Faculté d'Ingénierie et du Management de la Santé (ILIS)

Master Ingénierie de la Santé

Parcours MES - MRQF

Année Universitaire 2024-2025

Tiffany ATANGANA

Mémoire de fin d'étude de 2ème année de Master

Sous la direction de : Madame Lucie DURAND

Les enjeux de la prise en charge de patients mineurs en établissement hospitalier

Les pratiques et les outils employés dans un établissement hospitalier non spécialisé en pédiatrie sont-ils adaptés à la prise en charge de patients mineurs ?

Date de soutenance : Vendredi 20 Juin 2025

Composition du jury :

- Président de jury : Monsieur Cédric CORVOISIER, Ingénieur Coordonnateur Qualité, Sécurité des soins au Centre Hospitalier Universitaire de Lille
- Directrice de mémoire : Madame Lucie DURAND, Ingénieur Qualité et Gestion des Risques, Centre Hospitalier de Roubaix
- 3ème membre de jury : Madame Delphine LAMBERT, Directrice d'un centre de Soins Médicaux et de Réadaptation pédiatrique, Marc Sautelet

Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé – ILIS

42 rue Ambroise Paré,

59120, LOOS.

« *What good are wings without the courage to fly* » - Atticus

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire fut possible grâce à différentes personnes et je souhaiterais leur exprimer mes plus grands remerciements.

Je tiens à remercier Madame Lucie DURAND, Ingénieur Qualité et Gestion des risques au Centre Hospitalier de Roubaix, de m'avoir fait l'honneur d'être ma directrice de mémoire. En effet, durant mon projet, son accompagnement, ses conseils, son expertise, sa bienveillance, son écoute m'ont permis de développer ma réflexion, afin d'atteindre les objectifs fixés.

Je remercie ensuite les intervenants, les responsables de la formation et les professeurs de la Faculté d'Ingénierie et du Management de la Santé (ILIS) de Loos, pour les bases théoriques solides acquises durant mon parcours. J'ai pu acquérir et développer de nouvelles compétences en matière de gestion de projet qui m'ont aidé dans le cadre de mon étude.

Je souhaiterais également remercier les professionnels avec qui j'ai eu l'occasion d'échanger et qui ont contribué chacun à leur façon à consolider l'orientation de mon étude. Leur compréhension, leur participation et leurs savoirs m'ont permis de découvrir et de m'enrichir sur de nombreux sujets. Leur apport a eu un impact personnel et professionnel sur ma personne, me permettant ainsi de me questionner tout au long de ce mémoire.

Enfin, je remercie mes collègues de formation pour leur collaboration et leur envie de partage. Je suis reconnaissante de la confiance que nous nous sommes attribués plus particulièrement dans la mise en œuvre de mon mémoire.

Pour la clôture de mes fins d'études, je tiens infiniment à remercier mes proches, notamment ma petite sœur Crystal ATANGANA, pour son aide précieuse, ses encouragements et son soutien dans l'élaboration de ce mémoire.

SOMMAIRE

PARTIE I : INTRODUCTION 5

PARTIE II : PARTIE THEORIQUE 8

Du pater familias à une reconnaissance individualisée des enfants en France 8

De la naissance au développement de la médecine pédiatrique 14

Cadre normatif et enjeux de la prise en charge des mineurs en établissement hospitalier 18

PARTIE III : PARTIE EMPIRIQUE 24

Méthodologie de l'étude 24

Collecte des données 27

PARTIE IV : RESULTATS 30

Prise en charge de patients mineurs dans un établissement disposant d'un service de pédiatrie dédié 30

Prise en charge de patients mineurs dans un établissement sanitaire sans service de pédiatrie dédié 36

Croisement des entretiens 40

Partie V : DISCUSSION DES RESULTATS 45

Partie VI : CONCLUSION ET RECOMMENDATIONS 49

PARTIE I : INTRODUCTION

Comme beaucoup d'autres concepts, les représentations et la place de l'enfant dans la société ont évolué au cours des siècles. Le regard sur les enfants ne cesse de changer dans un environnement et une société rapidement évolutive. Comme le souligne Gérard NEYRAND, « *au centre des préoccupations contemporaines, on trouve désormais l'enfant, valorisé autant par ces mutations (il fait la famille désormais) que par la médiatisation des travaux des sciences humaines.* »[1]

L'enfance est un vaste archipel. La société a d'abord été construite de tels que les enfants soient considérés comme des mini-adultes. Leurs spécificités ont été minorées, voire ignorées. Nous pouvons prendre l'exemple de l'âge qui implique une attention particulière chez les enfants. Les enjeux ne sont pas les mêmes de la naissance à 18 ans. Ce type de spécificité peut conduire à ne pas considérer les enfants comme de petits adultes, qu'il s'agisse d'organisation des soins, de surveillance ou de recherche.

Les enfants sont des individus et des personnes à part en tiers avec des besoins qui leur sont propres. La préoccupation est de répondre à leurs exigences à partir de moyens concordants. De nombreuses sources d'appui fournissent des études permettant de comprendre les besoins et les éléments à mettre en place pour répondre aux spécificités de cette population. En 2020, l'état des lieux de la santé publique illustre la présence d'une régression au niveau du taux de mortalité infantile en France entre les années 1990 et 2020.[2] En juin 2012, on peut voir dans le rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) que les sept objectifs annexés à la loi de santé publique 2004[3] qui concernent plus particulièrement les enfants avaient eu des évolutions favorables. « *Les fréquences de surpoids et d'obésité se sont stabilisées chez les enfants et ont même légèrement reculé chez les plus jeunes (5-6 ans).* »[4] Le rapport précise que ces évolutions sont contrastées selon les catégories sociales et se traduisent par un accroissement des inégalités. Plusieurs exemples comme celui de l'intoxication par le plomb, ou saturnisme, sont développés dans ces textes. En effet, l'exposition dominante des populations vivant dans un habitat dégradé montre les dérives d'un contexte socio-économique (qui a un impact sur l'enfant).

[1] Neyrand G., 2022. Évolution de la parentalité et rapport à l'enfant — Enjeux théoriques et débats sociaux.
[2] Lang T., Saurel-Cubizolles M-J., Billette de Villemeur A., 2020. La santé des enfants en France : un enjeu négligé ?
[3] Légifrance., 2004. *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*.
[4] DREES., 2012. Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2011.

La santé de l'enfant n'est pas oubliée. Elle fait partie de la déclinaison des plans stratégiques de la Loi de Santé Publique de 2004 (exemple : plans cancers, maladies rares, etc.). De plus, elle fait l'objet de plans et programmes d'action ciblés de façon plus ou moins spécifique sur l'enfant, selon l'âge et la thématique (exemple : autisme, troubles du langage, mucoviscidose, etc.). Des progrès importants sont observés dans la prévention, la qualité des soins, notamment dans les pathologies complexes nécessitant une prise en charge hospitalière (technicité, humanisation, place des parents et associations) et le développement de la recherche. Le volet pédiatrique des Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) 2018-2023 en témoigne.[5]

Si l'on s'intéresse à la prise en charge spécifique de mineurs en santé, il est essentiel de parler de la pédiatrie. Elle constitue un socle et une spécialité de médecine permettant de répondre aux besoins en santé précis de la population mineure. Cette spécialité s'est construite à partir du progrès de diverses connaissances en médecine et sur le plan sociétal au cours des deux derniers siècles. Dans de nombreux établissements hospitaliers, on va pouvoir retrouver un service de pédiatrie. La pédiatrie permet donc d'apporter une expertise sur le sujet de la prise en charge de mineurs. Toutefois, cela vient bien évidemment avec des issues.

