UNIVERSITE D'ABOMEY- CALAVI

****

FACULTES DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

****

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

****

RAPPORT DE STAGE

Thème:

Influence de l'entourage familial sur la prise en charge médicale des patients mineurs suivie dans le centre de santé saint Jean de Cotonou

Réalise par:

Kouagou Basile HOYATI

Tél: +229 97 66 97 27

Maitre de mémoire:

Dr (MC) Ornheila ZOUNON, Enseignant-Chercheur au Département de Psychologie à la Faculté des Sciences Humaines et Sociales de l'Université d'Abomey-Calavi

Tuteur de stage:

Dr Bruno DOSSOUGOUIN, Médecin Pédiatre au Centre de Santé Saint Jean de Cotonou

Membres du jurys

Présidente du jurys: Dr (MC) Ornheila ZOUNON

Rapporteure: Dr Agnès UWAMAHORO

Examinateur: Dr Joel Paterson KPENONHOUN

Date de soutenance: 28/02/2024

Mention: Très bien

Note: 16/20

ANNEE ACADEMIQUE: 2023-2024

SOMMAIRE

IN MEMORIUM……..…….3

DÉDICACES……4

REMERCIEMENTS...…….5

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES…….6

LISTE DES SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES……7

RESUME……..8

ABSTRACT …….8

INTRODUCTION…...…….9

CHAPITRE 1: CADRE INSTITUTIONNEL ET DESCRIPTION DES ACTIVITÉS DU STAGES……10

CHAPITRE 2: CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES ……...…….25

CHAPITRE 3: PRÉSENTATION DES RÉSULTATS, ANALYSES, INTERPRETATION ET DISCUSSION…….38

LIMITES……52

CONCLUSION……...……...53

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES……54

ANNEXES……...……...55

TABLES DES MATIÈRES……60

IN MEMORIUM

A:

- Mon grand frère N'KOUEI N'tcha Luc
- Mon tuteur KOUAGOU N'tcha Simon

DÉDICACES

A:

- Ma mère N'TCHA Tempè
- Mon père HOYATI N'kouei

REMERCIEMENTS

- Au terme de ce travail de recherche, c'est un devoir agreable d'exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à sa realization. Qu'ils trouvent ici nos vifs respects et profonde gratitude. Une mention particulière:

- Au Dr Ornheilia ZOUNON, Enseignant- Chercheur, notre maître de mémoire pour la disponibilité, la patience et la rigueur dont elle a fait preuve pendant la rédaction de ce document malgré son agenda très chargé;

- A Tous les enseignants de la FASHS, particulièrement ceux du Département de Psychologie, pour leurs conseils et accompagnements et aussi pour nous avoir inculquer leurs savoirs et savoir-faire;

- A Tous les membres du jury pour leur disponibilité à examiner le présent travail de recherche,

- Au Dr Bruno DOSSOUGOUIN notre maître de stage pour son encadrement et de nous avoir permis de partager ses connaissances dans la conduite du présent travail;

- A Tous les membres des familles OYANTI et N'TCHA pour leurs soutiens de divers ordres;

- A Tous les camarades de la troisième année de Psychologie (promotion 2022-2023) pour leur collaboration et amitié;

- A L'abbé Adelphe Y. ADAMBAJ, directeur général du centre de santé et madame Elisée ASSOGBA, directrice des ressources humaines pour nous avoir permis de faire notre stage puis autoriser de mener notre recherche au sein du centre de santé (CSVH) saint Jean de Cotonou;

- A Tout le personnel soignants et administratifs du centre de santé (CSVH) saint Jean de Cotonou pour l'affection et leurs contributions dans l'atteinte de nos objectifs.

MERCI!

LISTE TABLEAUX ET FIGURES

TITRES DES TABLEAUX

- Tableau I: Distribution et fréquence marginale des individus enquêtés selon le sexe
- Tableau II: Distribution et fréquence marginale des individus enquêtés selon la profession
- Tableau III: Distribution et fréquence marginale des individus enquêtés selon la religion
- Tableau IV: Distribution et fréquence marginale des individus enquêtés selon le statut marital
- Tableau V: Distribution et fréquence marginale des individus enquêtés selon le groupe sociolinguistique
- Tableau VI: Distribution et fréquence marginale des professionnels de santé selon le sexe
- Tableau VII: Distribution et fréquence marginale des professionnels de santé selon la profession

TITRES DES FIGURES

- Figure1: photo de face du centre de santé
- Figure 2: photo de la salle des chirurgies
- Figure 3: photo de la maternité
- Figure 4: photo prise dans la salle d'urgence pédiatrique

LISTE DES SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

- CAPE: Centre d'Accueil et de Protection des Enfants
- CII: Conseil International des Infirmiers
- CSVH: Centre de Santé à Vocation Humanitaire
- CNERS: Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé
- CPD: Consultation Pédiatrique
- DP: Département de Psychologie
- Dr: Docteur
- FASHS: Faculté des Sciences Humaines et Sociales
- Mme: Madame
- M: Monsieur
- OMS: Organisation Mondiale de la Santé
- ORL: Oto-rhino-laryngologie
- SBEE: Société Béninoise d'Energie Électrique
- SIDA: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
- SONEB: Société Nationale des Eaux du Bénin
- St: Saint
- UAC: Université d'Abomey - Calavi

RESUME

Dans le cadre des activités de la troisième année de licence en Psychologie, nous avons été emmenés à effectuer un stage au centre de santé à vocation humanitaire saint Jean de Cotonou. Ce stage d'une durée de quatre semaines s'est éffectué autour d'une réflexion critique sur le thème: Influence de l'entourage familial sur la prise en charge médicale d'un patient mineur. Pour ce travail, nous avons opté pour la recherche qualitative et la méthode d'échantillonnage non probabiliste (de commodité). L'entretien a été réalisé sur 18 personnes dont 10 proches accompagnants et 08 professionels de santé. Les résultats de cette étude montrent que l'entourage familial influence plus ou moins positivement la prise en charge médicale et que la relation thérapeutique entre patient, parents et soignants constitue un facteur important pour les soins médicaux d'un patient mineur. Il est donc nécessaire que les instituts de promotion de la santé et de la prévention de la maladie, œuvrent pour l'intégration de la famille dans les prises en charge thérapeutique

Mots clés: Influence, entourage familial, prise en charge médicale, mineur, Cotonou

ABSTRACT

As part of the third year of license in psychology, we were taken to take an internship at the Saint-Jean de Cotonou Humanitarian Health Center. This internship of a four-week period was structured by critical thinking about the theme: influence of family surroundings on medical care of a minor patient. For this work, we opted for a research methodology based on semi-inquiry maintenance, observation; the qualitative method was followed with a maintenance guide addressed ten to (10) close accompanying relatives and eight (08) health professionals. The results of this study show that family surfaunce influences more or less positively the care and therapeutic relationship between patient, parents and caregivers is an important factor for a medical care of a patient. It is therefore necessary that the institutes for promoting health and prevention of the disease, work for the integration of the family into the therapeutic care.

The words: Influence, family surrounding, medical care, minor, cotonou

INTRODUCTION

Dans le cadre de la formation en Psychologie reçue à la faculté des sciences humaines et sociales de l'université d'Abomey-Calavi, il nous est demandé de réaliser un mémoire de fin d'études portant sur un theme précis, choisi à partir des situations vécues sur le terrain ou à partir de la curosité scientifique du désir de comprendre un phénomène social. C'est dans cette logique et pour des raisons particulières que notre travail de recherche s'est orienté sur l'influence de l'entourage familial sur la prise en charge des patients mineurs suivie dans le centre de santé à vocation humanitaire saint Jean de Cotonou au service de pédiatrie.

Lors de notre stage en pédiatrie, nous avons pu observer les spécificités des soins chez l'enfant et constater les difficultés que pouvaient rencontrer les soignants dans la réalisation d'un soin médical. Nous avons également été interpelé par l'importance de la participation des parents dans le soin. Les enfants sont, dans la majorité des cas, accompagnés lors de l'hospitalisation et la présence des parents se révèle être une aide précieuse pour les soignants. Mais dans certaines situations, de par leurs inquiétudes face à l'hospitalisation et aux contraintes extérieures, les parents peuvent constituer une source de stress supplémentaire pour l'enfant et les soignants

Dans ce document, nous avons le rapport de stage et un sujet de recherche intitulé: influence de l'entourage familial sur la prise en charge d'un patient mineur, qui a eu lieu dans le service de Pédiatrie du Centre de Santé à Vocation Humanitaire (CSVH) saint Jean de Cotonou. Dans le premier chapitre, nous nous penchons sur le cadre institutionnel et le déroulement du stage. Cela nous a amené à bien cerner le centre et son profil, les acquis et les réalisations. Dans le deuxième chapitre, nous présentons le cadre conceptuel et théorique et l'approche méthodologique. Notre recherche est basée sur le rôle et l'interaction des parents ou gardes malades ou encore proches accompagnants avec les professionnels de santé, en mettant en relief la clarification conceptuelle et les concepts théoriques et traite du choix méthodologique. Le chapitre 3 fait état des résultats et expose l'analyse sans oublier la discussion. En guise de conclusion de ce mémoire, nous insistons sur les limites de la recherche et d'identifier de nouvelles pistes de réflexion.

CHAPITRE I: CADRE INSTITUTIONNEL ET DESCRIPTION DES ACTIVITÉS DU STAGE

1.1. Cadre institutionnel

1.1.1. Description de la lettre d'accréditation du stage

La compréhension des exigences est une étape importante dans la réalisation du stage. Elle permet de s'assurer que nous avons compris les objectifs du stage, son contexte, sa portée et que nous avons intégrés toutes les leçons apprises lors de notre formation académique d'une part. Cette lettre nous permet également de comprendre que nous continuons d'apprendre en faisant ce stage puis nous serions évalués à la fin de notre séjour dans le centre d'autre part.

1.1.2. Les objectifs de stage

Les objectifs de ce stage étaient de porter une attention point défini par le département. Durant cette période de quatre semaines qu'a durée le stage, nos objectifs se déclinant en fonction du domaine d'activité du centre. Parmi ces objectifs nous pouvons en rappeler entre autre quelques uns. Il s'agit de:

- Maîtriser le domaine d'activité de la structure d'accueil,
- Relier ses connaissances théoriques à une expérience pratique,
- S'exercer à l'entretien clinique et à l'étude de cas,
- Être sensibilisé au diagnostic différentiel,
- Maîtriser les étapes du diagnostic organisationnel d'une institution,
- Maîtriser la rédaction de rapports et synthèses d'activités,
- Apprendre à construire une réflexion critique autour d'un thème en harmonie avec le terrain d'accueil,
- Se situer professionnellement,
- Renforcer son aperçu sur différents milieux de travail.

1.1.3. Présentation du lieu de stage

1.1.3.1. Situation géographique

Le Centre de Santé à Vocation Humanitaire Saint Jean de Cotonou est situé dans le quartier Gbediga II non loin de l'Eglise Catholique Saint Jean Baptiste de Cotonou et dans la zone sanitaire de Cotonou VI. Il dessert également Gbégamey et autres quartiers de gbèdiga. C'est un Centre Confessionnel à but non lucratif créé en 1963 par les Sœurs religieuses de la Congrégation Saint Joseph de Lyon en France. Après leur départ en 1986, la gestion du Centre, jadis dispensaire du quartier fut confiée aux laïcs le 02 janvier 1987. Son évolution dans le temps et dans l'espace, fait de lui aujourd'hui le Centre de Santé qui fait office d''Hôpital de zone de la zone Sanitaire de Cotonou VI. Le Centre arrivait à couvrir toutes ses charges sur fonds propres avec la réalisation de quelques investissements. C'est ainsi, qu'en 1990, le Centre a acquis un espace de 43 hectares à Sèhouè. Autrefois, la direction du Centre est confiée aux Prêtres nommés par Monseigneur l'Archevêque de Cotonou. C'est ainsi que depuis le 06 décembre 2018 au 27 juillet 2023, le Centre a comme directeur, l'Abbé Adelphe T. ADAMBADJI, Administrateur des Finances et Directeur en Ressources Humaines. Ce centre a connu une mutation administrative, il sera sous la direction de Madame Arlette AKOGBETO à partir du 01 septembre suite à la passation de service du 27 juillet 2023.

Source: https://archidiocèsedecotonou.org/centre-de-santé-saint-jean

1.1.3.2. Description du lieu de stage

Le Centre dispose d'un 1er bâtiment central qui abrite les consultations de la Médecine générale et les soins d'urgence de ce service. Un préau accosté au mur de la clôture sert comme accueil du service de la Médecine générale et d'autres spécialités médicales. Les appareils de la SBEE et les compteurs de la SONEB y sont également installés. Dans la Cour interne du centre, il y a un petit immeuble à étage en face du préau qui sert de rez-de-chaussée en partie pour la consultation alternée de la Médecine générale et de la cardiologie. La salle juste à côté de cette dernière sert de salle de garde aux Médecins de la Médecine générale et juste derrière se trouvent les toilettes des malades. Le haut de cet immeuble abrite la Néonatologie.



