).*

Un parent rajoute que la personne qui apporte un soutien ne doit pas être un inconnu : *« Si j'ai besoin de soutien ça doit être de quelqu'un que je connais ou alors moi je peux téléphoner à quelqu'un pour chercher du soutien, mais par exemple un inconnu, un bénévole ou ça je... Non, je ne préfère pas en fait quand on est dans des situations un peu stressantes comme ça, être confronté à quelqu'un qu'on ne connaît pas, même s'il est bien intentionné, enfin, moi, personnellement, ça ne, ça ne m'intéresse pas » (Parent 14).*

## 2.6. Questionner les pratiques et pistes d'amélioration

### 2.6.1. Problèmes rencontrés par les parents

Lors des entretiens, plusieurs parents nous ont rapporté des problèmes de communication et notamment sur la possibilité d'accompagner son enfant au BO et sur la possibilité d'être présent en salle de réveil : *« Je ne m'y attendais pas. [...] Maintenant, je trouverais ça chouette c'est vrai qu'on, on le dise d'avance aux parents, parce que voilà du coup si c'est un stress pour l'enfant, on peut déjà lui dire qu'on pourra aller avec lui jusqu'au bloc. Je trouve ça intéressant quoi de le savoir » (Parent 17), « [...]Moi on m'avait dit quand elle (enfant âgé de 16 ans) sera en salle de réveil, on vient vous chercher, et donc j'attendais, puis je vois l'heure qui passe... Je me dis qu'il y a quand même quelque chose qui ne va pas, donc j'ai été voir l'infirmière, elle a appelé et elle m'a dit « Elle n'est pas en salle de réveil chez les enfants donc elle est peut-être déjà en route pour remonter dans sa chambre ». Et puis quand elle est arrivée, au final, on a appris qu'elle était chez les adultes. [...] ça aurait été bien qu'on me dise tout de suite « bah malheureusement, on l'a mise chez les adultes, donc vous ne pourrez pas descendre » comme ça, moi, je n'étais pas stressée avec ça quoi...Je me suis dit quelque chose s'est passé pendant l'opération. Enfin, il y a quelque chose qui n'a pas été, ça à durer plus longtemps que prévu... » (Parent 14).*

Certains parents ont également mentionné un temps d'attente assez long entre le moment de leur arrivée dans la salle d'attente du BO et la prise en charge par l'anesthésiste/ chirurgien : *« On attendait dans la chambre de P., et puis je pense que c'est déjà vers 14h, on est venu nous chercher donc j'étais un peu surprise que ce soit si tôt parce que l'opération était prévue à 15h30. Don est descendu au - 2 et là il nous a installés dans la salle d'attente pour se faire opérer. Et donc on attendait, mais on savait qu'on allait attendre un certain temps vu qu'il était encore tôt »* (Parent 14).

Un manque d'intimité pour les patients (salle de réveil adulte, check-list) a également été relevé par plusieurs parents : *« Le seul truc qui m'avait étonné, en rentrant au bloc opératoire, on passe par la salle de réveil des adultes pour aller chez nos enfants. Vraiment, c'est particulier parce qu'on voit un petit peu tout le monde comme ça, un peu sonné c'est impressionnant comme ça de l'extérieur. [...] Pourquoi pas une petite intimité ? »* (Parent 4)

Certains parents dont l'enfant a été opéré en chirurgie de jour nous ont fait part d'un manque de perspective sur « l'autorisation de sortie » de l'enfant : *« Si j'ai un petit point à améliorer, peut-être une fois dans la chambre, je ne savais pas du tout quand est-ce que le médecin pourrait passer pour... Je savais que M. devait être libéré dans la journée, mais je ne savais pas à quel moment ce serait donc l'infirmière sur place m'a dit qu'il faut qu'il ait mangé une fois, puis qu'il se soit levé. Une fois que ça ça été fait, ça aurait été pas mal d'avoir un petit horizon tout ça, qu'on me dise bon a priori vers midi ou dans 2h à peu près, ou pas avant 13h, quelque chose comme ça, là je n'avais pas beaucoup d'informations sur le temps que ça prendrait. Or il fallait que je m'organise pour que ma femme puisse venir me chercher »* (Parent 15).

En nous basant sur les échanges avec les parents, nous avons pu lister une série de recommandations à destination du personnel soignant. Elles seront présentées dans « la quatrième partie : discussion ».

### *2.6.2. Satisfaction*

---

Lors des entretiens avec les parents, nous leur avons demandé à l'aide d'une échelle numérique leur niveau de satisfaction concernant leur expérience au BO.

Nous avons eu un niveau de satisfaction assez élevé avec 8,7/10 de moyenne (Minimum 7,5/10 ; maximum 10/10). Ils justifient ce niveau élevé par le fait qu'on leur ait donné la possibilité d'accompagner leur enfant au BO. Ils ont été unanimes sur le fait qu'ils raccompagneraient leur enfant si ceux-ci étaient amenés à se faire opérer dans le futur.