Par ailleurs, il est important de noter que tout établissement hospitalier ne dispose pas forcément d'un service de pédiatrie ou dédiés aux mineurs. Dans un contexte où les difficultés sont connues au niveau des systèmes de santé, on peut être amené à s'interroger sur la qualité des actions déployée au sein des structures hospitalières face à cette population.

L'organisation de la prise en charge, est-elle coordonnée, efficiente ou encore s'appuie-t-elle sur des pratiques professionnelles fondées ? Ceci m'amène à mon questionnement :

Les pratiques et les outils employés dans un établissement hospitalier non spécialisé en pédiatrie sont-ils adaptés à la prise en charge de patients mineurs ?

Il s'agit ici d'un questionnement de pratiques comme pour tout patient pris en charge en établissement de santé, mais précisément pour la population mineure.

[5] Agence régionale de Santé Hauts de France., 2018. Schéma Régional de Santé 2018-2023., *Projet Régional de Santé des Hauts de France,* **44**.

Afin de pouvoir répondre à cette problématique, j'ai structuré ce mémoire en trois axes majeurs.

J'examinerai l'évolution historique et juridique du statut de l'enfant en occident et plus spécifiquement en France. Depuis la conception romaine du pater familias jusqu'aux dispositifs contemporains de protection. Je poursuivrais avec une analyse du système de santé français dans sa capacité à prendre en charge les patients mineurs, avec une attention particulière portée aux établissements sans service pédiatrique.

Le second temps sera consacré au descriptif de mon étude à la préparation et sa mise en œuvre. Je développerais ainsi les moyens que j’ai mis en œuvre, afin de comprendre et de répondre à ma problématique.

Enfin, le troisième temps du mémoire présentera les résultats de mon enquête sur le terrain, avec un développement permettant de confronter les aspects théoriques aux réalités pratiques observées.

Pour conclure, j’élaborerai une synthèse de mon étude avec des propositions de réflexion à apporter sur le sujet.

PARTIE II : PARTIE THEORIQUE

Du pater familias à une reconnaissance individualisée des enfants en France

a) Le Pater familias

Avant de s'interroger sur les enjeux de la prise en charge de mineurs actuels, il est d'abord fondamental de comprendre divers aspects liés à leurs particularités. Pour se faire, je vais prendre de la hauteur en m'appuyant sur des points essentiels qui définissent l'enfant d'aujourd'hui en tant que tel.

Pour saisir pleinement l'évolution du statut de l'enfant dans notre société, il est nécessaire de remonter aux fondements mêmes des traditions juridiques occidentales : le droit romain et sa conception du pater familias. Cette institution romaine a influencé l'organisation des structures familiales pendant plus de deux millénaires.

Le concept de pater familias trouve son origine dans la notion d'imperium, terme qui désignait initialement le pouvoir absolu de commandement militaire dans la Rome antique. L'imperium, du verbe latin "imperare" (commander), constituait l'autorité suprême accordée aux magistrats supérieurs, notamment les consuls et les préteurs. Ce pouvoir à l'origine strictement militaire, s'accompagnait de symboles visibles comme les haches entourées d'un fagot de verges portées par les licteurs qui manifestaient le droit de vie et de mort sur les soldats.

Le mot imperium est présenté en 1864 par Fustel de Coulanges comme « *un pouvoir suprême détenu par certains magistrats* »[6]. Les comices curiates représentaient l'organisation noble de Rome, antérieure même à la République. À l'origine, cette assemblée avait des fonctions religieuses, politiques et militaires, mais son rôle s'est progressivement réduit avec l'arrivée d'autres assemblées comme les comices centuriates. D'après les travaux de Theodor Mommsen[7] et Andrew Lintott[8], la procédure comportait plusieurs étapes significatives :

- Élection du magistrat par les comices centuriates (pour les consuls et préteurs) ;
- Présentation devant les comices curiates pour la loi curiate ;
- Vote formel confirmant l'imperium du magistrat ;
- Prise des auspices légitimant religieusement ce pouvoir.

[6] De Coulanges F., 1864. La cité antique.
[7] Mommsen T., 1854-1856. Droit public romain.
[8] Lintott A., 1999. The Constitution of the Roman Republic. *Oxford : Oxford University Press*, **49-53**.

La conception du pouvoir militaire fut transposée à la sphère familiale, établissant un parallèle significatif entre la structure de l'État romain et celle de la famille. Comme l'a démontré Jean Gaudemet[9], le père de famille romain exerçait un pouvoir apparenté à l'imperium des magistrats. Cette autorité, désignée sous le terme de patria potestas, faisait du pater familias le détenteur d'un pouvoir quasi-absolu sur tous les membres de sa domus (maison).

La patria potestas se caractérisait par plusieurs privilèges :

- Le droit de vie et de mort sur les enfants ;
- Le droit de vendre ses enfants ;
- Le pouvoir d'abandonner un nouveau-né (exposition) ;
- L'autorité sur tous les biens acquis par les membres de la famille ;
- Le droit d'accepter ou de refuser le mariage des enfants.

Comme l'explique Yannis Thomas[10], ce pouvoir s'inscrivait dans une conception juridique où le père exerçait une fonction de dominateur. Cette autorité était légitimée par la loi curiate, institution qui souligne le lien étroit entre pouvoir public et pouvoir familial dans la pensée romaine.

L'ouvrage d'Aldo Schiavone[11] offre une perspective plus large sur l'évolution du droit romain et son influence. L'auteur analyse comment l'imperium, initialement conçu comme un pouvoir militaire et politique, s'est progressivement transformé en un ensemble de concepts juridiques. Schiavone démontre que cela a permis son intégration dans les systèmes ultérieurs, notamment dans le droit moderne. Cette transformation explique pourquoi, malgré la chute de Rome, le modèle de l'autorité paternelle absolue a persisté pendant longtemps dans les codes juridiques européens. L'enfant romain de ce fait était considéré comme un objet soumis à l'autorité du père.

La transition du modèle romain vers une notion plus modéré de l'autorité parentale s'est faite sur de nombreux siècles avec en parallèle plusieurs évolutions sociales, religieuses et juridiques majeures.

[9] Gaudement J., 2000. Les institutions de l’Antiquité.
[10] Thomas Y., 1995. Analyse sur le droit pénal romain.
[11] Schiavone A., L’évolution du droit Romain.

b) Une désinstitution de la famille

La montée du christianisme a introduit une première limite de l'autorité du père. L'enfant étant reconnu comme une créature de Dieu a conduit à apaiser certaines visions extrêmes du pater familias romain. Comme le souligne Philippe Ariès[12], cette évolution fut toutefois lente.

Durant la période médiévale, le modèle familial évolue sous l'influence du droit canonique. L'Église impose doucement ses lois sur le mariage et sur certains aspects de la vie de famille. Et si l'autorité paternelle demeure forte, elle se trouve cependant cadrée par des principes religieux encourageant la protection des plus faibles y compris les enfants.

La période moderne voit émerger différentes transformations. Les Lumières, avec leurs critiques des autorités traditionnelles amènent des réflexions sur la place de l'enfant. Jean-Jacques Rousseau développe l'idée que l'enfant n'est pas simplement un adulte en miniature. En effet, il pousse la pensée sur le fait que l'enfant soit un être en développement avec des besoins et des caractéristiques spécifiques[13].

La Révolution française marque un tournant symbolique dans cette évolution. La loi du 28 août 1792 institue le divorce et limite le pouvoir du père[14]. Toutefois, comme le note Robert Castel, ces avancées ne sont pas observable immédiatement dans les pratiques sociales et familiales.[15]

Le Code civil de 1804[16] introduit néanmoins des limites juridiques à cette autorité. Le pouvoir du père n'est plus comparable à celui dans le droit romain. Il est encadré par la loi et soumit à un potentiel contrôle judiciaire en cas d'abus.