Figure1: photo de face du centre de santé

Source: https://archidiocèsedecotonou.org/centre-de-santé-saint-jean

La grande maison à étage en équerre en face du grand portail abrite au rez-de-chaussée, les services comme: la salle des Statisticiens, la salle de consultation de la pédiatrie, le magasin central avec deux compartiments, l'ancienne salle de garde des chauffeurs, la pharmacie officine, la pétite chirurgie des urgences, le service social, le service d'échographique, le service de la stomatologie et quelques toilettes.

Au 1er étage se trouvent l'hospitalisation de la Médecine générale et de la Pédiatrie nouvellement séparée, la salle de garde des infirmiers, deux blocs opératoires avec deux salles de réveil actuellement non utilisés. Au 2ème étage se trouvent les salles d'hospitalisations des cas chirurgicaux et la nouvelle salle de prélèvement, les services du laboratoire, des archives, de facturation, les toilettes et de l'appartement du Directeur (cette salle était l'ancienne direction).



Figure 2: photo de la salle des chirurgies

Source: https://archidiocèsedecotonou.org/centre-de-santé-saint-jean

Au 3ème étage, se trouvent l'administration composée du Service des Ressources Humaines, du Service Financier et Comptable (le bureau des assistants comptables et du chargé d'Approvisionnement), du Secrétariat Administratif, du bureau du directeur, la salle de conférence, une grande chapelle et des toilettes.



Figure 3: photo de la maternité

Source: https://archidiocèsedecotonou.org/centre-de-santé-saint-jean

En haut de l'administration se trouve la buanderie. En arrière de cet immeuble à quatre niveaux se trouve un bâtiment à étage dont le rez-de-chaussée dessert la salle d'accouchement, la salle de dilatation, le bloc opératoire (le seul actuellement fonctionnel), une salle de réveil et la

salle de garde des anesthésistes sans oublier la petite chapelle. A l'étage, se trouvent les salles de consultations gynécologiques et prénatales, la salle des accouchées (par voie basse) et autres petites cabines pour les soins et les bureaux. C'est l'immeuble qui fut l'habitation des Religieuses fondatrices du Centre. La salle de stérilisation qui abrite l'autoclave est surmontée d'un niveau qui sert de magasin secondaire. A côté se trouve la salle nouvellement construite abritant l'accueil maternité.

Par rapport aux biens mobiliers, le Centre de Santé à Vocation Humanitaire Saint Jean de Cotonou dispose de deux (02) véhicules (une ambulance et une Avensis pour les courses) et deux motos dame à deux roues nouvellement acquises pour les petites courses et le transport des échantillons pour le Laboratoire.

1.1.3.3. Mission

La vocation du Centre de Santé est d'aider la population à avoir accès aux soins de qualité à un coût acceptable. Les interventions chirurgicales se font aussi avec des services de garde et de permanences. Le centre œuvre pour la disponibilité et l'amélioration de tous les volets de soins et est impliqué dans plusieurs programmes mis en œuvre par la politique nationale du Ministère de la Santé. Il dispose dans sa stratégie du rapprochement des soins aux populations moins nanties et éloignées de la ville. Le centre de santé à vocation humanitaire saint Jean de Cotonou a pour mission de:

- Promouvoir une médecine au service de l'homme dans la vie selon le moral de la chrétienté de l'esprit de l'Évangile
- Amener les laïcs à témoigner de leur foi à travers l'engagement à se mettre au service des autres, des pauvres et des malades en réservant un accueil chaleureux
- Permettre l'accès aux soins médicaux et prioritairement aux populations pauvres et vulnérables,
- Œuvrer à l'amélioration de la santé de la population.

1.1.3.4. Activités

Pour y parvenir, plusieurs services sont offerts aux populations. On peut citer la:

- Médecine générale,
- Pédiatrie,
- Chirurgie,
- Gynéco - obstétrique,
- Cardiologie,
- Ophtalmologie,
- ORL,
- Kinésithérapie,
- Diabétologie,
- Des services de laboratoire, de vaccination,
- Du service social,
- Néonatologie,
- Pharmacie.

1.1.4. Organisation du centre

Le centre de santé à vocation humanitaire saint Jean est dirigé par une équipe dynamique divisé en plusieurs services. On peut citer entre autre:

- La direction
- Le secrétariat administratif
- Le service des Ressources Humaines
- Le service de Pédiatrie

1.1.4.1. La Direction

La fonction Direction et Administration générale consiste à définir les objectifs, prévoir et choisir les actions à accomplir, contrôler leur réalisation, prendre d'éventuelles mesures correctives. Il faut pour cela une vision à long terme et surtout une capacité à mobiliser l'ensemble de l'entreprise. La direction s'appuie sur cinq (5) types d'actions: Prévoir, Organiser, Commander, Coordonner, Contrôler. Ce département est dirigé par Mme Arlette AKOGBETO.

1.1.4.2. Le Secrétariat Administratif

À cheval entre le personnel d'encadrement et le personnel d'exécution, le secrétariat administratif assure, dans une région, un département ou dans les services centraux de l'administration, les fonctions dites d'application des principes généraux contenus dans les textes législatifs ou réglementaires aux cas particuliers. Le Secrétariat Administratif est chargé de:

- L'accueil physique et téléphonique,
- La rédaction des mails, courriers ou compte rendu de réunion et d'autres documents administratifs,
- La participation à la gestion financière et/ou comptable des entreprises,
- La tenue de l'agenda du directeur et des employés,
- La préparation et l'organisation des réunions,
- La réception, l'enregistrement, le classement et l'archivage des courriers.

Cet service est aidé dans sa fonction par un comité de direction. Il se réunit une fois par mois et est composé du directeur, de tous les chefs et surveillants de service puis les délégués du personnel. Le Secrétariat Administratif est dirigé par Mme Alice DECTCOU.

1.1.4.3. Le service des Ressources Humaines

Les ressources humaines constituent le pilier de l'entreprise puisqu'elle assure son développement par la compétence et leur savoir faire. À cet titre, le centre de santé à vocation humanitaire St Jean de Cotonou a en son sein 145 agents de toutes catégories confondues avec des contrats à durée

déterminée et indéterminée. Mme Elisée ASSOGBA, chef service des Ressources Humaines et Mr Guillaume TAMAVO, assistant des ressources humaines sont chargés de:

- L'organisation des employés portiers et chargés des entretiens,
- La gestion des recrutements,
- La gestion de la formation,
- La gestion de la prévention des conflits,
- La gestion des sanctions,
- La gestion de l'intégration des recrues,
- La gestion des avancements et des promotions,
- La gestion des congés et absences,
- Le suivi de l'entretien et de la propreté,
- La gestion des carrières.

Ils ont également pour fonction de superviser les activités du chargé des statistiques.

1.1.4.4. Le Service de Pédiatrie

Le Service de Pédiatrie, propose un suivi médical de l'enfant de qualité, de la naissance jusqu'à l'âge de 18 ans, c'est à dire de la petite enfance jusqu'à la fin de l'adolescence. Ce service se décline de la façon suivante:

- Un service d'hospitalisation conventionnelle,
- Un service d'accueil d'urgence,
- Un Hôpital de jour,
- Une unité de néonatalogie,
- Une activité de consultations spécialisées.

La prise en charge est assurée par le médecin pédiatre et le personnel soignant qualifié (infirmiers et aides-soignants). Les infrastructures d'accueil vous offrent le confort de la prise en charge de votre enfant. Ce service est dirigé par le médecin pédiatre, Dr Bruno DOSSOUGOUIN.

1.2. Description des activités menées pendant le stage

Notre stage a débuté le 17 juillet 2023 à 8h au CSVH saint Jean de Cotonou. Afin de nous permettre de connaître la maison, Madame Elisée ASSOGBA chef service des Ressources Humaines et Monsieur Clément GANVOEDO assistant, ont jugé pertinent et même nécessaire de nous faire parcourir les services du centre en commençant par le Secrétariat Administratif, le bureau de la directrice des Ressources Humaines, la Médecine générale, la Maternité, puis la Pédiatrie. Après cette visite guidée, nous avons rejoint les différents secteurs auxquels nous avons été assigné. Arrivée dans le service de Pédiatrie, après avoir présenté l'autorisation de stage, le chef service nous a permis de rester en urgence pédiatrique et où nos objectifs pourraient nous amener. C'est ainsi après quelques jours en urgence pédiatrique, nous sommes allés à la salle de consultation pédiatrique puis aux Ressources Humaines dans le but d'atteindre nos objectifs.

Selon l'autorisation du stage, on devrait rester dans les services pédiatriques et contribuer à toutes activités et/ou effectuer toutes tâches qui nous seriont confiées. D'abord en urgence pédiatrique, notre travail consistait à:

- Garder les enfants afin de faciliter la prise de veine pour placer le catéther en cas des injections intraveineuse ou pour les prélèvements sanguins. On essayait de les consoler en disant que ça fera pas mal et ça sera également rapide.



Figure 4: photo prise dans la salle d'urgence pédiatrique

Source: https://archidiocèsedecotonou.org/centre-de-santé-saint-jean

- Aider les malades à aller dans la salle d'hospitalisation. On les gardait par la main pour ceux qui peuvent marcher et les prennent dans nos bras pour ceux qui pouvaient pas rester debout puisqu'il n'y a pas le service de brancardier.

- Déplacer la bouteille d'oxygène. Lorsque la bouteille d'oxygène se vide, on allait au magasin ou dans les autres services pour prendre celle chargée

- Réceptionner les résultats en cas d'absence ou occupation des infirmiers et aide-soignants. Lorsque les parents arrivent avec les résultats d'analyses et que le personnel soignant est occupé à administrer des soins sur d'autres patients, on essait de gérer en leurs absences en récupérant les résultats par ordre d'arrivé.

- Empêcher les proches ou parents des malades de ne pas envahir la salle d'urgence. Parfois on jouait les agents de filtrage pour empêcher les proches accompagnants de rentrer dans la salle d'urgence. Puisque c'est un lieu de soins qui doit être propre et moins de personnes encombrants.

- Mettre du gel hydroalcoolique dans la main des soignants après soin. Lorsque un infirmier ou un aide soignant se lave les mains après avoir entré en contact avec le sang d'un patient sans les gants, on le met du gel pour se désinfecter les mains.

- Mettre de l'alcool sur le coton afin de l'imbiber, pour réduire le temps et rendre rapide les soins. Le temps de s'arrêter et imbier le coton avec l'alcool rendait les tâches lentes.

- Ouvrir la boîte à Coton. Le coton étant propre et ne doit pas etre exposé à l'air libre, et donc il était conservé dans une boîte qu'on devrait ouvrir et fermer pour permettre le prélèvement.

- Garder du sparadrap, afin de bander une plaie ou bander le cathéter afin de rendre immobile.

- Garder les tubes à prélèvement sanguin, et mettre l'étiquette pour différencier les prélèvements afin de pouvoir les distinguer dans le laboratoire.

- Orienter les proches des malades vers les services comme le laboratoire, l'urgence médecine générale, et les salles d'hospitalisation.

En effet, au niveau de la consultation pédiatrique, notre travail consistait à:

- Agrafer les résultats d'examens au dossier du patient. Pour ne pas perdre les résultats d'analyses, on devrait les constituer et les agrafer avec le dossier du patient.
- Décrocher et répondre aux appels de l'interphone, afin de satisfaire l'appelant ou de donner au chef du service ou des équipes soignantes.
- Transférer les dossiers des malades de la salle de consultation à l'urgence ou à la salle de soins,
- Assister au staff tous les matins avec les équipes de garde et de permanence de la Pédiatrie et de la Néonatologie où se fait la restitution sous la supervision du médecin pédiatre. Pendant le Staff, les difficultés rencontrées et d'autres faits divers sont énumérés et nous essayons ensemble d'apporter de solutions à chaque problème,
- Remplir le registre des consultations pédiatriques. Dans ce registre, on devrait mettre nom et prénom, adresse, numéro de dossier, les plaintes, le diagnostic et pronostics, puis indiqué si le patient sera hospitalisé ou non.
- Classer les dossiers des patients venus à la consultation. On devrait ordonné les dossiers des patients venus à la consultation chaque soir afin de pouvoir les récupérer vite lors d'une autre consultation ou rendez vous
- Redresser le drap sur le lit d'examen après passage d'un patient. Les enfants étant sur le lit d'examination, plis le drap. On essaie de l'arranger après chaque passage et permettre aux nouveaux entrant de s'installer.
- Ouvrir et fermer la porte pour permettre l'entrée et de sortie des patients aisément de la salle de consultation. Les mères venaient avec les bébés et le sac en main et ne pouvant garder le point de la porte, on les aidait à entrer ou sortir facilement.
- Conduire les mères et leur bébé à la Néonatologie pour la prise en charge. Certaines mères venaient avec bébé né avec complication afin que le pédiatre porte assistance à l'enfant. Ces enfants sont pris en charge à la néonatalogie qui est un service un peu caché du centre.