## **QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION**

---

Pour la majorité des parents, accompagner leur enfant au BO jusqu'à l'induction de l'anesthésie est une réelle volonté. C'est quelque chose cité comme d'important voir d'indispensable et tous nous ont affirmé réitérer l'expérience si leur enfant devait connaître une nouvelle anesthésie dans le futur.

Or, tout comme dans l'étude de Waaseem et al. (2018), nous avons pu constater lors des entretiens que la majorité des parents décrivent pourtant l'induction de l'anesthésie avec des termes négatifs (impressionnant, désagréable, rappelant l'euthanasie d'un chien). Ce qui peut paraître paradoxal. Nous émettons donc l'hypothèse que certains parents mettent leurs sentiments négatifs de côté, voire même de « déconnecter leurs sentiments » pour être une aide ; un soutien pour leur enfant lors de l'induction de l'anesthésie et pour répondre à leur vision du rôle parental. Certains dépassent même leur « aversion pour le milieu médical », en faisant abstraction de leurs propres peurs pour « le bien de l'enfant ».

D'ailleurs, la plupart des parents estiment que leur présence à eu un effet bénéfique sur leur enfant, ce que décrit également Mélerly (1998) dans son étude : « 87% des parents estiment avoir aidé l'enfant à s'endormir calmement et 97% estiment que leur présence représente un bénéfice global pour l'enfant ».

Cependant, deux parents nous ont confié que lorsqu'un parent est stressé, paniqué et qui communique son stress à l'enfant, sa présence au BO n'est pas positive pour l'enfant. C'est également ce que relatent Kain et al. (2006 (2)) :

Nous avons constaté que le fait de laisser un parent trop anxieux entrer dans la salle d'opération ne semble pas profiter à un enfant anxieux et augmente l'anxiété chez un enfant calme. Il semble donc que l'anesthésiste praticien ne devrait pas laisser entrer des parents trop anxieux dans la salle d'opération si l'intérêt principal est de réduire l'anxiété de l'enfant. En revanche, laisser des parents calmes entrer dans la salle d'opération sera bénéfique pour les enfants anxieux et ne modifiera pas le niveau d'anxiété des enfants qui étaient calmes dans la zone d'attente préopératoire (Kain et al., 2006, p.83).

Bevan et al. indiquaient également que « la présence d'un parent calme était bénéfique pour l'enfant pendant l'induction de l'anesthésie, alors que la présence d'un parent anxieux ne l'était pas » (Bevan et al. cité dans Kain et al., 2006 (2), p.83).

La plupart des parents interrogés lors de notre étude considèrent qu'accompagner son enfant lors de l'induction de l'anesthésie est un de leurs rôles au BO.

Cependant, nous avons constaté lors des entretiens que certains parents semblent se plier aux attentes qu'ils perçoivent. En effet, certains décrivent ressentir une pression de la part de leur enfant, d'autres ont perçu de la part du personnel soignant que c'est ce qu'on attendait d'eux en tant que parent. Certains estiment même qu'ils pourraient se considérer comme de « mauvais parents » s'ils n'avaient pas accompagné leur enfant.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que la perception des rôles parentaux peut être biaisée par les attentes des autres (personnel soignant, enfant) et par les représentations de leur rôle parental.

En plus d'avoir exploré le ressenti des parents au BO et plus particulièrement lors de l'induction de l'anesthésie, notre étude nous a permis de faire émerger d'autres connaissances relatives à la présence parentale au BO.

Premièrement, les parents nous ont expliqué ce qui était difficile, désagréable pour eux lors de l'induction de l'anesthésie (la vision du corps endormi de l'enfant, les mouvements réflexes liés à la phase d'excitation, les yeux qui se révulsent et la vision du Propofol). Ces différents points peuvent être mis en lien avec le vécu décrit comme négatif de l'induction de l'anesthésie. Ces résultats sont assez innovants, car aucune étude ne décrit précisément ce qui est vécu comme difficile pour les parents lors de l'induction de l'anesthésie chez l'enfant.

Deuxièmement, les différents rôles parentaux au BO. Accompagner leur enfant est le rôle parental le plus cité, mais les parents ont également énuméré d'autres rôles : **rassurer, apaiser, rester auprès de l'enfant, le divertir, être le point de repère familial, être la personne qui sécurise/donne confiance, être le relais de l'enfant.**

Troisièmement, les besoins des parents au BO. À notre connaissance, ce sujet n'a pas fait l'objet d'étude, mais suite à l'analyse des entretiens, nous avons pu faire un parallèle avec les besoins des parents dont l'enfant est hospitalisé en unité pédiatrique ou en soins intensifs néonataux.