Le XIXe siècle marqué par l'industrialisation, fut le fruit de nouvelles organisations familiales. Le travail des enfants contribue de manière paradoxale à cela. Les premières lois limitant le travail des enfants comme la loi du 22 mars 1841 en France, montrent une prise de conscience des besoins spécifiques de l'enfance.[17]

[12] Ariès P., 1973. L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime.
[13] Rousseau JJ., 1762. Émile ou de l'éducation.
[14] Légifrance., 1792. *Décret du 28 août 1792 RELATIF AU RETABLISSEMENT DES COMMUNES ET DES CITOYENS DANS LES PROPRIETES ET DROITS DONT ILS ONT ETE DEPOUILLES PAR L'EFFET DE LA PUISSANCE FEODALE*.
[15] Castel R., 1995 Les métamorphoses de la question sociale.
[16] Légifrance., 1804. Code Civil.
[17] Yoshifumi S., 2006. *Le problème du travail des enfants en Alsace au XIXe siècle : l'industriel alsacien et la loi du 22 mars 1841,* **181-193.**

Cette période voit aussi les premiers développements d'une médecine spécifiquement dédiée aux enfants. La création des premières consultations pédiatriques et des premiers hôpitaux pour enfants témoigne de cette évolution.

c) L'émergence de l'enfant comme individu : ruptures conceptuelles et juridiques

La fin du XIXe siècle et le XXe siècle marquent une accélération dans la reconnaissance de l'enfant comme individu à part entière. Cette période est caractérisée par des ruptures de concepts sur le sujet de l'enfance et c'est ainsi que des transformations juridiques en découlent.

Plusieurs disciplines contribuent à une nouvelle vision de l'enfance. La psychologie du développement avec des pionniers comme Jean Piaget établit scientifiquement que l'enfant traverse des stades cognitifs spécifiques qui ne sont pas de simples versions incomplètes de la pensée adulte[18]. La psychanalyse, notamment avec les travaux de Melanie Klein met en lumière l'importance des expériences infantiles dans la construction de la personnalité, accordant ainsi une valeur inédite à cette période de la vie.[19]

Sur le plan juridique, la fin du XIXe siècle voit l'émergence des premières lois spécifiquement dédiées à la protection de l'enfance. La loi du 24 juillet 1889[20] représente une rupture fondamentale. L'état se donne le droit d'intervenir dans la relation parent-enfant lorsque l'intérêt l'exige. Cette loi reconnaît d'une certaine manière que l'enfant possède des droits propres.

Le XXe siècle poursuit cette évolution avec une série de textes législatifs qui renforcent les droits de l'enfant. L'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante[21] définit une justice spécifique pour les mineurs. La loi du 4 juin 1970[22] représente un tournant, car elle remplace la notion de puissance paternelle par celle d'autorité parentale. Cela marque symboliquement la fin du système du pater familias romain.

Ces évolutions nationales s'inscrivent dans un mouvement international bien plus grand que celui des droits de l'enfant. La Déclaration de Genève adoptée par la Société des

[18] Niklas-Salminen A., 1997. Création poétique chez l'enfant, **131-144**.
[19] Klein M., La psychanalyse des enfants.
[20] Légifrance., 1889. *Loi du 24 juillet 1889 ENFANTS MALTRAITES OU MORALEMENT ABANDONNES, PLACEMENT DES MINEURS, ACTION EDUCATIVE EN MILIEU OUVERT*.
[21] Légifrance., 1945. *Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.*
[22] Légifrance., 1970. *Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale.*

Nations en 1924[23] représente le premier texte international reconnaissant que l'humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur. La Déclaration des droits de l'enfant adoptée par l'Organisation des Nations Unies (ONU) en 1959[24] élargit cette perspective avant que la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) de 1989[25] approuvée par la France en 1990 ne pose un cadre juridique reconnaissant l'enfant comme de véritables personnes avec des droits.

Cette convention marque l'aboutissement d'un long processus juridique de l'enfant. L'enfant n'est plus seulement protégé en tant qu'être vulnérable, mais reconnu comme individu avec des droits.

d) La construction d'un cadre juridique protecteur de l'enfance en France

La France a progressivement élaboré un système de protection de l'enfance, exposant cette évolution vers une reconnaissance de l'enfant comme individu avec des droits spécifiques.

La protection de l'enfance en danger constitue l'un des piliers de ce système. Initiée par la loi de 1889[26], cette protection s'est renforcée au fil du temps. Par ailleurs, la loi du 5 mars 2007[27] sur la protection de l'enfance, complétée par celle du 14 mars 2016[28] a clarifié les articulations entre protection administrative et protection judiciaire. Ce dispositif repose sur l'évaluation de facteurs de risques de danger permettant des interventions selon la gravité des situations.

Dans le domaine spécifique de la santé, le cadre juridique français a connu des évolutions. On peut retrouver la question de la prise en charge hospitalière des mineurs. La loi du 4 mars 2002[29] relative aux droits des malades représente une avancée majeure en reconnaissant explicitement des droits spécifiques aux patients mineurs. Elle pousse le droit du mineur à recevoir une information adaptée à son degré de maturité et à participer à la décision médicale le concernant. L'article L.1111-5 du Code de la santé publique[30] permet même, dans certaines conditions, au médecin de se dispenser du consentement parental

[23] Francas82., 1924. Déclaration de Genève, *Société des Nations.*
[24] Humanium., 1959. *Déclaration des Droits de l'Enfant du 20 Novembre 1959*.
[25] Défenseur des droits., 2023. *La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE).*
[26] Légifrance., 1889. *Loi du 24 juillet 1889 ENFANTS MALTRAITES OU MORALEMENT ABANDONNES, PLACEMENT DES MINEURS, ACTION EDUCATIVE EN MILIEU OUVERT.*
[27] Légifrance., 2007. *LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance*.
[28] Légifrance., 2016. *LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.*
[29] Légifrance., 2002. *LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.*
[30] Légifrance., 2016. *Code de la Santé publique, Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1).*

pour délivrer des soins ou des traitements à un mineur qui s'oppose expressément à la consultation de ses parents.

La protection juridique de l'enfant dans le contexte médical s'est encore renforcée avec la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé[31]. Ce texte a notamment permis de préciser les conditions de prise en charge des mineurs en situation particulière, comme les mineurs isolés ou ceux dont les parents sont en conflit concernant les décisions médicales.

Parallèlement, le Code civil a connu d'importantes évolutions concernant l'autorité parentale et ses limites. La réforme du divorce de 1975[32], puis la loi du 4 mars 2002[33], ont progressivement amené le principe de coparentalité et renforcé la prise en compte de l'intérêt de l'enfant dans les décisions relatives à l'autorité parentale.

Ces différentes évolutions législatives et réglementaires ont considérablement modifié le cadre de prise en charge des mineurs en établissement de santé. Les professionnels doivent désormais naviguer entre plusieurs impératifs parfois difficiles à concilier :

- Respecter l'autorité parentale qui demeure le cadre légal fondamental pour les décisions concernant le mineur ;
- Reconnaître le droit du mineur à participer aux décisions qui le concernent en fonction de son degré de maturité ;
- Et assurer en toutes circonstances la protection effective de sa santé.

Comme le souligne Dominique Youf[34], cette évolution traduit le passage d'un modèle paternaliste venant du pater familias romain à un modèle qui tente d'équilibrer les droits de l'enfant. Les principes juridiques contemporains reconnaissent désormais l'enfant comme un sujet de droit spécifique, tout en maintenant une protection adaptée à sa vulnérabilité.