- Communiquer avec les malades au chevet de leur lit d'hospitalisation les matins. On passait de lit en lit pour prendre des nouvelles des enfants hospitalisés.

Nous avons également travailler avec les comptables aux ressources humaines, où notre travail consistait à:

- Distribuer les courriers d'un bureau à un autre pour prendre les cachets ou signatures des responsables administratifs. Les bureaux ne sont pas conjoints et mais doivent coordonner de manière rigoureuse et donc on nous commande les courriers.

- Mettre le cachet sur certains dossiers, puisqu'il y a trop de dossiers à signer, on mettait le cachet de la directrice, pour les dossiers ne nécessitant la signature

- Faire le récapitulatif des recettes journalières et des versements faits dans différentes banques,

- Fouiller dans des classeurs de dossier pour faire ressortir les documents dont on a besoin pour le travail. On nous demandé de faire ressortir anciens dossiers pour faire le récapitulatif,

- Dans le cadre des actions sociales, nous avons participé à une campagne de sensibilisation et de don de sang le 18 août 2023 où nous avons participé en tant que donneur et acteur.

1.3. Les acquis humains et professionnels

Le stage nous a servi de champ d'application et de mise en œuvre des connaissances théoriques apprises dans notre programme de formation universitaire. Cela s'est surtout senti dans la construction des outils de collecte de données. Tous les cours spécifiques au programme d'études ont été d'une aide précieuse dans la mesure où ils servaient un socle de renforcement des acquis. Ce stage nous a aussi permis d'approfondir nos connaissances sur les techniques de collecte de données. Il nous a donné l'occasion de nous familiariser avec l'entretien clinique et la prise en charge médicale. Nous avons surtout appris beaucoup de choses en entretien: comment développer une relation thérapeutique afin d'établir la confiance et un bon atmosphère entre les partis prenants. Grâce à notre participation aux staffs nous avons appris à collaborer avec plusieurs équipes.

Par ailleurs, le stage nous a donné une autre perspective et un goût avéré pour une prise en charge mais également la compréhension des réalités et du fonctionnement des groupes sur le terrain. Cette expérience professionnelle a été rendu possible et facile grâce à l'encadrement reçu par les différentes équipes de la Pédiatrie, de la Néonatologie et du médecin pédiatre, notre maître de stage.

À cet effet, le médecin pédiatre a mis en place des moyens pouvant faciliter notre intégration au sein des équipes. L'encadrement et la disponibilité des employés nous ont permis de nous sentir membres à part entière au sein des équipes, où règne un esprit de respect et de transparence entre les employés avec la valorisation des individus. Nous nous sommes sentie au bon endroit, avec la conviction d'un accomplissement professionnel en participant à toutes les activités du service de Pédiatrie.

1.4. Recommandations

Suite aux différentes activités menées pendant ce stage, nous suggérons ces quelques recommandations au centre de santé en général et aux services de pédiatrie en particulier. Ces recommandations se résument comme suit:

- Mettre des moustiquaires imprégnées à la disposition des malades au niveau des lits d'hospitalisation,
- Accorder plus d'effectifs aux agents d'entretien. Les salles d'hospitalisation n'étaient pas bien entretenues faute de manque du personnel d'entretien
- Créer un système ou une agence de collecte des déchets médicaux. Les déchets médicaux étant très dangereux et toxiques, ils devraient être recueillis, traités par une agence compétente.
- Mettre la rigueur sur la ponctualité puis dynamiser le relais du personnel soignant,
- Séparer les salles de garde masculine et féminine pour réduire le temps de relais,
- Interdire la manipulation des téléphones portables ou smartphone aux heures de travail. Les soignants sont souvent trop concentré sur leurs téléphones portables et ne répondent pas bien aux usagers

- Promouvoir des actions sociales en offrant des repas aux malades. En tant que centre à vocation humanitaire, ce couloir doit être lumineux et permettre aux populations vulnérables d'être soutenu.

1.5. Les difficultés éprouvées

Pendant cette période de stage, nous avons eu à rencontrer d'énormes difficultés sur le plan de travail. Au nombre de celles-ci, il s'agit de:

- S'intégrer à un nouveau environnement de travail autre que les amphithéâtres. On était habitué à rester concentré pendant une demi journée de cours, or dans un centre de santé, il faut travailler à la longueur de journée. Ce qui nous epuisait énormément.
- Se faire une place au sein des équipes soignantes. On devrait trouver juste place afin de se rendre utile et d'apporter un soutien significatif dans les salles d'hospitalisation,
- Mauvaise communication à cause de l'usage de la dialecte Fon que nous ne comprennions pas,
- Se démarquer des autres personnels de santé. Les parents ou gardes malades nous confondaient aux professionnels de santé (aides-soignants, infirmiers, médecin....),
- Réfus d'ouverture des gens surtout lors de l'entretien pour la collecte de données. La crainte d'etre victim d'une punition fatale venant des agents de santé rendait certains parents réticent.
- Manque de salle de garde pour les garçons afin d'échanger et porter les tenues recommandées pour le travail, ce qui nous mettaient un peu dans la position de retard. On avait une salle de garde commune et on devait s'échanger les tenues de travail à tour de rôle,
- S'adapter aux cris des enfants souffrants et faire face aux transferts d'émotions fortes des enfants. N'étant habitué à voir une personne en souffrance dans une unité de soins, on était submergé par les émotions. On arrivait pas à gérer ces moments de douleur manifester par les patients.

1.6. Les apports lors du stage

Pendant la période de déroulement de stage, nous avons eu à faire plusieurs activités entrant dans la prise en charge médicale mais également du paramédical. Nous avons apporté de solutions à un certains nombres de problèmes qu'on a manque pas dans les hôpitaux:

L'enfant P hospitalisé dans le centre de santé pour convulsion et fièvre grave dont les parents vivent séparément. Père et mère instituteurs, aucun des deux parents n'a voulu prendre la responsabilité de payer l'ordonnance prescrite puis les frais de soins. Après le briefing du cas par le médecin pédiatre, nous avons été instruit par ce dernier pour persuader aux parents de l'enfant P pour qu'ils paient l'ordonnance pour favoriser le traitement rapide de l'enfant vu son état de santé critique.

À cet effet, arrivé au balcon, nous avons aperçu la mère de P assise sur un banc et nous demandons à échanger quelques mots avec elle concernant l'état de santé de son enfant sur un banc un peu éloigné de l'assemblée. Après plus de 30 minutes d'entretien, nous sommes arrivés à la persuader et elle a pris conscience de l'ampleur du problème et l'initiative de faire des prêts d'argent auprès de ses parents et ses connaissances.

À la fin de l'entretien, nous demandons l'adresse téléphonique du père de P puisqu'il n'était pas sur les lieux. Nous l'appelons et après un temps d'attente, il finit par arriver et nous entamons une bonne communication. Le père de P fait sortir le peu d'argent qu'il avait puis compléter à celui de la mère de P, les soins furent fait rapidement.

Grâce aux efforts fournis par les partis prenants nous avons pu résoudre le problème et l'enfant fut remit sur pieds. Il a été sorti de l'hôpital après quatre jours d'hospitalisation.

En dépit de ce cas, nous avons fait connaissance bien d'autres cas mais auxquels nous n'étions pas mandaté à intervenir. C'est le cas de l'enfant W parents vivent séparément qui se disputent de la garde de l'enfant après admission du traitement compte tenu du contexte de la venue de la maladie. Le médecin chef donne ordre de les libérer après traitement et que les problèmes de famille ne devraient être résolu dans le centre de santé.

CHAPITRE II: CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES

2.1. Clarification conceptuelle

Le présent sujet de notre travail porte sur l'influence de l'entourage familial sur la prise en charge d'un patient; il s'avère donc indispensable de définir et préciser les termes employés pour mieux cerner l'enjeu de notre investigation. Ces concepts ne figurent pas tous dans le libellé de notre sujet mais sont nécessaires pour une meilleure compréhension de ce dernier.

2.1.1. Le soin

Le dictionnaire Larousse défini le soin comme un acte par lequel on veille au bien-être de quelqu'un. C'est aussi un acte médical qui vise à la santé de quelqu'un, de son corps.

En 2010, le Conseil International des Infirmiers (CII), défini les soins comme «des soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges aux familles, aux groupes et aux communautés malades ou bien portant quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie».

2.1.2. La parentalité

La parentalité dépasse le simple lien biologique. Dans le champ de la psychologie, elle se définit par un «ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux: le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique» (Lamour & Barraco 1998)

Dans le champ juridique, cette notion renvoie à la responsabilité et à l'autorité parentale. Selon l'article 371-1 du Code civil, l'autorité parentale définit un «ensemble de droits et devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, santé et sa moralité pour assurer son éducation et permettre son développement dans le respect dû à sa personne; les parents doivent associer l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité». Cette loi reprend le rôle des parents auprès de l'enfant. En effet, ils ont pour responsabilité de subvenir aux besoins de leur enfant jusqu'à son indépendance. Ils lui apportent sécurité et affection pour qu'il puisse se développer dans un environnement stable. Leur rôle est également d'assurer la santé et l'éducation

de l'enfant en lui transmettant les règles, les valeurs et les croyances culturelles pour qu'il puisse vivre en société.

2.1.3. Prise en charge médicale

La prise en charge médicale d'un patient est établie en fonction d'une évaluation initiale et régulière de son état de santé. Les besoins spécifiques du patient sont identifiés et pris en charge. La prise en charge du patient est coordonnée au sein des secteurs d'activité cliniques. La continuité des soins est assurée.

La prise en charge psychologique est un processus un peu long pour apporter un soutien ou donner une thérapie a quelqu'un qui est affecté par un traumatisme suite aux différentes situations qui l'affecte tant sur le plan physique, émotionnelle, physiologique et sociale d'où il faut aussi une réponse globale où une prise en charge holistique.

2.1.4. Entourage familial

Selon le dictionnaire Larousse, l'entourage familial est toute «personnes qui vivent habituellement autour de quelqu'un, voisinage».

Selon le ministère de la santé et des services sociaux, le proche accompagnant désigne «toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel, à une personne ayant une incapacité».

Un système familial désigne, en sciences sociales, un groupe de parenté considéré sous l'angle du holisme méthodologique, c'est-à-dire comme un ensemble fini d'éléments entretenant entre eux des relations, telles que la somme des relations individuelles n'est pas égale à l'ensemble ainsi défini. Cet ensemble appelé système possède donc des propriétés autonomes (émergentes) qui diffèrent de la seule action des individus. Cette approche du milieu familial se situe à l'opposé de l'individualisme méthodologique, lequel considère les acteurs individuels comme indépendants, pour l'essentiel, de l'influence des groupes sociaux (dont la famille) dans lesquels ils évoluent. Le terme de système familial est surtout employé en thérapie familiale systémique, et en histoire de la famille.

2.1.5. Influence

Selon le dictionnaire le Larousse, l'influence est le pouvoir social et politique de quelqu'un, d'un groupe, qui leur permet d'agir sur le cours des événements, des décisions prises, etc.

L'influence sociale ou la pression sociale est l'influence exercée par un individu, ou par un groupe sur chacun de ses membres, dont le résultat est d'imposer des normes dominantes en matière d'attitude et de comportement. Émile Durkheim fut le premier sociologue à souligner la « force» social. Cette influence entraîne la modification des comportements, attitudes, croyances, opinions ou sentiments d'un individu ou d'un groupe à la suite du contact avec un autre individu ou groupe. Pour noter un tel effet d'influence, une quelconque relation doit exister entre ces entités.

2.2. Revue de la littérature

Dans le cadre du présent travail, nous avons eu recours à certains travaux déjà effectués afin de pouvoir faire l'état de la question. Au nombre de ces recherches, nous pouvons citer: des mémoires, des ouvrages, et toutes sortes de documents qui ont abordé des aspects relatifs au présent sujet de recherche.

En effet, Schnitzler (2014), effectue une étude sur le rôle de l'entourage familial au sein de l'hôpital africain. L'objectif principal de cette recherche est de décrire les différentes tâches effectuées par l'entourage du malade dans un hôpital béninois afin de montrer comment ce travail réalisé gratuitement par des travailleurs profanes qui favorise le fonctionnement au jour le jour de la structure. Dans cette étude, les concepts d'intermédiaire et de dépendance permettent de saisir les contraintes familiales exercées sur le patient en plus du contrôle médical. Cette recherche permet d'étudier le travail des gardes malades pour renouveler les recherches sur la relation thérapeutique et sur l'organisation hospitalière en Afrique de l'ouest. En conclusion, cette étude met en évidence l'importance de l'évaluation des rôles de l'entourage familial dans un hôpital béninois.