Car sans les nommer explicitement, les parents de notre étude expriment certains besoins similaires à ceux que l'on retrouve dans les études de Govindaswamy et al. (2018), Mundy (2010) et Hallström, Runesson et Elander (2002).

- **Le besoin de sécurité/d'assurance**

*Aux soins intensifs néonataux*, ce besoin est exprimé par une volonté des parents que l'on réponde à leurs questions de façon honnête, que le personnel soignant se soucie de l'enfant, le réconforte, le manipule avec douceur et lui assure les meilleurs soins (Govindaswamy et al., 2018 ; Mundy, 2010).

*En unité d'hospitalisation pédiatrique*, ce besoin est exprimé à la fois par un besoin de prise en charge de leur enfant par du personnel soignant compétent (professionnels ayant une bonne formation, des membres du personnel expérimentés, un traitement médical et infirmier adéquat, des parents traités avec respect, l'enfant traité de manière individuelle et comme une personne spéciale) (Hallström, Runesson et Elander, 2002).

Mais également d'avoir « une organisation qui fonctionne » (souhait d'une continuité dans les soins, d'une bonne planification des soins de l'enfant, d'un environnement calme et d'un temps d'attente court) (Hallström, Runesson et Elander, 2002). Et enfin par une proximité avec l'enfant (Hallström, Runesson et Elander, 2002).

*En salle d'opération*, ce besoin de sécurité se traduit par **la volonté d'accompagner son enfant** jusqu'à l'induction de l'anesthésie. Mais également que les **personnes présentent en salle d'opération se présente**, que **la salle d'opération ne soit pas encombrée** et **un temps d'attente limité dans la salle d'attente du BO**. Les parents ont observé que **le personnel soignant se soucie de l'enfant** (ils leur montrent l'environnement, le matériel, se mettent à sa hauteur pour lui parler, etc.), ce qui fait également partie du besoin de sécurité/assurance.

- **Le besoin de pouvoir être le médiateur de la sécurité de son enfant**

*En unité d'hospitalisation*, ce besoin s'exprime par une volonté d'être proche de son enfant, de le protéger (garder un environnement calme, avoir une routine normale, remettre en question les procédures si nécessaire) (Hallström, Runesson et Elander, 2002). Mais aussi d'être capable d'identifier et de satisfaire les besoins de l'enfant (expliquer, réconforter, encourager, jouer, divertir) (Hallström, Runesson et Elander, 2002).

*En salle d'opération*, ce besoin se traduit par un besoin **de protéger son enfant** (« dire de faire attention au chirurgien qui manipule l'enfant »), d'identifier et satisfaire ses besoins (rassurer, raconter des blagues, répondre aux questions quand l'enfant ne sait pas répondre) et de **l'accompagner** jusqu'à l'induction de l'anesthésie.

- **Le besoin de contrôle**

En unité d'hospitalisation, ce besoin s'exprime par contrôler l'état de l'enfant, du traitement médical et des compétences du personnel soignant, mais également de « garder le contrôle » (se préparer à toutes les éventualités, etc.) (Hallström, Runesson et Elander, 2002).

*En salle d'opération*, ce besoin de contrôle se traduit par une volonté de **voir l'environnement** dans lequel l'enfant va être, de **voir les personnes** qui vont graviter autour de lui et qu'elles se présentent et de voir que l'enfant est **pris en charge correctement**. Cependant, un parent exprime qu'il y a une perte de contrôle lorsque l'enfant s'endort et lorsqu'il doit le laisser à des inconnus. Ce qui peut peut-être expliquer la description de l'induction de l'anesthésie avec des termes négatifs (p.33). La perte de conscience de l'enfant est peut-être le moment où le parent perd son sentiment de contrôle. Ce sentiment de perte de contrôle peut être amplifié par la séparation avec l'enfant juste après.

- **Le besoin de communication/d'information**

*Aux soins intensifs néonataux*, ce besoin est exprimé par la volonté de savoir pourquoi certaines choses ont été faites pour leur enfant, d'être informé de faits précis concernant ses progrès, de savoir comment il est traité sur le plan médical, etc. (Govindaswamy et al., 2018 ; Mundy, 2010).

*En unité d'hospitalisation pédiatrique*, ce besoin est exprimé par la volonté des parents recevoir des informations de la part du personnel soignant, mais également de transmettre des informations concernant l'enfant au personnel soignant et de comprendre les informations qu'ils reçoivent.

Les parents souhaitent également que leurs connaissances parentales soient confirmées et qu'ils soient considérés comme des partenaires de soins (Hallström, Runesson et Elander, 2002).