Cette transformation profonde du statut juridique de l'enfant, de simple objet étant sous le pouvoir paternel à un sujet avec des droits, constitue le cadre dans lequel s'inscrit aujourd'hui la prise en charge des patients mineurs en établissement hospitalier. Elle explique la complexité des enjeux juridiques, éthiques et organisationnels auxquels sont confrontés les professionnels de santé.

---

[31] Légifrance., 2016. *LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*.
[32] Légifrance., 1975. *Loi n° 75-617 du 11 juillet 1975 portant réforme du divorce.*
[33] Légifrance., 2002. *LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.*
[34] Youf D., 2002. Penser les droits de l'enfant.

De la naissance au développement de la médecine pédiatrique

a) Les prémisses de la pédiatrie

La pédiatrie d'aujourd'hui peut être décrite comme une spécialité médicale qui vise à assurer une prise en charge globale de l'enfant et de l'adolescent, dans son environnement affectif, scolaire et socio-culturel. Elle se caractérise par la diversité de son champ d'action : surveillance, prévention, dépistage ou repérage, conseils éducatifs ou prise en charge des maladies aiguës et chroniques.

Les débuts de la pédiatrie peuvent être situés sur différentes périodes. Dans l'Antiquité, Hippocrate, Celse, Galien et Soranus traitaient des sujets touchant à l'enfance. À ce moment, l'enfant occupe une place restreinte dans les traités de médecine. Hippocrate, au 5e siècle avant J.C., traite surtout de la grossesse et du fœtus. Les enfants sont parfois cités dans ses œuvres mais il n'y pas de chapitres particuliers.

Au Moyen-âge, un premier traité italien en 1472 parait sur les maladies des enfants de Bagellardo[35]. En France, un ouvrage rédigé en 1580 par Scevole de Sainte-Marthe[36].

La période du 18e siècle fut un des temps clés de réflexions sur les approches en termes d'accompagnement des enfants. Sur le plan général, c'est une période avec des découvertes fondamentales : gaz de l'air, électricité et essor de la physiologie moderne. Ainsi, elle permet de dépeindre l'enfant de manière plus mesurée. Durant le 18e siècle, deux approches basées sur les réflexions des époques précédentes sont présentes. Une première approche dessinant l'enfant comme fragile et en développement. Une seconde approche soulignant l'enfant comme un adulte miniature[37]. L'enfant est montré comme particulier et nécessitant une considération particulière.

Citons ici les paroles de Charles-Augustin Vandermonde [38], dont l'essai fut publié à Paris en 1756 :

« *Quelque humiliant que soit pour nous l'instant par où nous avons commencé, ne dédaignons pas de nous en retracer l'image, puisque c'est la date de notre être et le terme*

[35] Académie Nationale de Médecine., 2016. *Regards sur le passé et l'avenir de la pédiatrie, sa place à l'Académie de médecine*.
[36] De Sainte-Marthe S., 1580. De la manière de nourrir les enfants à la mamelle.
[37] Ariès P., 1960. L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime.
[38] Augustin C., 1727-1762. Essai sur la Manière de Perfectionner l'Espèce Humaine, **10**.

de notre félicité. Considérons l'enfant sans nous considérer nous-mêmes ...Faisons pour nos enfants ce que l'on a fait pour nous. Faisons plus, rendons-les plus parfaits... »

b) La reconnaissance des spécificités physiologiques et développementales de l'enfant

Le XIXe siècle constitue une période charnière dans l'histoire de la médecine pédiatrique avec l'avènement d'une véritable reconnaissance scientifique des particularités physiologiques de l'enfant. Les travaux pionniers de médecins comme Pierre-Fidèle Bretonneau[39] en France contribuent à l'élaboration de connaissances spécifiques sur la pathologie infantile.

Cette époque voit l'émergence de nouveaux concepts : l'enfant n'est plus considéré comme un simple "adulte en miniature", mais comme un être en développement présentant des caractéristiques anatomiques propres. Cette évolution se traduit par la prise en compte de paramètres tels que la croissance ou encore les besoins nutritionnels spécifiques aux différentes étapes du développement.

La compréhension progressive des mécanismes propres à l'enfance, ainsi que l'identification de pathologies spécifiques à certaines tranches d'âge, renforcent la nécessité d'avoir une approche médicale précise. Les travaux sur la diphtérie, la rougeole ou encore la poliomyélite contribuent à l'élaboration de connaissances médicales centrées sur les particularités de l'enfance.

Parallèlement, les avancées dans le domaine de la psychologie du développement, portées notamment par les travaux de Jean Piaget au début du XXe siècle, enrichissent l'approche médicale. La reconnaissance des étapes du développement de l'enfant permet d'intégrer progressivement une perspective qui s'intéresse à l'enfant dans sa globalité dans la prise en charge médicale pédiatrique.

c) L'institutionnalisation de la pédiatrie comme spécialité médicale

La transformation de la médecine infantile en une spécialité médicale à part entière s'est faite principalement au cours du XIXe siècle et s'est consolidée au XXe siècle. Cela s'est manifesté à travers plusieurs dimensions.

[39] Bretonneau P.F., 1826. *Des inflammations spéciales du tissu muqueux, et en particulier de la diphthérite, ou inflammation pelliculaire, connue sous le nom de croup, d'angine maligne, d'angine gangréneuse, etc.* Paris : Crevot.

Sur le plan des structures hospitalières, après la création pionnière de l'Hôpital des Enfants Malades à Paris en 1802[40], de nombreux établissements dédiés aux soins pédiatriques ont été fondés à travers l'Europe : le Children's Hospital de Londres (1852)[41] ou encore les Enfants-Assistés à Paris[42]. Ces institutions ont joué un rôle essentiel dans le développement de pratiques adaptées aux jeunes patients. Elles ont également eu un impact dans la formation des premiers médecins spécialisés.

L'enseignement académique de la pédiatrie s'est progressivement structuré avec la création des premières chaires universitaires[43]. Cet ancrage universitaire a permis la transmission écrite de savoir spécifique à la médecine infantile et la formation de générations de spécialistes.

La création de sociétés savantes dédiées à la pédiatrie témoigne également de cette fondation. La Société de Pédiatrie de Paris est fondée en 1929[44], suivie par d'autres sociétés régionales qui fusionneront ultérieurement pour former la Société Française de Pédiatrie. Ces organisations professionnelles ont contribué à la diffusion des connaissances à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques et à la défense de la spécificité de la médecine pédiatrique.

Enfin, la reconnaissance officielle de la pédiatrie comme spécialité médicale s'est traduite par la création de diplômes spécifiques. En France, le Certificat d'Études Spéciales (CES) de pédiatrie est instauré en 1949[45], puis remplacé en 1984[46] par le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de pédiatrie lui donnant le statut de spécialité médicale à part entière.

d) Organisation contemporaine des soins pédiatriques en France

L'organisation actuelle des soins pédiatriques en France s'articule autour d'un dispositif à plusieurs niveaux visant à garantir une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques des enfants et adolescents jusqu'à 18 ans.[47]

Au premier niveau, se trouve la médecine de ville, avec les pédiatres libéraux et les médecins généralistes qui assurent les soins courants et le suivi préventif. Les consultations

[40] Gallica., Hopital Necker-Enfants malades.
[41] National Health Service (NHS). *Our History.*
[42] Archive Paris. *Enfants Assistés*.
[43] Baudon J.J., 2017. *Naissance de la pédiatrie au 19e siècle.,* Hyper Article en ligne (HAL), **23**.
[44] Comité des travaux historiques et scientifiques. *Société française de pédiatrie (SFP).*
[45] Légifrance., 1950. *Arrêté du 21 novembre 1950 CERTIFICAT D'ETUDES SPECIALES DE PEDIATRIE ET DE PUERICULTURE*.
[46] Légifrance., 1984. *Arrêté du 14 septembre 1984 relatif aux montants des droits annuels de scolarité exigés des personnes qui postulent certains diplômes de troisième cycle dans le domaine de la santé.*
[47] Fauchier-Magnan E., Fenoll B., 2020. La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France.

de Protection Maternelle et Infantile (PMI) complètent ce dispositif de proximité, particulièrement pour les enfants de moins de 6 ans en assurant un suivi médical préventif et des actions de dépistage.