Ensuite, une autre étude à été réalisé par Baudet (2019), dans son programme de fin de formation sur l'accompagnement de la famille d'un patient atteint d'une maladie grave et évolutive par l'équipe soignante. L'objectif général est d'expliquer en quoi la dynamique familiale peut-elle faciliter la prise en charge par l'équipe soignante d'un patient atteint d'une maladie grave et évolutive. Les résultats de cette étude ont révélé l'impact de la dynamique familiale, ses

bouleversements ainsi que ses enjeux lors de l'irruption de la maladie grave et évolutive sur un de ses membres. Ils montrent l'idée que la famille a de fait, une place essentielle auprès de son proche atteint d'une maladie.

Sow & Desclaux (2001), ont réalisé une étude sur la solidarité familiale dans la prise en charge des patients: réalités, mythes et limites. Selon eux, la solidarité familiale pour la prise en charge est réelle et permet d'atténuer les conséquences sociales de précarité. Des résultats de recherche, l'aide peut être polymorphe, et peut combiner un soutien matériel, économique, psychologique, et un soutien en matière de soins. Ainsi les familles sont elles susceptibles de mobiliser des ressources psychologiques, financières et physiques, importantes pour soutenir les personnes souffrant et leur permettre d'accéder au traitement et la prise en charge. L'autonomie financière est la principale qui permet aux individus de s'affranchir partiellement de la tutelle familiale dans la gestion de leur santé et de leur maladie, et éviter de lourdes charges d'une dette morale.

À cet effet, le travail de recherche d'Aumond (2010) sur la signification du rôle de proche aidante à travers les interactions avec le parent aidé dépendant, l'entourage et les professionnels de santé. Le but de recherche est de saisir la signification que les proches accompagnants donnent à leur rôle depuis le début de l'engagement dans la prise en charge du proche aidé et qui correspond souvent à une rupture dans la maladie de l'aidé. Il a d'abord cerné les multiples aspects de l'expérience du rôle d'aidante. Selon lui, le constat conforme ce qu'on retrouve dans la littérature, est d'une part la multiplicité des tâches assumées et d'autres part, le caractère accaparant de cet engagement et ce que le proche soit à domicile ou en institution. Ainsi le rôle d'aidante est dominant, devenant une identité à part entière.

Par ailleurs, Marchal (2017), dans l'étude intitulée: Enfant - parent - soignant, un trio gagnant; cherche à examiner les comportements parentaux qui pourraient influencer la réaction de l'enfant lorsque l'infirmière lui fait des soins. Au terme de cette recherche, elle affirme que la triade parent/enfant/soignant est probablement essentielle pour une prise en charge optimale de l'enfant. De même, les parents ont besoin d'être au côté de leur enfant lors de l'hospitalisation, étant une crise pour lui, mais que les infirmiers soient à leur écoute notamment qu'ils leur laisse le choix de rester ou non avec leur enfant lors du soin, puisque leur présence est un soin, en lui-même.

Les soins en pédiatrie, c'est-à-dire l'exercice des soignants auprès des enfants, regroupent nombre des missions des infirmiers et des puéricultrices. Les soins peuvent être techniques, relationnels, paramédicaux et sociaux. Le soignant est là, au cours de la maladie, le vif d'une crise aiguë, au moment d'un accident de vie ou encore pour accompagner la naissance puis soutenir la parentalité. Tout cela en milieu hospitalier ou au domicile du patient. Le soin en pédiatrie ne peut avoir lieu sans un partenariat dont la réussite dépend du soutien réciproque. Roche (2022), met en exergue dans son thème de fin de formation: soignant - enfant - parent, un partenariat essentiel en Pédiatrie. De cette réflexion, il ressort que les parents jouent un rôle très bénéfique sur la santé et le développement du bébé. Au delà de l'attachement, elle parle des bénéfices reconnus sur l'état de santé des petits patients.

Enfin, Rouget (2018), souligne que l'hospitalisation de l'enfant confronte les parents à un monde inconnu, avec ses codes et son propre langage. Ils perdent leurs repères habituels. La perception de la temporalité par les parents est différente de celle du soignant, qui est dans l'agir. Le temps passé au chevet d'un être cher est long lorsqu'on est dans l'attente d'une réponse. Cet étirement est source d'angoisse pour les parents, qui peuvent avoir le sentiment de ne pas être entendus, compris. Leur impuissance à soulager leur enfant réveille leur crainte de ne pas être de bons parents. Comment accompagner son enfant quand la maladie vient les ancrer dans l'instant, aux prises avec un réel dont ils se sentent responsables mais non maîtres. Les liens avec un sentiment de culpabilité sont divers mais toujours présents: avoir transmis une maladie, ne pas avoir vu les symptômes de leur enfant plus tôt, devoir le laisser seul à l'hôpital ou, au contraire, être absents pour les frères et sœurs… L'hospitalisation vient mettre à mal l'enfant imaginaire, l'image idéalisée de l'enfant. Elle fait rupture. Les parents réagissent par des tentatives de réparation, de contrôle, parfois de fuite. C'est aussi l'image du parent idéalisé qui est mise à mal par le sentiment de culpabilité, le parent qui doit protéger quoiqu'il arrive. Le besoin d'être partie prenante à chaque étape, à chaque évènement vécu par leur enfant, coupables qu'ils seraient s'ils manquaient la moindre information, vient signer l'angoisse pour certains de se sentir dépossédés de leur enfant par le « corps » médical. Ils ont besoin de savoir, de transparence. Ces angoisses peuvent mettre les soignants en difficulté dans les services en compliquant la mise en place des soins ou leur observance.

La famille du patient ou bien l'entourage, au fil des années et de la publication des différents textes législatifs relatifs aux droits des malades, a acquis de plus en plus de poids dans la relation patient-soignants. La charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995, mentionne le droit à l'accès à l'information de la famille, évoquant l'utilité du dialogue entre le corps médical et l'entourage du patient. « (…) la famille et les proches doivent pouvoir disposer d'un temps suffisant pour avoir un dialogue avec les médecins responsables». Dans le champ juridique du contexte béninois, cette notion renvoie à la responsabilité et à l'autorité parentale. Selon l'article 371-1 du Code civil, l'autorité parentale définit un « ensemble de droits et devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, santé et sa moralité pour assurer son éducation et permettre son développement dans le respect dû à sa personne; les parents doivent associer l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité». Cette loi reprend le rôle des parents auprès de l'enfant. En effet, ils ont pour responsabilité de subvenir aux besoins. Le décret n° 2012-416 du 06 Novembre 2012 fixant les normes et standards applicables aux Centres d'Accueil et de Protection d'Enfants (CAPE) en République du Bénin vient renforcer la responsabilité des parents en son article 3: La prise en charge des enfants dans les structures de protection se fera en observant les principes généraux ci-après tirés des «lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants» adoptées en Novembre 2009 par l'Assemblée Générale des Nations Unies: (...).

Loi n° 2015-08 portant code de l'enfant en République du Benin du code des personnes et de la famille recommande de consacrer par la loi, un droit à la présence parentale dans le cadre du code de la santé publique et organiser un véritable accueil, notamment de nuit, des parents et/ou des représentants légaux au sein des hôpitaux en son article 10: Dans toutes les mesures prises à l'égard de l'enfant, l'action de prévention au sein de la famille est la considération primordiale en vue de sauvegarder le rôle familial et de consolider la responsabilité qui incombe aux parents ou à tous ceux qui ont à charge son éducation, sa scolarité et son encadrement. «Toute décision prise doit tendre à maintenir l'enfant dans son milieu familial et à éviter de le séparer de ses parents, sauf s'il apparaît à l'autorité judiciaire que cette séparation est nécessaire pour sauvegarder l'intérêt supérieur de l'enfant. Ladite décision garantit à l'enfant le droit de continuer à bénéficier des différentes conditions de vie et des services adaptés à ses besoins, à son âge et correspondant au milieu familial normal» selon article 11: Priorité du milieu familial. Ces textes prévoient que les parents doivent être encouragés à rester auprès de leur enfant en leur offrant « toutes les facilités

matérielles pour ce faire». Les père et mère ou l'un des deux, ou la personne exerçant l'autorité parentale ou tutélaire, ou toute personne ayant la charge de l'enfant ont la responsabilité et l'obligation de l'élever, de l'éduquer et de le protéger selon l'article 11 du même code.

En dépit des travaux cités ci-dessus, nous avons chercher à nous situer professionnellement, c'est-à-dire sur le plan psychologiqe. On chereche à comprendre l'influence de l'entourage dans la prise en charge médicale des patients mineurs. Ce travail s'articulera sur deux axes fondamentaux de la prise en charge médicale, notre travail consiste à identifier les roles des proches accompagnants auprès du lit du patient mineur et le second consiste à analyser l'interaction entre les acteurs impliqués dans la prise en charge médicale. Cette étude nous permettra de situer chaque acteur et de comprendre l'affluence des individus dans le monde hospitalier venant du milieu social et familial. Nous pensions que ces personnes non assujettis à l'autorité médicale ont un impact qui peut faciliter ou affecter la prise en charge d'un patient, mais également sur le corps medical.

2.3. Cadre théorique

La question se rapportant à l'entourage familial, à la prise en charge médicale et à l'hospitalisation est connue des chercheurs en sciences humaines et sociales, ses effets sur l'organisation des hôpitaux et sur le traitement des malades n'ont fait que peu d'études. Nous allons nous baser sur les écrits et les théories développés dans divers domaines en sciences humaines et sociales qui pourraient apporter des explications étayées sur cette question. Nous mettons en relief la théorie de l'attachement, la théorie de careviging et la théorie de l'interactionnisme.

2.3.1. Théorie de l'attachement

Ce concept est développé par les psychologues pour désigner une relation affective qui unit deux individus, à travers la valorisation et l'importance qu'ils ont l'un pour l'autre Maccoby et Masters cité par Fischer, (1987). Pour Bowlby, « l'attachement est une relation sociale instinctuelle qui se réfère, chez l'enfant, à des dispositions innées, lesquelles se mettent en action en réponse à des sollicitudes de la mère à son égard. Ce sont les soins physiques et la sécurité affective qui forment le sous-bassement de la vie sociale. De la qualité des attachements pendant la prime enfance dépendront l'avenir des relations à l'âge adulte, qui pourront être soit introverties soit extraverties. Les relations qui se construisent, se développent et se défont au cours de l'expérience humaine sont fortement marquées par la période de l'enfance ». On ne peut douter qu'un individu

qui a connu une enfance difficile ou conflictuelle ait une vie relationnelle instable. Pour Fischer, l'attachement est le noyau des relations ultérieures que les individus pourront nouer Fischer, (1987).

L'influence de John Bowlby a contribué à l'humanisation des pratiques professionnelles. Il a fondé la théorie de l'attachement qui a donné un éclairage sur les comportements de l'enfant en présence ou non de ses parents. La création du lien d'attachement entre l'enfant et ses parents va s'effectuer naturellement dès les premiers jours qui suivent la naissance et se poursuit durant toute la vie si aucune séparation n'a lieu. L'enfant, sensible aux soins prodigués par la personne qui s'occupe de lui, va établir avec elle une relation de confiance. Lorsqu'il intègre l'assurance qu'il peut être protégé, il se sent en sécurité et devient de plus en plus autonome. Ce lien sécurisant va lui permettre de se développer sur le plan physique et psychique, de s'adapter à de nouvelles situations, d'explorer son environnement socio-affectif et de construire des relations extra-familiales. Au cours du soin, le maintien du lien d'attachement permet à l'enfant de se sentir en sécurité et de développer une relation de confiance avec les soignants. À l'inverse, s'il n'est pas maintenu, les inquiétudes de l'enfant peuvent se majorer et il va se replier sur lui-même.

2.3.2. Théorie de careviging

Les parents disposent d'un careviging system qui correspond à « l'ensemble des comportements des parents qui visent à promouvoir la proximité et le réconfort quand ils perçoivent que l'enfant se sent en danger ou en détresse ». Ces comportements conduisent l'adulte à répondre aux besoins de l'enfant en lui prodiguant une protection et du réconfort. Lors du soin, les parents peuvent redouter un manque d'attention des soignants envers leur enfant et devenir vigilants. Il est essentiel de connaître ces notions pour comprendre les comportements observés des parents et des enfants. En effet, certaines réactions comportementales des parents peuvent influencer la réalisation du soin. Afin de développer une attitude adaptée et de maintenir une collaboration avec eux, l'infirmière doit pouvoir identifier les émotions et les difficultés des parents face au soin.