*En salle d'opération*, ce besoin de communication/d'information se traduit par la volonté de **transmettre des informations** concernant leur enfant et également de **recueillir des informations** auprès du personnel soignant (combien de temps ça allait durer, comment ça allait se passer, etc.). La **communication avec l'enfant** est également importante pour les parents. En effet, ils apprécient que le personnel gravitant autour de l'enfant se présente, s'adresse directement à lui pour expliquer ce qu'il fait, se mette à sa hauteur, mais également qu'il prenne le temps de les laisser découvrir le matériel pour ne pas les brusquer.

Nous avons également pu constater que certains parents avaient eu **le sentiment d'être inclus et donc d'être des partenaires de soins** (invité à se rapprocher de l'enfant lors de l'induction de l'anesthésie, etc.) ce qui fait également partie de ce besoin.

#### - **Le besoin de soutien**

*En unité d'hospitalisation*, ce besoin s'exprime par la volonté de se décharger de certaines responsabilités (ne pas participer aux soins de l'enfant, confier les soins à un professionnel, exprimer le besoin d'être seul), d'être en contact d'autres personnes.

*En salle d'opération*, ce besoin de soutien se traduit par la volonté de plusieurs parents d'être à **deux lors de l'attente dans la salle d'attente du BO** avant la chirurgie et **pendant la chirurgie** dans l'unité de soins pédiatriques/hôpital de jour. Mais également en **salle de réveil** et en **salle d'opération**. Un parent précise que cela doit être un proche de la famille et pas un inconnu (par exemple un bénévole).

Cette volonté des parents à être deux en salle d'opération n'est pas quelque chose d'inutile.

En effet, cette approche a déjà été envisagée par Kain. Lors de son étude, il a démontré que « la présence de deux parents dans les salles d'opération n'affecte pas l'anxiété observée chez l'enfant », mais « elle réduit l'anxiété autodéclarée par les parents » (Kain, 2009).

Certains parents ont perçu un soutien émotionnel par des paroles réconfortantes, une main de l'infirmière sur leur épaule. Le parent précise que ce genre de contact physique amène de l'humanité dans un moment difficile. Cela est d'autant plus important que l'on sait que le soutien émotionnel joue un rôle important dans la santé mentale (Bruchon-Schweitzer ; Caron, Lecomte, Stip & Renaud 2005 cités dans Capponi, Bacro, & Boudoukha, 2013).

D'autres parents ont perçu un soutien informatif de la part du personnel soignant et des chirurgiens orthopédiques en salle d'opération et lors de leur raccompagnement jusqu'à l'entrée du BO, ce qui a été grandement apprécié également.

Nous avons également pu remarquer qu'il y avait un lien étroit entre certains besoins et rôles parentaux. En effet, certains besoins et rôles parentaux se chevauchent. Par exemple, le besoin d'accompagner et le besoin de satisfaire et d'identifier les besoins de l'enfant. Ils sont tous les deux décrits par les parents comme étant un besoin et un rôle parental.

## 1. Limites de l'étude

---

La première limite se situe au niveau d'un manque d'expérience en méthode qualitative, notamment pour mener les nombreux entretiens et retranscriptions. En effet, avant ce mémoire, nous avons réalisé un entretien semi-directif pour le cours d'introduction aux méthodes qualitatives, mais face à une personne proche. Ce qui a été différent ici. Nous avons dû faire face à des parents parfois méfiants, suspicieux, non réceptifs. Nous n'étions également pas habitués à retranscrire plusieurs entretiens, ce qui nous a pris beaucoup de temps. Nous avons également un manque d'expérience concernant le traitement et l'analyse des résultats obtenus par méthode qualitative, ce qui a été très chronophage et énergivore.

La subjectivité de la mémorante est une deuxième limite. En effet, cette dernière est infirmière en soins périopératoires et travaille au BO des CUSL dans le secteur orthopédique, où a eu lieu l'étude. Cependant, elle a veillé à garder une posture neutre et ouverte tout au long des différents entretiens et s'est toujours présentée comme étudiante du master en Santé Publique et non infirmière du service. Malgré tout, ne pouvons pas exclure que sa subjectivité n'ait pas eu une influence sur l'interprétation des résultats.

La troisième limite réside dans l'échantillon des parents ayant accepté de participer à l'étude. En effet, tous les parents ayant participé à notre étude nous ont fait part d'une expérience assez positive. Cependant, nous ne pouvons pas exclure qu'il en soit de même pour les parents qui n'ont pas donné suite aux différentes relances pour participer à notre étude.

L'impossibilité d'extrapoler les résultats est une quatrième limite.

## 2. Forces de l'étude

---

Travaillant aux CUSL, nous avons avions une bonne connaissance du terrain, du fonctionnement du BO. Il était également plus facile de contacter les chirurgiens et les anesthésistes concernés.

Le thème de l'étude a fortement intéressé le personnel de terrain, ce qui a été une source de motivation pour mener à bien cette étude.