Le second niveau est constitué par les services hospitaliers de pédiatrie générale. Ces services, présents dans la plupart des centres hospitaliers généraux, prennent en charge les pathologies courantes nécessitant une hospitalisation. Ils assurent également des consultations spécialisées et disposent généralement d'une structure d'urgences pédiatriques.

Le troisième niveau correspond aux services hospitalo-universitaires de pédiatrie des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Ces services hautement spécialisés prennent en charge les pathologies complexes et rares. Ils sont souvent organisés en sous-spécialités pédiatriques (neurologie pédiatrique, pneumologie pédiatrique, hématologie pédiatrique, etc.) et constituent des centres de référence pour certaines pathologies.

Cette organisation est complétée par des structures spécifiques comme les services de chirurgie pédiatrique, les unités de réanimation néonatale et pédiatrique et les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Des réseaux ville-hôpital se sont également développés pour assurer la continuité des soins, plus particulièrement pour les maladies chroniques ou les situations de handicap.

Depuis la fin des années 1990, la France a structuré son offre de soins pédiatriques selon une logique de gradation des soins formalisée notamment par les décrets de périnatalité de 1998 qui définissent trois types de maternités selon leur capacité à prendre en charge des nouveau-nés présentant des pathologies plus ou moins complexes.[48] Cette organisation s'est progressivement étendue à l'ensemble des soins pédiatriques.

Malgré cette organisation élaborée, le système de soins pédiatriques français fait face à plusieurs défis contemporains : la démographie médicale déclinante des pédiatres, la répartition territoriale inégale de l'offre de soins et l'adaptation nécessaire aux nouvelles réalités épidémiologiques marquées par l'augmentation des maladies chroniques, ainsi que des troubles du développement. Ces enjeux soulèvent ainsi la capacité de la prise en charge des patients mineurs dans les établissements hospitaliers ne disposant pas de service de pédiatrie dédié, problématique centrale de mon étude.

[48] Légifrance., 1998. *Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatologie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets).*

Cadre normatif et enjeux de la prise en charge des mineurs en établissement hospitalier

a) Définition et évolution du concept de bonnes pratiques en milieu hospitalier

La notion de bonnes pratiques en milieu hospitalier a connu une évolution significative ces dernières décennies, passant d'un ensemble de règles implicites à une formalisation régulièrement actualisé. En effet, cette évolution s'inscrit dans un mouvement plus large d'amélioration continue de la qualité des soins et de sécurisation des parcours patients.

Initialement, les bonnes pratiques reposaient essentiellement sur la transmission des savoirs et des savoir-faire entre professionnels de santé. À partir des années 1990, sous l'influence du courant de l'Evidence-Based Medicine (médecine fondée sur les preuves)[49], elles se sont progressivement structurées autour d'un processus rigoureux d'élaboration, incluant des données scientifiques, une expertise clinique et les besoins des patients.

Dans le contexte pédiatrique, cette évolution a été marquée par une prise de conscience croissante des spécificités liées à l'âge. Les bonnes pratiques en matière de soins aux mineurs intègrent désormais non seulement les particularités physiques et pharmacologiques, mais également les dimensions psychologiques et familiales propres à cette population.

La Haute Autorité de Santé (HAS)[50] joue un rôle important dans la formalisation de ces bonnes pratiques, à travers l'élaboration de recommandations professionnelles, de protocoles de soins et de références de certification des établissements. Ces outils sont complétés par les travaux des sociétés savantes, notamment la Société Française de Pédiatrie qui contribuent à l'actualisation régulière des standards de prise en charge.

L'évolution récente du concept de bonnes pratiques s'est également caractérisée par l'intégration progressive de dimensions éthiques et relationnelles au-delà des seuls aspects techniques. La bientraitance, le respect des droits des patients, l'information adaptée et la participation aux décisions sont désormais considérés comme des composantes essentielles de la qualité des soins, particulièrement pour les patients mineurs.

[49] Bizouarn P., 2019. Evidence-Based Medicine et expertise clinique, **103-113**.
[50] Haute Autorité de Santé., 2025. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins.

b) Enjeux juridiques et éthiques spécifiques aux patients mineurs

La prise en charge des patients mineurs soulève des enjeux juridiques et éthiques singuliers liés à leur statut de personnes en développement, juridiquement protégées, mais progressivement autonomes.

Sur le plan juridique, le cadre est défini par plusieurs textes fondamentaux. Le Code civil français place le mineur sous l'autorité parentale conférant aux titulaires de cette autorité le droit et le devoir de consentir aux soins médicaux nécessaires. Cependant, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a introduit une nuance importante en reconnaissant au mineur le droit d'être informé et de participer aux décisions concernant sa santé, en fonction de son degré de maturité. Cette loi consacre également, dans certaines situations exceptionnelles, la possibilité pour le mineur de recevoir des soins sans consentement parental, notamment dans le cadre de la contraception d'urgence ou de situations où le maintien du secret apparaît nécessaire à la protection de sa santé.

Ces dispositions légales se complexifient dans les situations d'urgence ou lorsque les détenteurs de l'autorité parentale ne peuvent être joints immédiatement. L'article R. 1111-42 du Code de la santé publique[51] prévoit alors que le médecin peut délivrer les soins indispensables, sous réserve d'en informer les représentants légaux dans les meilleurs délais.

Sur le plan éthique, la prise en charge des mineurs soulève la question fondamentale de l'équilibre entre protection et autonomie. Le principe de bienveillance doit être articulé avec le respect de l'autonomie de l'enfant et de l'adolescent. Cette tension éthique s'exprime particulièrement dans les situations complexes comme l'annonce d'un diagnostic grave ou encore des décisions de fin de vie.

La confidentialité constitue un autre enjeu majeur. Si le secret médical s'applique pleinement aux mineurs, sa mise en œuvre pratique nécessite des ajustements tenant compte de l'autorité parentale et du degré de discernement de l'enfant. En effet, les professionnels de santé sont régulièrement confrontés à des dilemmes entre respect de la confidentialité demandée par l'enfant et le devoir d'information auprès des représentants légaux.

Enfin, le consentement aux soins représente un défi éthique particulier. Il implique une information adaptée à l'âge et à la maturité de la personne, ainsi qu'une évaluation de

[51]Légifrance., 2022. Code de la Santé Publique, Partie réglementaire (Articles R1110-1 à R6431-76).

sa capacité à comprendre les enjeux des décisions médicales. La recherche de l'assentiment (accord) de l'enfant, même lorsque le consentement formel relève de ses représentants, s'inscrit dans une démarche de respect de sa dignité et contribue à l'instauration d'une relation de confiance.

c) Défis organisationnels de l'accueil des mineurs en établissement non spécialisé

L'hospitalisation d'enfants et d'adolescents dans des structures non spécifiquement pédiatriques soulève de nombreux défis organisationnels, à la fois matériels, humains, financiers et économiques.