2.3.3. Théorie de l'interactionnisme

On appelle interactionnisme (ou interactionnisme symbolique) un courant de pensée de la sociologie qui analyse la société comme le résultat de l'interaction entre les individus qui la composent. Ce courant s'est développé aux Etats-Unis au milieu du XXème siècle à partir des travaux de l'université de Chicago, en empruntant à différents domaines: psychologie,

anthropologie, sociologie ou sciences de l'information. Les sociologues de l'École de Chicago, tels que Robert E. Park, Ernest Burgess et Herbert Blumer, ont joué un rôle crucial dans le développement de l'interactionnisme. La société est conçue comme la résultante des multiples interactions entre les individus et non comme une entité supérieure aux individus qui la composent. Lorsqu'ils sont en interaction, les individus attribuent une valeur symbolique à leur conduite et à leurs gestes. Les fondements de l'interactionnisme symbolique sont:

- Les humains se comportent envers les choses selon le sens qu'ils leur attribuent.
- Ce sens résulte de l'interaction sociale que chaque individu a avec les autres.
- Ces sens sont transformés lors d'un processus d'interprétation utilisé par l'individu pour interagir avec les choses.

Les études des interactionnistes sont centrées sur les interactions entre un individu avec les autres et avec son environnement et sur ses motivations. Elles s'appuient sur des observations personnelles et directes menées sur le terrain. L'interactionnisme s'oppose en cela au courant fonctionnaliste qui domine alors la sociologie américaine et qui privilégie l'analyse quantitative basée, par exemple, sur des enquêtes ou des sondages. L'adjectif interactionniste qualifie ce qui est relatif à l'interactionnisme et aux interactions régissant les relations entre les individus.

2.4. Problématique

Nous avons eu la chance de visiter plusieurs hôpitaux béninois, le constat frappant est le nombre de personnes que nous avons croisé en dehors des heures de visites, dans les salles d'hospitalisation à côté des malades et des membres du personnel médical. Ces personnes généralement apparentées à l'un des malades, veillent sur celui-ci durant l'hospitalisation. Cette présence familiale est généralisée dans les hôpitaux publics et privés au Bénin. Nous avons constaté que des acteurs venant du milieu social, familial et professionnel de la santé interviennent et interagissent dans un processus de complexité. On cherche à mesurer la complexité de ces interactions intrafamiliales et d'en comprendre l'impact sur l'équipe soignante dans son unité, sa cohérence et son positionnement envers le cercle familial, et sur la façon dont il peut affecter la prise en charge médicale d'un patient mineur. Bien que cette pratique de garde soit connue des chercheurs en sciences sociales, ses effets, l'organisation des hôpitaux et le traitement des malades n'ont fait l'objet

que peu d'études. À cet titre, nous nous sommes posés certaines questions: quels rôles les proches accompagnants jouent-ils auprès des patients? Quelle place occupent ils dans la relation thérapeutique? Suite à cette problématique, notre question de recherche est: Influence de l'entourage familial sur la prise en charge médicale des patients mineurs

2.5. Approches méthodologiques

Cette étape détaille en effet, les objectifs et hypothèses élaborés, par la suite des méthodes adoptées pour le traitement des données et des techniques utilisées pour l'investigation de cette recherche. Dans le cadre de notre travail, nous avons opté pour une approche basée sur la nature de la recherche, la population cible, les échantillons et techniques d'échantillonnages, les outils et techniques de collecte, de traitement et analyse des données, l'éthique et les difficultés rencontrées.

2.5.1. Objectifs de recherche

2.5.1.1. Objectif général

L'objectif général de cette recherche est d'étudier l'influence de l'entourage familial sur la prise en charge médicale des patients mineurs.

2.5.1.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de cette recherche sont:

- D'identifier les rôles de l'entourage familial sur la prise en charge médicale des patients mineurs;
- D'analyser l'interaction entre entourage familial, patient et soignants.

2.5.2. Hypothèses de recherche

2.5.2.1. Hypothèse générale

La dynamique familiale facilite ou peut rendre la prise en charge médicale d'un enfant par l'équipe soignante.

2.5.2.2. Hypothèses spécifiques

- L'entourage familial joue des rôles importants dans la prise en charge médicale dess patient mineurs;
- L'interaction entre parents, et soignants constitue un facteur important pour les soins médicaux d'un enfant.

2.6. Nature de la recherche

Dans le cadre de notre recherche, tenant compte des objectifs et des hypothèses émis, nous avons opté pour une recherche qualitative. La démarche qualitative s'avère aussi intéressante parce qu'elle permet d'étudier les interactions entre les parents et l'équipe médicale. Elle cherche à rendre compréhensible ce qui semble incohérent, inattendu ou complexe dans la pratique sociale et reste attentive à la construction sociale des phénomènes.

2.7. Population cible

Il s'agit d'une recherche qualitative qui s'est déroulée sur une période de quatre semaines. La population d'étude de cette recherche sont les proches accompagnants ou parents des malades et de professionnels de santé (infirmiers, aide-soignant et médecin). Les individus de la population cible qui ont accepté participer à cette recherche sont au nombre de 18 personnes. Parmi eux, les proches accompagnants et le personnel soignant du service de Pédiatrie de St Jean de Cotonou.

2.8. Techniques d'échantillonnage

La recherche prend en compte les proches accompagnants et les professionnels de santé au sein du centre de santé (CSVH) St Jean de Cotonou au niveau du service de Pédiatrie. Ils ont été choisi par la méthode d'échantillonnage non probabiliste (de commodité). Cette étude est portée sur 10 proches accompagnants et 08 professionnels de santé compte tenu de ceux qui sont disponibles. Ce choix repose sur des critères d'inclusion et d'exclusion.

3.8.1. Critères d'inclusion

- Être un proche d'un malade,
- Être resté au côté du malade dans le centre de santé,

- Être un professionnel de santé au service de Pédiatrie,
- Être d'accord de participer à cette étude.

3.8.2. Critères d'exclusion

- Être un visiteur,
- Être professionnel de santé ne travaillant pas dans le service de Pédiatrie à saint Jean de Cotonou

2.9. Outils de collecte et de traitement des données

Pour la collecte d'informations, nous avons fait usage d'un (e):

- Guide d'entretien,
- Grille d'observation

2.9.1. Guide d'entretien

L'entretien est un processus de communication verbale pour recueillir les informations en relation avec le but fixé. Il n'est pas une simple discussion mais un échange social orienté par la recherche d'informations spécifiques en fonction d'une problématique de travail lié à l'objectif d'étude. C'est pour cette raison que la parole a été accordé aux acteurs impliqués dans la prise en charge en milieu hospitalier. Le choix des questions s'est fait conformément aux hypothèses et aux variables de recherche (voir annexe). L'entretien semi-structuré a permis de collecter des données qualitatives que nous avions adressées aux parents ou proches accompagnants. Les entretiens se sont déroulés autour de l'identification des enquêtés ; la mobilisation familiale dans le centre de santé, les rôles des gardes malades dans les soins médicaux. Un autre entretien semi-structuré a également été adressé aux professionnels soignants de la pédiatrie qui sont en fonction permanente dans le centre. Il s'est dérouler autour des axes tels que : la présence de l'entourage familial autour d'un malade, l'influence de cette présence sur la prise en charge médicale.

2.9.2. Observation

L'observation est destinée à nous faire percevoir les choses, à en avoir une image plus rigoureuse, elle nous apprend à se détacher de ce qui nous semble familier pour le percevoir autrement. Elle est le résultat codé de l'acte observé suivi de l'acte d'interprété. Ainsi, la grille d'observation est construite en fonction des hypothèses explicites et la technique d'observation est adaptée aux objectifs. Elle a permis de recueillir la réalité d'un certain nombre de d'informations et une quantité d'éléments qui paraissent pertinents. Les observations recueillies sont généralement dans leurs formes primitives. Ainsi, l'observation s'est déroulée à la consultation pédiatrique (CPD), aux urgences pédiatriques et dans les salles d'hospitalisations. Une grille d'observation (voir annexe) a été élaborée pour nous permettre d'atteindre nos objectifs. À travers cette expérience, nous avons eu contact direct avec les interactions et le partage d'informations. Ces données seront confrontées avec celles recueillies à travers l'entretien.

2.9.3. Traitement de données

Cette étape à fait l'objet de dépouillement des guides d'enquête. Les données recueillies sont de type qualitatif. Les guides d'enquêtes ont été dépouillés manuellement et les données ont été traités au moyen d'outils informatiques appropriés (ordinateur, smartphone, etc) et des logiciels (Word, Excel, etc). L'analyse des données s'est faite sous l'angle qualitative à raison des types de questions posées lors de l'entretien. Ces données sont regroupées, analysées, traitées et présentées selon des centres d'intérêts inspirés par les deux objectifs spécifiques de l'étude.

2.9.4. Éthique

Dans le cadre de respect de l'éthique, des dispositions ont été prises pour le bon déroulement de cette recherche, plusieurs étapes importantes pour atteindre nos objectifs de manière rigoureuse et systématique ont été observé. À cet effet, une lettre d'accréditation délivrée par Dr Ornheilia ZOUNON (notre maitre de mémoire) a été adressée au directeur du centre de santé (CSVH) St Jean afin de justifier notre présence sur le terrain et d'attester notre crédibilité. Par ailleurs, une attestation d'autorisation de stage provenant de la directrice des ressources humaines pour servir et valoir ce que de droit compte tenu de notre statut et la sensibilité de notre sujet de recherche. De même, les participants ont été informés des objectifs et méthodes de recherche nous permettant d'obtenir leur consentement conformément à l'ensemble du code de déontologie de recherche des

psychologues. L'entretien a été fait dans la plus grande discrétion et l'anonymat que requiert une recherche scientifique de cette envergure. Nous avons également consulté les documents reçus lors notre formation en éthique de la recherche. Enfin, nous nous sommes conformés aux règles formulées par le Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé (CNERS).

CHAPITRE III: PRÉSENTATION DES RÉSULTATS, ANALYSES, INTERPRETATIONS ET DISCUSSION

4.1. Présentation des résultats, analyses et interprètations

4.1.1. Typologie des enquêtés

Pour atteindre nos objectifs de recherche, nous en avons enquêtés deux (02) catégories de personnes: les proches accompagnants et les professionnels de santé.

- **Répartition des enquêtés selon le sexe**

Tableau I: Distribution et fréquence marginale des individus enquêtés selon le sexe

Sexe	Effectif	Fréquence
Masculin	01	10%
Féminin	09	90%
Total	10	100%

Source: Enquète de terrain 2023

L'échantillon de cette étude compte 10 personnes, réparti selon le sexe dans le tableau 1 ci-dessus. De ce tableau, il ressort que 10% sont de sexe masculin et 90% sont de sexe féminin. Nous notons que dans le cadre de cette recherche, les individus enquêtés, la majorité sont des femmes.

- **Répartition des enquêtés selon la profession**

Tableau II: Distribution et fréquence marginale des enquêtés selon la profession.

Profession	**Effectif**	**Fréquence**
Revendeur	04	40%
Artisan	03	30%
Fonctionnaire	02	20%
Commerçant	01	10%
Total	10	100%

Source: Enquète de terrain 2023

Le tableau 2 ci-dessus présente la distribution et la fréquence marginale des individus enquêtés selon la profession. Il en ressort de ce tableau que 40% sont revendeurs, 30% sont artisans, 20% sont fonctionnaires et 10% sont des commerçants. Il ressort que la majeure partie des proches accompagnants sont des revendeurs et des artisans.

- **Répartition des enquêtés selon la religion**

Tableau III: Distribution et fréquence marginale des individus enquêtés selon la religion

Religion	**Effectif**	**Fréquence**
Catholique	10	55,56%
Céleste	02	11,11%
Musulman	05	27,78%
Autre	01	5,55%
Total	10	100%

Source: Enquète de terrain 2023

De la lecture du tableau 3, nous constatons un taux élevé de 50% sont des chrétiens catholiques et les fidèles musulmans suivent avec un taux de 30%. Les religions endogènes figurent avec un taux faible de 20%.

- **Répartition des enquêtés selon la l'âge et le milieu de résidence**

L'âge des participants varie entre 17 ans et 51 ans avec un âge moyen de 32 ans.

De cette même répartition, nous constatons que 70% des individus enquêtés vivent dans la capitale et 30% résident dans les provinces. Les professionnels de santé vivent tous dans la capitale.

Source: Enquète de terrain 2023

- **Répartition des enquêtés selon le statut marital**

Tableau IV: Distribution et fréquence marginale des individus enquêtés selon leur statut marital.

Statut	Effectif	Fréquence
Mariés	07	70%
Célibataires	03	30%
Total	10	100%

Source: Enquète de terrain 2023

Pour l'échantillon de cette recherche, suite à la répartition, nous constatons que la majeure partie (70%) des personnes enquêtées sont mariées, 30% sont célibataires.