Le sujet du ressenti des parents qui accompagnent leur enfant au BO est un sujet peu étudié ce qui en fait une force.

## 3. Recommandations

---

Suite aux retours des entretiens et aux problèmes rencontrés par les parents, nous avons listé une série de recommandations à destination du personnel soignant.

### 3.1. Par rapport à la consultation d'anesthésie

---

Comme expliqué précédemment, les parents sont relativement satisfaits de la consultation d'anesthésie en termes de contenu sur le moment même. Cependant, avec le recul, certains parents nous ont fait part de quelques points négatifs. C'est pourquoi nous conseillons d'inclure systématiquement lors de la consultation : les informations sur le déroulement de la journée opératoire lors de la consultation. Mais également d'informer les parents sur la possibilité d'accompagner l'enfant au BO et en salle de réveil. Lors de cette consultation, nous recommandons également d'informer les parents sur les effets de leur anxiété sur celle de leur enfant.

En effet,

Les parents agissent comme des réducteurs de stress pour leurs enfants, cependant, si les parents sont plus anxieux dans une situation donnée, ils sont moins disponibles pour répondre aux besoins de leur enfant et aux signaux de détresse croissante. En effet, dans ces cas, la détresse des enfants peut aggraver l'anxiété des parents, les rendant de moins en moins capables de réagir efficacement (Bevan et al. cité dans Kain et al., 2006 (1), p.632).

Concernant la transmission des informations à l'enfant, nous conseillons de s'adresser à l'enfant dès que possible et d'adapter le contenu de l'information, le langage et le vocabulaire à son âge. Un parent a mentionné l'importance de l'information et de la préparation de l'enfant avec du matériel avant l'intervention.

Nous conseillons également de donner le livret « Petit Pierre va en salle d'opération » aux enfants de tout âge. En effet, même si l'enfant ne l'utilisera pas personnellement, ce livret peut être utilisé dans le processus de préparation de l'enfant par le parent. Il peut également être une source d'informations pour les parents eux-mêmes, surtout si le parent qui est présent à la consultation n'est pas le parent qui accompagne au BO.

Concernant la transmission des informations aux parents, certains ont mentionné vouloir un support écrit informatif, pour les raisons évoquées ci-dessus. D'autres nous ont confié vouloir une confirmation écrite des informations données par l'anesthésiste.

Par rapport aux informations sur les réflexes liés à la phase d'excitation, les avis des parents sont partagés. Certains voudraient avoir les explications au préalable d'autres sur le moment même, lorsqu'elles ont lieu.

Puisque chaque parent a des besoins différents, nous conseillons au personnel soignant d'identifier les besoins des parents et d'adapter au cas par cas les informations à donner pour qu'elles répondent à leurs besoins.

### 3.2. Par rapport à la consultation d'orthopédie

---

Concernant la transmission des informations aux parents, certains ont mentionné vouloir un support écrit informatif, surtout lorsque les deux parents ne sont pas présents lors de la consultation. Nous encourageons la création d'un support contenant un récapitulatif des informations données à la consultation et d'un support explicatif sur la chirurgie.

### 3.3. Par rapport au BO

---

Suite aux résultats de notre étude, nous conseillons de continuer à proposer aux parents d'accompagner leur enfant au BO, jusqu'à l'induction de l'anesthésie.

En effet, certains parents ont vécu ça comme un soulagement, pensent que c'est important, indispensable et faisant partie de leur rôle de parent. Mais en plus de cela, d'autres ont également précisé que laisser leur enfant lorsqu'il n'est pas endormi serait terriblement difficile à vivre, voir un déchirement et une source de stress pour l'enfant.

Cependant, nous préconisons de poser la question de l'accompagnement de manière à ce que le parent ait la possibilité de refuser.

En effet, certains parents ont mentionné ressentir une certaine pression, que c'est ce qu'on attendait d'eux et pourrait potentiellement se sentir contraint d'accompagner leur enfant or qu'il ne le désire pas. À l'écart de l'enfant nous pouvons dire par exemple, « Désireriez-vous accompagner votre enfant jusqu'à ce qu'il s'endorme ? ou « Êtes-vous à l'aise avec le fait d'accompagner votre enfant jusqu'à ce qu'il dorme ? Plutôt que « C'est vous qui nous accompagnez ? » ou de s'adresser à l'enfant en lui demandant « Qui est-ce qui t'accompagne ? ».

Au moment de l'induction de l'anesthésie, lors de la phase d'excitation de l'enfant, nous recommandons d'expliquer et de rassurer le parent à ce sujet. Le rôle d'informer (le parent ou l'enfant) n'est pas uniquement réservé aux médecins. Les infirmier(ères) peuvent également endosser ce rôle lors de la consultation d'anesthésie et/ou en salle d'opération.

En effet, informer et conseiller le patient et sa famille sont des rôles faisant partie de leur métier (<https://www.health.belgium.be/fr/>).