L'environnement physique constitue un premier enjeu majeur. Les locaux des services pour adultes ne sont généralement pas conçus pour répondre aux besoins spécifiques des mineurs, par exemple absence d'espaces de jeux, mobilier inadapté, décoration peu accueillante, etc. Cette inadéquation peut renforcer l'anxiété liée à l'hospitalisation et compromettre le bien-être psychologique de l'enfant. L'aménagement d'espaces dédiés, même limités, représente donc un défi pour ces structures.

La question des ressources humaines est également centrale. Le personnel soignant des services non-pédiatriques, bien que compétent dans son domaine, peut manquer de formation spécifique concernant les particularités physiologiques, pharmacologiques et psychologiques de l'enfant. Des compétences particulières sont nécessaires dans des domaines variés, à savoir le calcul des doses médicamenteuses, les techniques de soins adaptées, la communication avec l'enfant et sa famille, la gestion de la douleur, ou encore la connaissance des étapes du développement.

La cohabitation entre patients adultes et mineurs soulève par ailleurs des problématiques de sécurité et de protection. Le risque d'exposition à des situations ou des comportements inadaptés impose une vigilance particulière et des mesures organisationnelles spécifiques, comme l'attribution préférentielle de chambres individuelles ou regroupées.

La continuité des activités éducatives représente un autre défi, particulièrement pour les hospitalisations prolongées. La scolarisation des enfants hospitalisés, droit fondamental

reconnu par la circulaire du 17 juillet 1998[52] nécessite des aménagements rarement disponibles dans les établissements non spécialisés.

Enfin, la gestion de la présence parentale constitue un enjeu organisationnel significatif. Si la présence des parents est aujourd'hui reconnue comme bénéfique pour l'enfant et encouragée par la Charte de l'enfant hospitalisé, son intégration harmonieuse dans le fonctionnement d'un service d'adultes requiert des adaptations par la possibilité d'hébergement du parent accompagnant, l'ajustement des horaires de visite, l'implication dans les soins quotidiens, etc.

Face à ces multiples défis, les établissements non spécialisés doivent développer des stratégies d'adaptation, souvent à moyens constants. Il est donc intéressant de s'interroger sur l'efficacité des moyens mis en place pour l'accueil de mineur en leur sein.

d) Cadre réglementaire et recommandations officielles applicables

La prise en charge des mineurs en milieu hospitalier s'inscrit dans un cadre réglementaire dense et multiforme, complété par diverses recommandations officielles qui, sans avoir force de loi constituent des références incontournables pour les établissements.

Au niveau législatif, plusieurs textes fondamentaux structurent ce cadre normatif. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé consacre le droit du mineur à recevoir une information adaptée à son degré de maturité et à participer à la décision médicale le concernant. Le Code de la santé publique, particulièrement dans ses articles L.1111-2 et L.1111-4 précise les modalités du consentement aux soins pour les mineurs et les conditions d'intervention médicale en cas d'urgence.

Des textes réglementaires spécifiques viennent compléter ce dispositif légal. La circulaire du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent définit les conditions optimales d'hospitalisation des mineurs[53]. Elle préconise notamment que « *les enfants et adolescents soient accueillis dans des lieux de soins spécifiquement adaptés à leur âge et à leurs besoins* ». Elle reconnaît toutefois que « *des prises en charge d'enfants et d'adolescents sont nécessairement organisées dans des établissements ou des*

[52] Légifrance., 1998. Circulaire du 17 juillet 1998 relative à la préparation des prochains contrats Etat-région (stratégie de l'Etat dans la région).
[53] Ministère de la santé et de la protection sociale., 2004. *Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n° 2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent*.

services qui accueillent majoritairement des adultes » et formule des recommandations pour ces situations.

L'instruction du 23 juillet 2012[54] précise quant à elle les conditions d'implantation des activités de médecine d'urgence pédiatrique et l'organisation des filières de soins. Elle distingue trois niveaux de prise en charge, à savoir les services d'urgences pédiatriques, les services d'urgences générales avec une filière pédiatrique identifiée et les services d'urgences générales accueillant occasionnellement des enfants définit pour chacun des exigences différenciées.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé constituent un autre pilier de ce cadre normatif. Le manuel de certification des établissements de santé intègre des critères spécifiques concernant la prise en charge des enfants et adolescents y compris dans les structures non exclusivement pédiatriques. Ces critères portent sur l'adaptation de l'environnement, la formation du personnel, la prise en charge de la douleur et la place accordée aux parents.

La Charte européenne de l'enfant hospitalisé, adoptée par le Parlement européen en 1986 (Annexe I), bien que dépourvue de valeur juridique contraignante, constitue une référence éthique majeure. Elle énonce dix principes fondamentaux, parmi lesquels le droit d'être hospitalisé avec d'autres enfants, d'être accompagné par ses parents, de recevoir une information adaptée à son âge, ou encore de bénéficier de locaux équipés répondant à ses besoins.

Enfin, diverses sociétés savantes ont élaboré des recommandations professionnelles concernant des aspects spécifiques de la prise en charge pédiatrique. La Société Française de Pédiatrie[55] a ainsi publié des guides de bonnes pratiques concernant la prise en charge de la douleur, l'accueil aux urgences et l'hospitalisation des adolescents. Ces recommandations, régulièrement actualisées constituent des outils précieux pour les établissements non spécialisés confrontés à l'accueil de patients mineurs.

L'articulation de ces différents niveaux normatifs (lois, règlements et recommandations) constitue un défi pour les structures hospitalières, particulièrement ceux qui n'accueillent qu'occasionnellement des patients mineurs. La traduction opérationnelle de ces exigences dans des protocoles internes, des formations et des organisations

[54] Ministère des affaires sociales et de la santé., 2012. *Santé - Etablissements de Santé - Organisation*.
[55] Société Française de Pédiatrie. Recommandations/mises au point.

adaptées représente un enjeu majeur pour garantir la qualité et la sécurité des soins dispensés aux enfants et adolescents quel que soit leur lieu d'hospitalisation.

PARTIE III : PARTIE EMPIRIQUE

Méthodologie de l'étude

a) Objet de l'étude

Cette étude vise à explorer et à analyser les pratiques professionnelles, les difficultés et les adaptations mises en œuvre dans les établissements hospitaliers, plus spécifiquement sans service de pédiatrie dédiée. L'objectif étant de :

- Identifier les écarts entre le cadre idéal et les pratiques réelles du terrain dans la prise en charge des mineurs en établissement non spécialisé. La présence de réglementation et de recommandations a été mise en œuvre, afin de faciliter et de sécuriser la prise en charge des patients. Il est donc essentiel que leur application se fasse de manière adaptée, afin de garantir un accompagnement de qualité. Cependant, il est très souvent possible que leur application soit plus difficile à faire dans le quotidien que ce que l'on ne peut imaginer. Du fait d'une organisation parfois contraignante, les structures sont ainsi obligées de procéder à des adaptations en fonction de leurs spécificités pour respecter les exigences. Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite identifier les écarts existants entre les attendus et les pratiques professionnelles quotidiennes.
- Documenter les stratégies d'adaptation développées, afin de répondre aux besoins spécifiques des patients pédiatriques. Dans la continuité du premier objectif, il s'agit de distinguer les organisations propres mises en place au sein des établissements pour répondre aux attendus et assurer une bonne qualité de prise en charge de leurs patients.
- Évaluer et comparer la prise en charge de cette population spécifique dans une structure avec un service dédié et sans service consacré. En effet, chaque système de santé se doit d'implémenter dans leur organisation des attendus bien précis. Le but de cette démarche est de déterminer les similarités pouvant être observées au sein des structures dans cette mise en place des attendus. Mon autre souhait est de voir quelles sont les différences qui peuvent être identifiées dans ce processus.
- Comprendre les défis (organisationnels, matériels, humains, etc.) rencontrés par ces établissements dans le cadre de la prise en charge des mineurs. Dans une démarche d'amélioration continue des pratiques professionnelles, j'aimerais recenser les difficultés que les établissements peuvent rencontrer lors de la prise en charge du public ciblé.