- **Répartition des enquêtés selon le groupe sociolinguistique**

Tableau V: Distribution et fréquence marginale selon le groupe sociolinguistique

Groupe sociolinguistique	Effectif	Fréquence
Fon	03	30%
Nagot	02	20%
Goun	02	20%
Autres	03	30%
Total	10	100%

Source: Enquète de terrain 2023

Les résultats consignés dans le tableau 5, en rapport aux groupes sociolinguistiques des personnes enquêtées dans le cadre de cette étude témoignent que 30% sont Fon; 20% sont Nagot; 20% sont Goun et 30% représente les autres groupes ethniques.

- **Réparation des professionnels de santé**

- **Répartition selon le sexe**

Tableau VI: Distribution et fréquence marginale des professionnels de santé selon le sexe

Sexe	**Effectif**	**Fréquence**
Masculin	**05**	**62,5%**
Féminin	**03**	**37,5%**
Total	**08**	**100%**

Source: Enquète de terrain 2023

De l'analyse du tableau 6, il est ressort que 62,5% des professionnels de santé soit 05 sont des hommes et 37,5% soit 03 sont des femmes.

- **Répartition selon la profession**

Tableau VII: Distribution et fréquence marginale des professionnels de santé selon la profession

Profession	Effectif	Fréquence
Aide-soignant	**03**	**37,5%**
Infirmier	**04**	**50%**
Pédiatre	**01**	**12,5%**
Total	**08**	**100%**

Source: Enquète de terrain 2023

Le tableau 7 présente la distribution et la fréquence marginale des professionnels de santé selon la profession. De ce tableau, nous notons que 37,5% soit 03 sont des aides-soignants; 50% soit 04 sont des infirmiers et 12,5% soit 01 est pédiatre.

4.1.2. Mobilisation famille

L'importance donnée au travail des proches accompagnants dans le bon fonctionnement du service se découvre dans l'ambiguïté de l'inscription «un seul garde malade par patient », affichée sur une simple feuille A4 dans les salles d'hospitalisation et les chambres. La direction motive l'existence de ces écriteaux par le besoin de limiter le nombre de personnes auprès des malades. En effet, il est dit au Bénin que la présence des proches au chevet des malades participe à sa guérison. Toutefois une telle affiche participe également à l'institutionnalisation de la pratique: la règle suppose qu'il existe un seul garde malade pour chaque patient. Malgré cette institutionnalisation, les membres de famille des patients se mobilisent afin d'apporter un soutien significatif à leur proche. La place attribuée à la famille serait liée au manque d'effectifs dans les hôpitaux. L'aide apportée est fournie par l'entourage familial, elle est effectuée soit par une mère, un père, une sœur, une tante ou une mémé. La pratique du proche accompagnant consiste à assurer le bien-être du malade en restant à sa disposition jours et nuits. Ils peuvent également être sollicité par un soignant pour maintenir en place un bras ou une jambe durant la réalisation d'un soin. Le système de famille est bien hiérarchisé avec le séparation des tâches entre les membres. Nous avons constaté que la

plupart du temps, les femmes sont chargées d'assurer les besoins fondamentaux (nourrir, protéger...) et les pères essayer de régler les problèmes d'ordre administratif (paiement des factures d'analyses, l'achat des médicaments....). Les pères sont les premiers responsables dans la prise de décisions concernant tel ou tel cas mais également concernant les traitements proposés par le corps médical. Voici un cas qui illustre ce phénomène:

«Edith (mère) veille sur sa fille, accompagnée de son époux et de son fils aîné. Durant son séjour à l'hôpital, Edith s'occupait des activités domestiques (nourrir, lavé, ...) l'enfant, le fils aîné était chargé des achats de produits médicaux et d'interagir avec le personnel médical puisqu'il est le plus instruit. Le père était chargé de gérer les achats hors du centre, la demande du sang et la gestion financière puis la prise de décisions importantes».

Verbatim 1: Cas de la mère Edith

Source: Enquète de terrain 2023

Les autres membres de famille aussi présents constituaient les accompagnants subsidiaires, mais également les relayeurs lorsque le surcharge ou la fatigue gagne les tuteurs principaux, comme le montre l'exemple suivant:

«Madame Eugénie, amène sa fille à la salle des soins et assiste à l'administration de médicaments. Pendant ce temps, son époux s'en charge de régler les problèmes financiers (paiement de factures de soins, d'analyses et de l'oxygène). Nous constatons la présence de la mémé de la fille assise au bord du lit d'hospitalisation qui leurs a apporté à manger et surveille également les objets que les autres personnes présentes pourraient dérober».

Verbatim 2: Cas de madame Eugénie

Source: Enquète de terrain 2023

Ces deux cas montrent le nombre de personnes impliquées dans la gestion de la maladie dans une famille et explique dans le temps leur presence. L'enfant étant souffrant, il a besoin d'une surveillance permanente, les parents en aucun moment lui perdre de vue. Donc les taches sont reparties selon les membres afin de faciliter et de render rapide les soins médicaux. L'aspect profond que resort ces cas est le reseau familial et la hiérachisation dans lequel se trouve le patient.

À cela, il faut ajouter le nombre de personnes qui se rendent au chevet du malade et qui leur propose un traitement alternatif (prière ou exorcisme), ou qui cherche à intervenir dans les soins. Dans ces faits, transparaît le réseau familial et la hiérarchie dans laquelle sont intégrés le patient et les soignants. À cet effet, nous avons donné la parole aux parents afin qu'ils s'expriment par rapport à cette exigence du personnel. Certains (60%) pensent qu'on ne devrait pas leurs séparer de leur malade et que leurs présences accélère les soins et donne une impression de sécurité et d'affection à leur enfant, mais d'autres (40%) sont restés évasifs et notifient que les soins médicaux ne sont pas leur domaine d'intervention, donc il revient au corps médical de faire leur travail. Les résultats montrent le degré d'implication des parents dans l'élaboration des soins et la reconnaissance de leurs roles auprès de leur proche ayant une incapacité.

4.1.3. Les rôles de proches accompagnants

Des tâches multiples et variées. Le rôle des parents se définit par les multiples tâches qu'ils doivent accomplir. Les proches accompagnants sont souvent soliciter par le soignant pour maintenir les enfants durant la réalisation d'un soin, mais la tâche principale dont parlaient les proches accompagnants concernait soit la toilette ou les soins associés à la maladie. L'accent mis sur les soins du corps s'explique peut-être par le fait que ces soins occupent une place importante, compte tenu de la détérioration et l'importance de l'état de santé de leur proche. Chaque garde malade amène son proche au toilette chaque matin pour le laver ou pour autres besoins pressants. Le cas suivant décrit les activités du mère auprès de son enfant dans l'hôpital:

« Chaque matin, j'amène mon enfant à la douche pour le laver et profiter laver ses quelques vêtements sales. Après avoir fini de lui laver, je vais acheter la bouillie ou un repas chaud pour qu'il mange puis j'attends la visite des médecins »

Verbatim 3: Propos d'une mère au côté de son fils malade

Source: Enquète de terrain 2023

Cet extrait de cas décrit le travail journalier d'un garde malade auprès de son proche souffrant, cela défini les activités que le corps medical ne fait pas sur un patient. A cet effet, il faut une main forte visible pour assurer ses besoins fondamentaux dont le patient peut ressentir.

Une autre tâche des proches accompagnants était d'administrer ou de gérer la prise de médicaments. Ils avaient également développés des compétences très adaptées aux soins qui se manifestent par le rappel aux infirmiers ou aides soignants pour signaler lorsque la perfusion intraveineuse est terminée afin d'empêcher que le sang remonte dans le perfuseur.

Par ailleurs, l'écoute et le soutien psychologique occupent une place prépondérante. L'enfant arrive dans un environnement inconnu et étranger, ayant la peur de la blouse blanche et des piqûres, est inquiet. C'est ainsi que les parents jouent leur role de protecteur. Ce cas présent le soutien affectif qu'apporte une mère à son enfant malade:

«Auprès de mon enfant, j'essaie de lui calmer, le rassurer et je lui apporte le réconfort maternelle».

Verbatim 4: Propos recueillis chez une garde malade

Source: Enquête de terrain 2023

À cet effet, l'enfant peur manifester plusieurs types de peurs. Au nombre de cellules-ci, on retrouve:

La peur de l'inconnu face à la multitude de visages qui défilent, au vocabulaire et aux dispositifs médicaux. Certains enfants sont très attachés à leurs parents et collés comme une semelle. Dans le même temps, nous remarquons que d'autres enfants s'accrochent à toute personne qui le tend la main. On parle du phénomène d'attachement secure et insecure.

La peur de l'atteinte de l'intégrité de son corps: l'enfant a peur que des inconnus le touchent. Nous avons remarqué chez certains enfants, qu'au début d'un soin, ils sont calmes et très observateurs. Dès qu'ils voient une goutte de sang sur leur corps, ils se mettent à pleurer et demander de l'aide à leurs parents. En outre, plus l'enfant est jeune, plus sa crainte est grande, car elle est difficile à raisonner.

La peur d'avoir mal est souvent liée aux soins invasifs. Certains enfants se mettent pleurer ou change de mines dès qu'ils voient l'infirmière préparer un sérum. Ces émotions sont à différencier de la douleur. Il revient aux parents de lui assurer la sécurité, et absences de danger à travers la technique de caveging afin de dissoudre cette anxiété.

4.1.4. Présence de proches accompagnants, un mal nécessaire

Malgré l'aide apportée quotidiennement par les gardes-malades, le personnel de santé décrit leur assistance comme gênante. Les gardes malades sont «un mal nécessaire» dans les services d'hospitalisation pour plusieurs raisons. Premièrement, les déplacements fréquents et le bruit occasionné par leur présence sont critiqués comme perturbations dans le travail hospitalier. L'absence d'un lieu réservé à leur usage oblige les gardes-malades à dormir à même le sol. L'espace occupé est réapproprié et personnalisé de manière plus ou moins importante en fonction de la durée de l'hospitalisation, ce qui empêche très souvent le déplacement du personnel soignant d'un lit à un autre. De plus, il existe certaines situations où la présence parentale peut être remise en question. Voici le témoignage d'un 'infirmier X:

«Certes les parents nous apporte un soutien significatif mais quand le nombre de personnes devient trop, cela crée des bruits torrides. Il y a certains enfants, quand leurs parents sont à côté, ils crient trop et sont pas stable. De plus quand l'enfant pleure, le parent peut demander qu'on attende qu'il se calme d'abord avant de continuer les soins».

Verbatim 5: Propos recueillis chez un infirmier X

Source: Enquête de terrain 2023

D'abord, de part leurs émotions et leurs difficultés à faire face à la situation de crise de leur enfant, les parents ont des réactions inadaptés. Ces attitudes vont alors perturber le soin et amplifier les craintes de l'enfant. Face à ces perturbations, le personnel développe des « stratégie de gestion » pour contenir les parents ne pouvant pas assister leur proche pendant les soins et les individus non assujettis à l'autorité médicale. À saint Jean, l'installation des bancs dans le hall et le balcon devrait permettre de les faire sortir des salles de soins pour laisser champ libre aux personnels soignants. De même, l'aménagement des lieux et des moments où les gardes malades sont interdits libère temporairement le personnel de leur omniprésence. Certains membres du personnel relèvent un deuxième problème en évoquant l'influence négative d'une présence parentale qui peut s'avérer stressante pour le soignants. Fort de cela, 30% des soignants affirment avoir peur de commettre des erreurs ou ne sont pas à l'aise en la présence parentale et que cette peur peut retentir sur la pratique de soins sur l'enfant. Ainsi, le déni médical de l'aide apportée par les proches accompagnants s'accompagne d'une critique générale de leur présence invasive, bruyante et potentiellement néfaste.

Enfin, les plaintes adressées par les proches sont souvent considérées comme irrecevable et réprimandées par le personnel soignant.

4.1.5. Communication et échange d'informations

Relevé comme une caractéristique structurale des administrations africaines, l'intermédiation a souvent été analysé dans les sciences sociales comme une source de petite corruption et de violences associées à la «bureaucratie d'interface». Elle oppose deux types d'interaction: la consultation médicale et les rondes (visites). Dans la première situation, l'absence de l'infirmier entraîne une interaction directe entre le médecin et son malade à la fois par la parole et le toucher. À l'inverse, la présentation des malades par les infirmiers durant les rondes repose sur une approche discursive des cas qui supprime la communication entre le patient et son médecin observée durant la consultation. Cette surveillance est facilitée par les informations accumulées sur les antécédents du patient, le contexte d'apparition et de déroulement de la maladie ainsi que sur les différents recours réalisés. Ces connaissances sont mobilisées par le personnel médical dans la compréhension de l'évolution de la maladie durant le traitement médical au sein de l'hôpital ou depuis la maison. Ce suivi personnalisé ne se limite pas à un simple complément de la prise en charge, il s'intègre au travail professionnel et permet d'actualiser, voire rectifier les données recueillies sur le cas comme le souligne le pédiatre dans ces propos:

«*Je trouve 80% de mon diagnostic dans la communication avec l'entourage, l'examen clinique sur le lit vient compléter 20% de mon diagnostic*».