Nous conseillons également de privilégier le raccompagnement du parent par le chirurgien orthopédique. En effet, en plus d'apprécier le geste, les parents trouvent dans cet accompagnement une forme de soutien et un moment d'échange avec le chirurgien.

Nous insistons également sur l'importance du fait que toutes les personnes présentes en salle d'opération se présentent. En effet, cela peut stresser le parent de voir « une personne inconnue » graviter autour de son enfant. De plus, cela répond au besoin de sécurité/ de contrôle des parents.

Concernant le fait d'être à deux en salle d'attente, nous conseillons de donner cette possibilité aux parents qui le souhaitent. En effet, cela a permis à certains parents de pouvoir voir où allait aller l'enfant, de rencontrer l'anesthésiste, le chirurgien. Cela permet également aux parents de se soutenir mutuellement.

## **CINQUIEME PARTIE : CONCLUSION**

---

L'objectif principal de ce mémoire était de répondre à la question de recherche : « Quel est le ressenti des parents accompagnent leur enfant jusqu'à l'induction de l'anesthésie au bloc opératoire orthopédique des CUSL ? ». Nous voulions nous pencher sur ce sujet suite à plusieurs expériences négatives lors d'induction de l'anesthésie chez l'enfant en présence d'un parent.

Pour atteindre cet objectif, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs des parents qui ont pu accompagner leur enfant jusqu'à l'induction de l'anesthésie au BO orthopédique des CUSL.

Répondre à cette question de recherche n'est pas aisé car le ressenti est de l'ordre du subjectif, et est propre à chacun. Cependant, nous pouvons faire ressortir quelques éléments permettant de mieux comprendre ce que ressentent les parents.

Premièrement, accompagner leur enfant jusqu'à l'induction de l'anesthésie est une réelle volonté pour les parents. Ils citent cela comme important voir d'indispensable qu'importe l'âge de l'enfant.

Deuxièmement, l'induction de l'anesthésie est décrite avec des termes négatifs par les parents. Cette étude a permis de mettre en lumière ce qui était impressionnant voir difficile, désagréable pour les parents.

En plus d'avoir recueilli le ressenti des parents, nous avons pu mettre en lumière les rôles et les besoins parentaux au BO.

Nous avons également pu mettre en évidence les facteurs facilitant la séparation avec l'enfant.

Suite à cette étude, notre réflexion professionnelle a évolué. En effet, en commençant ce mémoire, nous n'étions pas convaincus des bienfaits de la présence parentale au BO pour le parent. Cette posture a changé grâce aux échanges durant les entretiens. Nous avons maintenant une meilleure compréhension du vécu du parent, de ses motivations ce qui nous permet d'encourager le maintien de cette pratique au sein des CUSL.

Au vu de ces résultats, nous espérons convaincre d'autres institutions de passer le pas et de proposer aux parents d'accompagner leur enfant jusqu'à l'induction de l'anesthésie

Dans la continuité de cette recherche, une étude plus approfondie sur la vision du rôle parental au BO serait intéressante à réaliser. En effet, lors de notre étude, nous avons constaté que la perception des parents concernant leurs rôles parentaux peut être biaisée par les attentes des

autres (personnel soignant, enfant) et par les représentations de leur rôle parental. La réalisation d'une étude où l'on interrogerait les parents et différents membres du personnel soignant serait enrichissante pour mieux comprendre les attentes des soignants sur les rôles parentaux et de l'influence de ces attentes sur les parents en termes de représentation.

Pour finir, ce travail nous a permis de découvrir la réalité du monde de la recherche, des hauts des bas, des rencontres enrichissantes, des désillusions et de nombreuses remises en question. Nous sortons grandis de ce mémoire et prêt pour de nouveaux défis.

## **LISTE DES REFERENCES**

---

Amouroux, R., Rousseau-Salvador, C., & Annequin, D. (2010). L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention. *Annales Médico-Psychologiques*, 168(8), 588–592. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2009.10.017>

Arrêté royal fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé et modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" pour être agréée. (2006). *Moniteur belge*, août 2006, p.40903. Retrieved from : <https://www.afiso.be/attachment/30791/>

Association Sparadrap. (2004). Résultats de l'enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital. Retrieved from : <https://www.sparadrap.org/sites/default/files/inline-files/pr%C3%A9sentation%20%20r%C3%A9sultats%20octobre.pdf>

Aujoulat, I. (2019). Introduction à la méthode qualitative [PowerPoint slides]. Retrieved from Université catholique de Louvain : <https://moodle.uclouvain.be>

Bardel, M.H., & Colombel, F. (2009). Rôles spécifiques de l'anxiété trait et état dans l'apparition et le maintien des biais attentionnels associés à l'anxiété : état des lieux et pistes d'investigation. *L'encéphale*, 35, 409-416. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2008.08.004>