Ainsi, dans le cadre de cette étude, l'objet central s'intéresse aux modalités de prise en charge des patients mineurs (patients allant de 0 à 18 ans) dans les établissements hospitaliers. Cette prise en charge est examinée sous différents angles :

- Les pratiques professionnelles par les modalités d'accueil, d'information et d'adaptation des soins ;
- L'environnement matériel par l'aménagement des espaces, les équipements adaptés et la sécurisation des lieux ;
- Les compétences mobilisées par le biais de la formation de l'ensemble du personnel, la présence de référents et le recours à des expertises externes ;
- Les aspects organisationnels par la coordination des soins, la gestion de la présence parentale et la continuité éducative ;
- Les dimensions éthiques et juridiques à travers le consentement, la confidentialité et le respect des droits spécifiques.

b) Type de recherche

Compte tenu de la complexité du sujet étudié et de sa dimension à la fois organisationnelle et humaine, j'ai fait le choix de mener mon étude en partant sur une démarche qualitative. En effet, la méthode qualitative est défini dans la Revue Linguistique et Référentiels Interculturels de juin 2020 de la manière suivante : « *à contextualiser des résultats obtenus préalablement par observation ou recherche documentaire et peut être utilisé à différentes phases du processus de la recherche* ».[56] La dominante qualitative de cette recherche se justifie donc par la nécessité de saisir en profondeur les pratiques professionnelles, les perceptions et les enjeux subjectifs liés à cette prise en charge spécifique. La recherche qualitative permet d'accéder au sens que les acteurs donnent à leurs actions et d'explorer la complexité des situations rencontrées.

De ce fait, la méthode de collecte qui a été mobilisée est celle des entretiens semi-directifs. Selon Lincoln (1995), c'est une « *technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives* ».[57] C'est un excellent outil pour développer et comprendre un sujet en se

[56] Revue Linguistique et Référentiels Interculturels., 2020. *L'approche qualitative et quantitative dans L'enquête du terrain : l'observation, l'entretien et le questionnaire*.
[57] Sasseville N., Juneau S., St-Pierre E., 2022. *Le point de vue d'étudiants au premier cycle en travail social quant à leur expérience d'un cours en ligne*.

basant sur des données scientifiques et des échanges variés. D'après De Ketele et Roegiers[58], les caractéristiques de cet entretien sont les suivantes :

- « Discours par thèmes dont l'ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité de l'interviewer ;
- Quelques points de repère pour l'interviewer ;
- Information de bonne qualité, orientée vers le but poursuivi ;
- Information recueillie dans un laps de temps raisonnable ;
- Inférence modérée. »

Mes entretiens ont donc été réalisés en collectif et en individuel. La durée moyenne de chaque entretien était d'environ 45 minutes. Elles ont été conduites auprès de 10 professionnels de 8 établissements différents.

Ces entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participants en respectant les mentions portant sur le règlement général sur la protection données (RGPD)[59], puis transcrits pour analyse de mon étude.

c) Plan d'échantillonnage

La constitution de l'échantillon :

Durant cette étape, il a s'agit de définir le périmètre de l'étude. Pour se faire et afin de suivre une logique raisonnée visant à refléter la diversité des contextes, des acteurs concernés par la problématique étudiée ont été privilégiés. L'étude a été ciblé autour des structures réparties comme suit :

- 3 Centres Hospitaliers publics avec un service de pédiatrie dédié ;
- 1 Centre Hospitalier privé avec un service de pédiatrie dédié ;
- 4 Cliniques privés sans service de pédiatrie dédié.

Ces établissements ont été sélectionnés en tenant compte du secteur géographique et de la présence ou non de consultations pédiatriques.

[58]De Ketele J.-M., & Roegiers X., 1996. Méthodologie du recueil d'informations. Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents. Méthodes en sciences humaines. 3e édition, Paris : De Boeck Université.
[59] Commission Nationale Informatique et Libertés., 2023. GUIDE PRATIQUE RGPD – Sécurité des données personnelles.

La population ciblée :

L'étude a ciblé des professionnels de santé notamment des cadres de service. L'idée était de sélectionner des informateurs clés susceptibles d'apporter un éclairage particulier sur la problématique. En effet, un cadre de santé représente le professionnel le plus adapté pour parler de l'organisation spécifique de son service. Les cadres de santé assurent au quotidien l'efficacité des soins et la coordination des équipes soignants. Ils sont à l'écoute de différents types de problèmes. Ils s'assurent également de veiller au respect des règlementations au sein des services.

Une de leur mission dans la fiche de poste créée par le ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, précise que leurs responsabilités sont la : « *mise en œuvre et conduite d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques et développement de la culture du signalement et de l'analyse des causes* ».[60] Ils sont alors garant de l'organisation générale du service de soins.

Ainsi, pour cette étude, les personnes choisies étaient :

- des cadres de santé de service pédiatrique pour les établissements avec un service dédié ;
- des cadres de santé de service présentant le quota le plus élevé d'accueil de patients mineurs au sein d'une structure pour les établissements avec ou sans service dédié ;
- et dans le cas échéant, des professionnels de santé impliqués dans ce type de parcours (pédiatres, infirmière).

Collecte des données

a) Organisation de la recherche

Lors de mes prises de rendez-vous avec les professionnels interviewés, le sujet de mon étude leur a été présenté dans sa globalité. Pour chacun de mes entretiens, j'ai effectué des propositions en présentiel et à distance (par visioconférence ou par téléphone). Après une validation des dates et des modalités de rencontre, les entretiens ont par la suite été réalisées. Les professionnels ont été prévenus à chaque début des échanges de

[60] Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. Encadrant(e) d'unité de soins et d'activités paramédicales, médicotechniques et de rééducation.

l'enregistrement que je souhaitais faire pour la retranscription et l'analyse de nos discussions.

Afin d'organiser mes propos et de répondre au mieux aux exigences d'un entretien de type semi-directif, une grille dédiée a été construite. Avec l'aide de ma directrice de mémoire, une série de questions ouvertes se basant sur les attendus de sécurisation du parcours d'un patient mineur (de l'accueil à la sortie) a été élaborée.

La grille d'entretien a été créée sous un format Excel (Annexe 2). Elle s'est organisée en 4 thématiques partant de l'accueil et l'admission, les locaux dédiés, les urgences et à la préparation à la sortie. Chaque question introduite dans les différentes parties se base sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Cela a par conséquent pu me permettre d'avoir une ligne conductrice claire et précise. Le but était d'avoir une base conséquente et surtout pertinente d'informations pour diriger l'échange tout en laissant une liberté de réponse aux interlocuteurs.

Dans l'organisation de mes rencontres, les entretiens ont été conduits dans le respect des principes éthiques applicables :

- Une information claire et complète sur les objectifs et modalités de l'étude ;
- Un recueil du consentement de tous les participants ;
- Une garantie d'anonymat et de confidentialité des données.

Toute cette approche méthodologique a permis d'appréhender la complexité du sujet étudié tout en garantissant la validité scientifique des résultats obtenus.

b) Recueil des données

En comparaison avec une recherche quantitative, il n'est pas nécessaire d'avoir un nombre de répondants élevé. Creswell (1998)[61] avance qu'un nombre de 10 entrevues maximum est adapté. Ainsi, au cours de mon étude, 10 professionnels ont pu être interrogés.

Chacun de mes entretiens a reçu un codage. Les entretiens ont été classés avec le codage **CDS** pour **Cadre de service** et RQ pour **Responsable qualité**. Chacun d'eux a été numéroté et catégorisé à l'aide des caractéristiques recueillies.