Verbatim 6: propos du médecin pédiatre

Source: Enquète de terrain 2023

Ces différents éléments s'associent pour porter main forte à prise en charge et la proposition d'un bon diagnostic. Cette anecdote révèle l'ampleur et l'importance de l'échange d'informations entre le personnel médical et les proches accompagnants. Des résultats de recherche, nous constatons que 87,5% de professionnels de santé enquêtés affirment que l'information de l'entourage familial fait partie de la prise en charge et que la présence et l'intégration des familles est nécessaire. Notons également que 12,5% soutiennent que l'information peut être nuisible puisqu'elle pourrait s'avéré fausse et que la présence et l'intégration familiale n'est pas nécessaire car les proches ne connaissent

pas le domaine médical mais aussi la vie privée et l'intimité des autres patients ne sont pas respectées.

Par ailleurs, nous remarquons la réticence de parler chez certains patients en présence des médecins. Le proche devient intermédiaire et répond aux questions puis énumère les plaintes du malade, nous avons pu constater dans les cas de rechute chez certains enfants leurs mères ont du mal à s'exprimer pleinement. Elles ont des difficultés à énoncer aisément l'évolution et les conditions dans lesquelles sont survenus la maladie. Les mères négligent très souvent les conseils des médecins à la naissance afin de prévenir certaines maladies. Quand ces conseils ne sont pas observés et que la maladie vienne, elles se sentent coupable. Cette culpabilité les mettent dans une position délicate et puis elles optent pour le mensonge. Suite à ce phénomène de réticence de communication entre le patient et son médecin, certains spécialistes de santé font recours à certaines méthodes.

Pour avoir de bonnes informations auprès des mères, il faut une intervention policière

Verbatim 7: Propos du médecin pédiatre

Source: Enquète de terrain 2023

Il revient aux médecins de poser des questions précises et objectives afin d'avoir des informations concrètes pour une meilleure prise en charge médicale de l'enfant. Cette échange d'informations, est une interaction très sensible qui demande l'ouverture de l'esprit de tout les acteurs impliqués puisque la vie de quelqu'un en dépend.

4.1.6. Au delà de l'hôpital, la société

En Afrique, la gestion de la maladie par les familles passe par le système de la solidarisation. Cette solidarité se manifeste par les visites, l'octroi de moyens financiers et la proposition d'autres alternatives de traitements. La solidarité, comprise comme soutien à la fois matériel et moral aux personnes concernées, suppose un lien entre des personnes ayant des intérêts communs, des rapports familiaux ou un sentiment d'appartenance collective. Les sociétés africaines traditionnelles ont souvent été reconnues pour leur solidarité communautaire, voire leur collectivisme, considéré comme une forme de socialisme naturel. La pratique d'entraide constaté dans les sociétés africaines, consiste à accompagner les parents dans leur rôle premier d'éducateur de leur enfant, notamment

par des actions d'écoute, de soutien, de conseils et d'informations. L'exemple suivant explique ce phénomène:

«*Les amis sont venus m'apporter leur soutien, certains m'ont donné un peu d'argent et d'autres ont apporté de repas pour mon fils et moi*».

Verbatim 8: Propos recueillis chez un père, qui a son enfant hospitalisé

Source: Enquète de terrain 2023

La gestion de ces moments de fortes émotions des parents par l'entourage familial est possible grâce aux soutiens psychologiques. Ce rôle de soutien accordé dans les hôpitaux par l'entourage familial est dû au manque de professionnels qualifiés (psychologues, psychiatres, etc...) dans les unités de soins. La complémentarité interdisciplinaire révèle encore une fois l'incapacité des centres de santé à fournir le personnel à l'attente de la population. Le système d'entraide sociales vient compassé le vide. Suite l'état critique du patient, chaque membre de l'entourage cherche à apporter un soutien significatif dans les soins, ce qui s'explique par le bon nombre de personnes autour du lit d'hospitalisation d'un seul enfant. C'est aussi un moyen de porter assistance à son prochain dans les moments difficiles.

4.2. DISCUSSION

4.2.1. L'entourage familial et ses rôles dans la prise en charge médicale d'un enfant

Les parents sont des acteurs incontournables du soin hospitalier, leur prise en charge conjointe avec celle de leur enfant est naturelle dans les services de pédiatrie. Nous avons approfondie nos connaissances sur la dynamique familiale et surtout les différents rôles dans la prise en charge médicale. Dans ce contexte, les réalisations d'un geste de soins s'avère être compliqué chez les enfants mineurs. L'infirmier doit réaliser des gestes techniques pour soigner l'enfant tout en s'adaptant à son niveau de compréhension et son raisonnement incomplet. L'approvisionnement de ces savoirs nous permet d'avancer que la réalisation d'un soin ne s'arrête pas qu'à la technicité ou professionnalisme de l'agent de santé, mais prend aussi en compte le processus de développement de l'enfant et de la dynamique familiale. Cela confronte les équipes soignantes à de nouvelles problématiques liées à l'absence ou à la présence des parents pendant un soin intensif de leur enfant. Aujourd'hui admis par tous, il ne faudrait pas ajouter le trauma d'une séparation subie aux divers

traumatisme liés à la maladie et sa prise en charge, et c'est ainsi que la participation des parents est aussi bien nécessaire lors des soins. Ils assurent l'enfant, ce qui permet de délivrer le soin dans des meilleures conditions. Ils facilitent le déchiffrage des manifestations chez le jeune patient par l'équipe médicale. D'abord, ce sont eux qui connaissent le mieux leur enfant. Très tôt dans son développement, les parents sont capables de percevoir les modifications de ses comportements face à tel ou tel événement intrinsèque ou extrinsèque. Ils sont des gardiens de sa sécurité affective. Des résultats de recherche, il en ressort que 60% des professionnels s'accordent à dire que la présence parentale au chevet du lit d'hospitalisation ou depuis la maison offre une possibilité de compréhension de l'étiologie de la maladie; 40% des soignants affirment que les parents sont des sources d'informations.

La problématique liée à leur absence ou leurs comportements lorsqu'ils sont présents ne devrait pas créer la possibilité de séparation pendant les soins. Les services s'adaptent parfaitement et évoluent vers la moins hospitalisation, celles ci se raccourcissent et se technicient. On en vient à considérer la présence des parents lors des gestes de réanimation, en salle d'éveil, au bloc opératoire lors de l'endormissement. Cette possibilité qui leur est laissée ne doit néanmoins pas devenir une contrainte, les institutions ne doivent pas les considérer comme des soins de substitution mais bien comme des partenaires de soins, en leur reconnaissant une place et des rôles spécifiques et irremplaçables. L'étude menée par l'association sparadrap sur la présence parentale (2003) montre que 53% s'accordent à dire que les parents contribuent au bon fonctionnement du service, 74% des équipes considèrent qu'ils les aident à mieux comprendre l'enfant et 59% à le soigner plus facilement. Dans la même étude, les équipes médicales ont menée une réflexion au sein de leur service pour évaluer l'intérêt de la présence parentale. Il en ressort de cette réflexion que «non seulement, elle diminue l'anxiété des enfants et des parents, favorise le dialogue et la confiance entre proches et l'équipe médicale, mais elle peut même permettre la diminution de la douleur chez l'enfant ».

D'ailleurs, dans de nombreux hôpitaux du xixe siècle, les nourrissons de moins d'un an n'étaient pas admis. Cela tient à deux éléments: la méconnaissance de ce que le nourrisson perçoit et de l'impact de l'environnement sur son développement futur, d'une part, et l'importante mortalité infantile, d'autre part. La crainte de perdre précocement cet enfant semblait retenir les parents d'y attacher trop d'importance. Les morts d'enfant, autrefois la règle, se sont raréfiées grâce à l'hygiène et aux progrès de l'obstétrique, les fratries se sont réduites. Le statut de l'enfant au sein

de la société en a été bouleversé. On est passé d'un enfant objet, géré par sa famille, peu considéré comme interlocuteur, à un sujet à part entière, qu'il faut prendre en considération en fonction de sa capacité de discernement croissante. Les principes pédagogiques ont aussi beaucoup évolué. Il est difficile pour un parent de n'avoir pas pu calmer la manifestation douloureuse de son enfant et de devoir se rendre aux urgences. Comme le rappelle Josset-Raffet et coll, 2016 «le ressenti douloureux de l'enfant atteint de la drépanocytose mêle à la fois ses représentations de ce qui se produit dans son corps au moment de la crise, ses représentations de la maladie et de son image corporelle, les représentations familiales de la maladie, ses souvenirs des crises passées, mais aussi toute sa dynamique émotionnelle, relationnelle et intrapsychique ».

Aujourd'hui, grâce au développement de la psychologie de l'enfant et de la médecine pédiatrique, les rôles de l'entourage familial dans les hôpitaux surtout pour enfants s'est révélée aux professionnels de santé et au monde. Les faits démontre que l'intégration des parents dans les unités de soins médicaux est plus que nécessaire que jamais. Cette conclusion confirme notre hypothèse selon laquelle: l'entourage familial joue des rôles importants dans la prise en charge médicale d'un patient mineur. Donc notre première hypothèse belle et bien confirmée.

4.2.2. La complémentarité entre les acteurs intervenants dans les unités de soins

Nous ne reviendrons pas sur l'intérêt aujourd'hui admis par tous, la présence des parents dans la prise en charge médicale des enfants, mais de la complémentarité des acteurs impliqués dans la relation thérapeutique. Le rôle des parents dans la production de la santé est aujourd'hui mis en avant. Il en découle une redéfinition de leurs relations avec les professionnels de santé. La transformation des rôles attribués à l'entourage familial dans la prise en charge de la maladie est favorisée par une alliance nouvelle entre le médecin et la famille, qui ont un intérêt commun: le bien-être de l'enfant. Cette alliance se développe à deux niveaux: à la consultation pédiatrique (CPD) et la ronde (visite médicale). Les parents sont détenteur d'un savoir, l'enfant étant malade et incapable de parler avec le médecin, seuls les parents qui peuvent parler à sa place sur l'évolution, les symptômes de la maladie et aussi les recours utilisés. Ces connaissances sont mobilisées par le personnel soignant dans la compréhension de la maladie durant le traitement médical au sein de l'hôpital ou depuis la maison. Ces informations ne se limitent pas d'actualiser, voir rectifier les données recueillies sur le cas mais également constitue une complémentarité entre les acteurs impliqués dans la prise en charge. Cette interaction porte une main forte et concurrente à la prise

en charge et au diagnostic. Cela démontre l'ampleur et l'importance de l'échange d'informations entre le personnel médical et les proches accompagnants, puisque les parents constituent l'intermédiaire entre le malade et le médecin. Selon Wanquet (2015), «accueillir l'enfant à l'hôpital implique d'accueillir ses parents». La relation soignant/patient/soigné devient une relation triangulaire, une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation avec les uns et des autres. Un partenariat se crée entre l'enfant, les parents et aux professionnels de santé. Sur cette lancée et selon, Danièle Bourdès (2008), il «est essentiellement fondé sur une approche de complémentarité selon laquelle chacun des acteurs trouve place et où la décision s'effectue par la négociation». Les décisions sont prises par les parents mais avec l'appui des médecins, qui explique le bien fondé et la nécessité d'une telle décision. Les partenaires se réunissent autour d'une préoccupation commune: le bien-être de l'enfant. Les protocoles thérapeutiques permettent aujourd'hui aux parents d'investir une place plus active auprès de leur enfant malade. Nous pouvons donc dire que la la relation thérapeutique s'avère être indispensable dans une prise en charge médicale de qualité. Cela favorise l'élaboration des soins dans un climat convivial et social. La famille constitue un tout dynamique, ayant une vie propre.

Dans la conception des grandes politiques comme dans les actions quotidiennes, les parents doivent être considérés comme des partenaires compétents. C'est ce que le Code des personnes et de la famille béninoise, présuppose en leur attribuant un certain nombre de droits et de devoirs à l'égard des enfants. À la mesure de cette reconnaissance, les intervenants et les intervenantes sont invités à susciter l'engagement des membres des familles dans l'élaboration des programmes et la mise en place de services qui les concernent, tout en respectant leur capacité de décision et d'action de même que leurs capacités d'apprentissage pour développer de nouvelles habiletés requises par l'évolution de la famille. Cela vient confirmer notre deuxième hypothèse selon laquelle: la relation thérapeutique entre parents et soignants constitue un facteur important pour les soins médicaux d'un enfant. Alors notre hypothèse est bien confirmée.