Caldwell-Andrews, A.A., Kain, Z.N., Mayes, L.C., Kerns, R.D., & Ng, D. (2005). Motivation and maternal presence during induction of anesthesia. *Anesthesiology*, 103(3), 478-83. <http://dx.doi.org/10.1097/00000542-200509000-00008>

Capponi, I., Bacro, F., & Boudoukha, A.H. (2013). Effets différentiels des types de soutien social sur l'anxiété maternelle périnatale. *Bulletin de psychologie*, 535(3), 209-224. <https://doi.org/10.3917/bupsy.525.0209>

Chabay, E., Chinouilh, M., Pignoux, C., & Fontaine, B. (2009). Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété. In 51e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Infirmiers. Infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'état (IADE). Retrieved from : <https://www.em-consulte.com/article/226347/>

Charana, A., Tripsianis, G., Matziou, V., Vaos, G., Iatrou, C., & Chloropoulou, P. (2018). Preoperative Anxiety in Greek Children and Their Parents When Presenting for Routine

Surgery. *Anesthesiology Research and Practice*, 2018, 1-6.  
<https://doi.org/10.1155/2018/5135203>

Conseil Supérieur de la santé (2013). Recommandations pour la prévention des infections post-opératoires au sein du quartier opératoire. Retrieved from :  
[https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/19091270/brochure\\_css\\_8573.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/19091270/brochure_css_8573.pdf)

De Queiroz Siqueiraa, M., & Tosetti, S. (2015). Comment réduire l'anxiété d'un enfant qui doit être anesthésié ? *Le Praticien en anesthésie réanimation*, 19(3), 143-146.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pratan.2015.03.005>

Erhaze, E.K., Dowling, M., & Devane, D. (2016). Parental presence at anaesthesia induction: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 22(4), 397-407.  
<http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12449>

European Association for Children in Hospital. (1988). Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé. Retrived from : <https://www.hud erf.be/fr/hospi/charte.asp>

Lagant, C., Sukami, M., Fournier, C., Delafosse, C., Lebail, M., Galand, P., & Keïta, H. (2014). Vécu et souvenir des patients par rapport à leur prise en charge au bloc opératoire et en salle de surveillance post-interventionnelle. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 33, 416. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2014.07.711>

Landier, M., Villemagne, T., Le Touze, A., Braïk, K., Cook, A.R., Morel, B., Lardy, H., & Binet, A. (2018). The position of a written document in preoperative information for pediatric surgery: A randomized controlled trial on parental anxiety, knowledge and satisfaction. *Journal of Pediatric Surgery*, 53(3), 375-380.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2017.04.009>

Govindaswamy, P., Laing, S., Waters, D., Walker, K., Spence, K., & Badawi, N. (2018). Needs of parents in a surgical neonatal intensive care unit. *Journal of Paediatrics ans Child Health*, 55(5), 567-573. <http://dx.doi.org/10.1111/jpc.14249>

Hallström, I., Runesson, I., & Elander, G. (2002). Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(2), 140-148.  
<http://dx.doi.org/10.1053/jpdn.2002.123020>

(1) Kain, Z.N., Mayes, L.C., Caldwell-Andrews, A.A., Saadat, H., McClain, B., & Wang S.M. (2006). Predicting which children benefit most from parental presence during induction of anesthesia. *Pediatric Anesthesia*, 16(6), 627-634. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1460-9592.2006.01843.x>

(2) Kain, Z.N., Caldwell-Andrews, A.A., Maranets, I., Nelson, W., Mayes, L.C. (2006). Predicting which child-parent pair will benefit from parental presence during induction of anesthesia : a decision-making approach. *Anesthesia & Analgesia*, 102(1), 81-84. <http://dx.doi.org/10.1213/01.ANE.0000181100.27931.A1>

Kain, Z.N., Maclaren, J., Weinberg, M., Huszti, H., Anderson, C., & Mayes, L. (2009). How many parents should we let into the operating room? *Paediatric Anaesthesia*, 19(3), 244-249. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1460-9592.2008.02889.x>

Kampouroglou, G., Velonaki, V.S., Pavlopoulou, I., Drakou, E., Kosmopoulos, M., Kouvas, N., Tsagkaris, S., Fildissis, G., Nikas, K., & Tsoumakas, K. (2020). Parental anxiety in pediatric surgery consultations: the role of health literacy and need for information. *Journal of Pediatric Surgery*, 55(4), 590-596. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2019.07.016>

Manyande, A., Cyna, A.M., Yip, P., Chooi, C., & Middleton, P. (2015). Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. *Cochrane Database System Review*, 14(7). <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006447.pub3>

Mélery, A. (1998). « Maman... Ne me laisse pas ! » ou l'influence de la présence des parents à l'induction de l'anesthésie sur l'angoisse de l'enfant et sur l'induction de l'anesthésie (Master's thesis). Université Catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert.