LIMITES

La taille de l'échantillon de cette recherche n'est pas grande, ce qui constitue une insuffisance aux résultats obtenus. De cette faiblesse, nous ne pouvons pas généraliser les résultats obtenus et l'appliquer à toutes les prises en charge des patients et centres hospitaliers au Bénin. Nous n'avons pas pu aborder tous les phénomènes que pourrait rencontrer dans un centre de santé comme: la

gestion des enfants nés avec le SIDA, les cas sociaux, la malnutrition infantile, etc. D'où la nécessité de poursuivre les travaux de recherche dans ces sens.

CONCLUSION

Ce travail de recherche avait pour objectif de démontrer l'intérêt d'une étude approfondie des différents rôles des gardes-malades en tant qu'application particulière de la pratique médicale béninoise afin de revitaliser un certain nombre de débats actuels sur la prise en charge médicale des patients mineurs. Tout d'abord, la description des tâches effectuées par l'entourage familial dans les soins a permis de révéler le rôle des parents dans la prise en charge médicale et de leur influence dans les soins d'un proche. L'entourage familial détient un savoir profane, ce savoir est mobilisé par le personnel soignant dans la compréhension de la maladie. Cela montre la complémentarité qui existe entre les acteurs impliqués dans le soin, ces acteurs interagissent pour une préoccupation commune: le bien être de l'enfant. L'importance du dialogue à tous les niveaux, entre la famille et les soignants, entre le patient et les soignants, mais également au sein même d'une équipe soignante dans laquelle l'élaboration et l'ajustement de projets de soin sont possibles, est la clé de cet accompagnement. Il est maintenant reconnu dans les textes législatifs, les services et professionnel de santé, l'interèt de la presence parentale lors de l'hospitalisation d'un engfant. IL est donc pertinent d'inclure les parents dans les soins, afin d'optimiser le confort de ces derniers et de l'enfant. Finalement, la pratique de proches accompagnants offre une nouvelle porte d'entrée pour étudier les différentes inégalités, les cas sociaux et d'autres problématiques liées à la prise en charge dans les hôpitaux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Baudet, E. (2019). L'accomplissement de la famille d'un patient atteint d'une maladie grave et évolutive par l'équipe soignante. [Mémoire IDA]. Université de Sorbonne. Dumas: https: //dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-
- Bourdès, D. (2008). Le rôle du cadre de santé et la place des parents en pédiatrie, Soin Pédiatrie/Puériculture. 29(240), 41-43 http://www.empremium.com.docelec.ubordeaux.fr/article/158492
- Freidson E., 1984, La profession médicale, Paris, Payot.
- Lamour & Barraco (1998), Souffrance autour du berceau. Gaètan Morin.
- Marchal, C. (2017). Enfant/parent/soignant un trio gagnant. [Mémoire IFSI]. CHU de Nantes. Consulté le 07/01/2024, à l'adresse https://documentation.chu-nantes.fr/jlbweb/jlbSai/MARCHAL_Clementine_IFSI_2017.
- Rouget S. Mollier M. & Scharff K. (2018). Accueillir les parents en service de Pédiatrie. Dans Enfances et Psy, 79(2018/3), 40-50. Consulté le 10/01/2024 à l'adresse Hptts://foi.org/10.3917/ep.079.0040.
- Schnitzler, M. (2014). Le rôle de l'entourage familial au sein d'un hôpital africain: une thématique négligée. 32(3014/1), 39 à 64 édition JOHN LIBBEY EUROTEXT, ISSN 0294 - 0103 Doi 10,1684/SSS, 2014. 0103. Consulté en ligne le 20/12/2023, à l'adresse https://scholar.archive.org/work/DSSS_321_0039.
- Sow, K. & Desclaux, A. (2001). La solidarité familiale dans la prise en charge des patients: réalités, mythes et limites. Sciences sociales et sida. P (79 à 91). Nathan
- WANQUET P. T. L'enfant hospitalisé: travailler avec la famille et l'entourage. 2e édition. Issy-les-moulineaux: Elsevier Masson, 2015. ISBN: 978-2-294-74741-0. Consultez le 17/01/2024, à l'adresse https://www.elsevier-masson.fr/lenfant-hospitalise-travailler-avec-la-famille-et-lentourage-9782294747410.

ANNEXES

Annexe 1: Guide d'entretien adressé aux professionnels de santé

Ce guide d'entretien a pour objectif de mieux connaître les personnes concernées dans la prise en charge d'un patient et de comprendre l'influence de ces personnes sur la qualité des prestations proposées par le corps médical. Dans le cadre de ce travail de recherche, nous avons pour thème: « Influence de l'entourage familial sur la prise en charge d'un patient mineur». Il est réalisé dans l'anonymat

1. Identité personnelle

Sexe: ..... Âge: .....

Statut marital: .....Ethnie: .....

Religion: ..... Adresse.....

Quartier: ..... Profession.....

2. Depuis combien de temps excercez-vous en tant que professionnel de santé de cet établissement?

.....

3. Quel rôle jouez-vous dans ce établissement?

.....

4. Qu'est ce que pour vous le soin ou prise en médicale?

.....

.....

5. Qu'évoque pour vous la relation de soins sanitaires?

.....

.....

6. Qui sont les personnes concernées dans la relation de soins?

.....

.....

7. Est-ce que pour vous l'intégration de la famille ou de l'entourage familial fait partie de la prise en d'un patient? Si ou! Comment?

.....

.....

8. Est-ce que l'information de l'entourage familial fait partie de la prise en charge?

.....

9. Est-ce que la présence de la famille auprès des soins favorise les soins?

.....

10. Qu'apporte les parents dans la prise en charge d'un patient?

.....

.....

11. Avez-vous déjà rencontré de difficultés dans l'information de l'entourage familial lors d'une prise en charge? Si oui! Lesquelles?

.....

.....

12. Est-ce que certains comportements ou l'action de l'entourage familial peuvent vous agacer parfois? Si oui! Lesquelles?

.....

.....

13. Est-ce que ces difficultés influent la prise en charge du malade? Si oui! Lesquelles?

.....

14. Souhaiteriez-vous ajouter quelques éléments pour plus d'informations?

.....

MERCI POUR VOTRE DISPONIBILITÉ ET AIMABLE COLLABORATION!

Annexe 2: Guide d'entretien adressé aux parents ou proches accompagnants

Ce guide d'entretien a pour objectif de mieux connaître les rôles de famille dans la prise en charge d'un patient et comprendre la mobilisation familiale. Dans le cadre de ce travail de recherche, nous avons pour thème: «Influence de l'entourage familial sur la prise en charge d'un patient mineur» et est destiné aux parents et proches des malades. Il est réalisé sur anonymat.

1. Identité personnelle

Sexe: ……..... Âge: …….....

Statut marital.....…….....……..... Ethnie: …….....

Religion: ……..... Contact: …….....

Quartier: ……..... Profession: ……....

2. Quelles sont les raisons ayant motivé le placement de votre proche dans ce établissement?

..……

3. Quelle appréciation par rapport à l'accueil dont vous avez bénéficie?

…….....

.....

4. Depuis combien de temps êtes-vous hospitalisé dans cet établissement?

……

5. En quoi consiste votre présence auprès du malade?

……

……

6. Quel est votre lien de parenté avec le malade?

……

7. Que ressentez vous lorsque vous avez la visite d'un parent ou d'un ami(e)?

……

8. Quelle est appréciation portez-vous sur la qualité des soins médicaux?

……...

.....

9. Est-ce que l'équipe soignante vous permet d'assister aux soins intensifs de votre proches?

……

10. Lorsque vous constatez que votre n'est pas bien traité par l'équipe soignante, que faites-vous?

……

……

11. Pensez vous que cet agissement permet d'améliorer la prise en charge de votre proche par l'équipe soignante?

……

12.Trouvez-vous satisfaction?

……

13. Quand votre malade refuse un médicament ou un traitement, que faites-vous?

……

14. Lorsque votre malade est sous traitement et que l'état reste inchangé, demandez-vous qu'on vous change le traitement ou bien vous le faites constat aux médecins?

……

15. Conseilleriez-vous notre établissement à un proche, ami(e)s et ou à quelqu'un d'autre?

……

16. Aimeriez-vous ajouter quelques éléments que j'ai pu oublier de demander?

……...…

MERCI POUR VOTRE DISPONIBILITÉ ET AIMABLE ATTENTION!

Annexe 3: Grille d'observation

Cette grille d'observation pour but de recueillir des données chiffrées issues de l'observation. Ainsi, elle est construite pour observer:

- Émotions des enfants dans un environnement (hôpital).
- Réaction des parents face à l'émotion de l'enfant.
- Comportement des enfants en la présence des soignants.
- Comportement des parents rapport au soin et à l'équipe médicale.
- Accueil réservez à l'entourage familial dans les salles d'hospitalisation.
- Les tâches des proches accompagnants au chevet du lit d'hospitalisation de l'enfant.
- Le contexte et le cadre d'échange d'informations.
- L'effet de la présence parentale sur les soignants et aussi dans l'ensemble le centre de santé.

TABLES DES MATIÈRES

SOMMAIRE……..……2

IN MEMORIUM……...…3

DÉDICACES……...……4

REMERCIEMENTS……..……..5

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES……..6

LISTES DES TABLEAUX LISTES DES SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES…..…7

RESUME……..8

ABSTRACT…...……..8

INTRODUCTION……9

CHAPITRE 1: CADRE INSTITUTIONNEL ET DESCRIPTION DES ACTIVITÉS DU STAGE……...…10

1.1. Cadre institutionnel…….10

1.1.1. Description de la lettre d'accréditation……..10

1.1.2. Objectifs du stage……..10

1.1.3. Présentation du lieu de stage…….11

1.1.3.1. Situation géographique……..……11

1.1.3.2. Description du lieu de stage……11

1.1.3.3. Mission……...……14

1.1.3.4. Activités……...……..14

1.1.4. Organisation du centre……..15

1.1.4.1. Direction……...…….16

1.1.4.2. Secrétariat Administratif……...…….16

1.1.4.3. Service des Ressources Humaines..……16

1.1.4.4. Service de Pédiatrie……17

1.2. Description des activités du stage……18

1.3. Les acquis humains et professionnels…….…….21

1.4. Les recommandations…...……22

1.5. Les difficultés……...23

1.6. Les apports lors du stage……..24

CHAPITRE 2: CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL DE LA RECHERCHE ET APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES ……25

2.1. Clarification conceptuelle……...…….25

2.1.1. Le soin……..……25

2.1.2. La parentalité……25

2.1.3. Prise en charge……..26

2.1.4. Entourage familial…….26

2.1.5. Influence……...……27

2.2. Revue de littérature…….…….33

2.3. Cadre théorique……31

2.3.1. Théorie de l'attachement……31

2.3.2. Théorie de careviging……32

2.3.3. Théorie de l'interactionnisme……...…….32

2.4. Problèmatique……..33

2.5. Approches méthodologiques …..…..……34

2.5.1. Objectifs de recherche…….……..34

2.5.1.1. Objectif general……..34

2.5.1.2. Objectifs spécifiques……...……...34

2.5.2. Hypothèse de recherche…….34

2.5.2.1. Hypothèse Générale……...……34

2.5.2.2. Hypothèses spécifiques……..35

2.6. Nature de la recherche…….35

2.7. Population cible……...35

2.8. Techniques d'échantillonnage……...……...35

2.8.1. Critères d'inclusion……35

2.8.2. Critères d'exclusion……...……36

2.9. Outils de collecte et de traitement des données……36

2.9.1. Guide d'entretien……...……36

2.9.2. Grille d'observation ……..37

2.9.3. Traitement de données……...37

2.9.4. Éthique…….....……..……...37

CHAPITRE 3: PRÉSENTATION DES RÉSULTATS, ANALYSES, INTERPRETATIONS ET DISCUSSION…..……..38

4.1. Présentation des résultats et analyses …….38

4.1.1. Typologie des enquêtés…….38

4.1.2. Mobilisation famille……..……42

4.1.3. Les rôles des proches accompagnants……44

4.1.4. Présence parentale, un mal necessaire……..45

4.1.5. Communication et échange d'informations……...46

4.1.6. Au delà de l'hôpital, la société……..48

4.2. Discussion……49

4.2.1. L'entourage familial et ses rôles dans la prise en charge médicale d'un patient mineur……49

4.2.2. La complémentarité entre les acteurs intervenants dans les unités de soins ……..……..51

LIMITE...……52

CONCLUSION…...……...53

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES……54

ANNEXES …….55

TABLE DES MATIÈRES …….60