Mundy, C. (2010). Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 19(2), 156-163. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2010130>

Orliaguet, G. (2006). Particularités pédiatriques de l'information préopératoire. Le point de vue de l'anesthésiste-réanimateur. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 25, 451-457. <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.annfar.2005.10.001>

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2016). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Collin.

- Piira, T., Sugiura, T., Champion, G.D., Donnelly, N., & Cole, A.S.J. (2005). The role of parental presence in the context of children's medical procedures: A systematic review. *Child: Care, Health & Development*, 31(2), 233-243. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2214.2004.00466.x>
- Pomicino, L., Maccacari, E., & Buchini, S. (2018). Levels of anxiety in parents in the 24 h before and after their child's surgery: a descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 278-287. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13895> 
- Pruitt, LM., Johnson, A., Elliott, JC., & Polley, K. (2008). Parental presence during pediatric invasive procedures. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(2),120-127. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2007.04.008>
- Razurel, C., Desmet, H., & Sellenet, C. (2011). Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? *Recherche en soins infirmiers*, 106, 47-58. <https://doi.org/10.3917/rsi.106.0047>
- Rosenberg, R.E., Clark, R.A, Chibbaro, P., Hambrick, H.R., Bruzzese, J.M., Feudtner, C., & Mendelsohn, A. (2017). Factors Predicting Parent Anxiety Around Infant and Toddler Postoperative and Pain. *Hospital Pediatrics*, 7(6), 313-319. <http://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0166>
- Roskam, I., Galdiolo, S., Meunier, J-C., & Stiévenart, M. (2015). *Psychologie de la parentalité : Modèles théoriques et concepts fondamentaux*. Louvain-La-Neuve : de boeck.
- Salisbury, M., LaMontagne, L., Hepworth, J., & Cohen, F.(2007). Parents' Self-Identified Stressors and Coping Strategies During Adolescents' Spinal Surgery Experiences. *Clinical Nursing Research*, 16(3), 212-230. <http://dx.doi.org/doi:10.1177/1054773807302732>
- Scrimin, S., Haynes, M., Altoè, G., Bornstein, M.H., & Axia, G. (2009). Anxiety and stress in mothers and fathers in the 24 h after their child's surgery. *Child : Care Health and Development*, 35(2), 227-233. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2214.2008.00920.x>
- Sinclair, F., & Naud, J. (2005). Soutien social et émergence du sentiment d'efficacité parentale : une étude pilote de la contribution du programme ÉcoFamille. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 193-208. <https://doi.org/10.7202/012145ar>
- Thibault-Wanquet, P. 2008. *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

UNICEF Belgique. (2006). Dessine-moi l'hôpital - L'hôpital à travers le regard des enfants. Retrieved from : <https://www.unicef.be/sites/default/files/2020-09/Dessine-moi%20l%27hôpital%20FR.pdf>

Wang, S.M., Gaal, D., Maranets, I., Caldwell-Andrews, A., & Kain, Z.N. (2005). Acupressure and preoperative parental anxiety: a pilot study. *Anesthesia & Analgesia*, 101(3), 666-669. <http://dx.doi.org/10.1213/01.ANE.0000175212.17642.45>

Waseem, H., Mazzamuro, R.S., Fisher, A.H., Bhowmik, S., Zaman, R.A., Andrew, A., & Bauer, D.F. (2018). Parental satisfaction with being present in the operating room during the induction of anesthesia prior pediatric neurosurgical intervention : a qualitative analysis. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*, 21(5), 528-534. <http://dx.doi.org/10.3171/2017.10.PEDS17261>

Werner, O., El Louali, F., Fouilloux, V., Amedro, P., & Ovaert, C. (2019). Parental anxiety before invasive cardiac procedure in children with congenital heart disease: Contributing factors and consequences. *Congenital heart disease*, 1-7. <http://doi.org/10.1111/chd.12777>

Wisselo, T.L., Stuart, C., & Muris, P. (2004). Providing parents with information before anaesthesia: what do they really want to know? *Pediatric Anesthesia*, 14(4), 299-307. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1460-9592.2003.01222.x>

Yip, P., Middleton, P., Cyna, A.M. & Carlyle, A.V. (2009). Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children (Review). *Cochrane Database System Review*, 8(3). <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006447.pub2>

Ykman, O. (2018). L'organisation du quartier opératoire pour la chirurgie de jour. Retrieved from : [https://www.gbs-vbs.org/fileadmin/user\\_upload/Unions/AN/symp\\_2018/3\\_-\\_4\\_-\\_M.\\_Ykman.pdf](https://www.gbs-vbs.org/fileadmin/user_upload/Unions/AN/symp_2018/3_-_4_-_M._Ykman.pdf)