[61] Creswell, John W. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions. *Sage Publications*, 1998, **403**.

Le tableau ci-dessous résume la classification des professionnels rencontrés.

Tableau 1 : Identification des interlocuteurs des entretiens semi-directif

Entretien	**Type d'établissement**	**Fonction du/des interlocuteur(s)**	**Durée de l'entretien**
CDS 1	Etablissement public avec un service de pédiatrie	1 Cadre de service pédiatrique	33 minutes
CDS 2	Etablissement public avec un service de pédiatrie	1 Cadre de service pédiatrique	45 minutes
RQ 1	Etablissement public avec un service de pédiatrie	1 Responsable Qualité	20 minutes
CDS 3	Etablissement privé avec un service de pédiatrie	1 Cadre de service	45 minutes
CDS 4	Etablissement privé sans un service de pédiatrie dédié	1 Cadre de service	36 minutes
CDS 5	Etablissement privé sans un service de pédiatrie dédié	1 Cadre de service (accompagnée de la Directrice des soins et d'une Infirmière)	20 minutes
CDS 6	Etablissement privé sans un service de pédiatrie dédié	1 Cadre de service	27 minutes
CDS 7	Etablissement public avec un service de pédiatrie	1 Cadre de service	22 minutes

PARTIE IV : RESULTATS

Dans le but d'organiser l'analyse des différents entretiens, nous allons procéder à une retranscription. Dérivé du mot transcription, il s'agit d'une « *Action de retranscrire, de convertir un document dans un autre système de notation* »[62]. C'est une technique permettant d'identifier des similarités et des différences sur un sujet lors d'un échange avec des individus. C'est un bon moyen pour noter divers points de vue.

L'étape d'analyse suivante permettra donc d'avoir un visuel élargi sur notre sujet d'étude. Nous allons procéder à la retranscription de quatre entretiens. Cela est dans le but d'étudier des données suffisamment détaillées en termes d'organisation des pratiques d'une structure. Il est essentiel de préciser que les autres entretiens ont également apporter des réflexions de ce mémoire.

Les réponses obtenues lors de ces entretiens vont être analysées afin de développer des idées et des concepts en lien avec notre problématique d'étude.

Prise en charge de patients mineurs dans un établissement disposant d'un service de pédiatrie dédié

Pour débuter, une première analyse a été effectuée sur des établissements ayant des services de pédiatrie dédiés. Ce sont des établissements avec des experts sur la prise en charge des enfants. Ils sont alors plus à même d'avoir diverses choses mises en place. C'est un excellent moyen de poser le cadre de notre analyse.

a) Analyse de l'entretien CDS 1

Contexte : Cet entretien s'est déroulé en matinée au sein du bureau de l'interviewer. Il a duré 33 minutes. L'interlocutrice est la cadre du service de pédiatrie de l'établissement. Il s'agit d'une professionnelle ayant eu diverses expériences dans la prise en charge des enfants et étant représentante dans des instances régionales voir nationales sur des thématiques spécifiques (exemple : la maternité et prise en charge des nouveau-nés).

- ✓ **Organisation du service**

Le service pédiatrique présenté dans cet entretien est particulièrement développé. Dès le départ, on comprend assez rapidement que le service offre un modèle complet avec une organisation des soins particulièrement élaborée. La cadre interrogée précise : « *au*

[62] Dictionnaire de l'Académie Française, 20e siècle.

niveau du pôle, oui, on accueille du programmé et du non-programmé ». Et le service permet une prise en charge large des patients mineurs « *allant jusqu'à 18 ans* ». Par ailleurs, il offre un suivi pour « *des patients suivis pour des pathologies chroniques* ». L'établissement s'assure de mettre en place des moyens vastes pour répondre aux besoins des patients.

On note une démarche poussée sur le sujet des parcours patient. Comme en témoigne le projet de création d'une « *plateforme d'hôpital de jour, de consultation commune à partir de 15 ans jusqu'à 20-25 ans »* associant pédiatres et médecins pour adultes. Celui-ci s'appuie sur le fait de vouloir développer les différentes formes de circuit des patients pris en charge dans le service.

- ✓ **Intégration des parents dans le parcours**

L'accompagnement parental est systématiquement intégré dans le parcours de soins. En effet, la présence des parents durant le parcours de soin du mineur peut amener une sérénité. Que ce soit pour le mineur ou les parents, cela est un moyen de rassurer et d'accompagner. La cadre souligne : "*quand un enfant rentre à l'hôpital, en général, il est avec ses parents*". Cette présence est facilitée par des infrastructures adaptées. Comme la cadre le précise, "*dans chaque chambre, on a un lit accompagnant*" permettant à un adulte de dormir sur place.

Cette intégration des parents va au-delà de la simple présence physique. Des autorisations formelles sont systématiquement recherchées : "*on n'opère pas*" sans les "*autorisations d'opérer des deux parents*" hors situation d'urgence vitale. Les parents sont également impliqués dans la préparation de la sortie et l'éducation thérapeutique, avec "*des séances d'éducation thérapeutique*" ou "*énormément d'informations sur la pathologie et sur la prise en charge*".

- ✓ **Prise en compte du consentement**

Un autre élément significatif qui a été évoqué lors de ces entretiens, est l'attention portée au consentement du mineur. La cadre confirme qu': "*on écoute toujours un enfant qui ne veut pas avoir une prise de sang. On essaye de voir comment on peut faire autrement*". Cette approche s'étend même aux situations complexes comme la fin de vie : "*Quelquefois, l'enfant se confie au soignant et pas forcément à ses parents. [...] on aide les parents à cheminer sur ce que veut l'enfant.*"

Cette préoccupation éthique témoigne d'une approche centrée sur l'enfant comme sujet de soins et non comme un simple objet de traitements, tout en maintenant que "*les représentants négociés sont avant tout les parents*". C'est un sujet délicat mais sur lequel comme la cadre l'explique une approche adaptée est toujours menée.

- ✓ **Adaptation des infrastructures**

L'établissement a développé des infrastructures spécifiquement conçues pour les enfants :

- Chambres avec un lit accompagnant et des prises USB ;
- Espaces différenciés par âge : "*la salle de jeu pour les plus petits*" et pour "*l'ado un peu plus grand, on a tout ce qui est baby-foot*" ;
- Une "*maison des enfants*" avec "*une cuisine thérapeutique*" et "*une terrasse où on peut y faire un peu de jardinage*" ;
- Des aménagements ludiques intégrés : "*dans les couloirs [...] on a des jeux au sol*".

De plus, l'établissement intègre des enseignants de l'Éducation nationale : "*les profs, on a le primaire et puis français, anglais, maths*". Ces professeurs "*sont en contact avec le professeur des écoles de l'enfant dans la ville dans laquelle il est scolarisé*" et adaptent les contenus en conséquence. L'établissement est même "*centre d'examen*", permettant aux jeunes patients de "*passer leurs examens sur Jeanne de Flan*", comme "*le brevet, le bac*", avec des aménagements temporels adaptés.

Ces adaptations visent à normaliser autant que possible l'expérience hospitalière, en créant un environnement qui reste adapté à l'âge et aux besoins développementaux de l'enfant.

- ✓ **Formation spécifique du personnel**

En effet, la présence de professionnels appropriée est fondamentale. Du fait, qu'il s'agisse d'un public nécessitant un accompagnement spécifique, cet aspect-là est donc plus que cohérent. Dans un service de pédiatrie, des experts sont naturellement présents sur les lieux. Comme le dit la cadre : « on *a des puéricultrices et d'infirmières* ». Par ailleurs, elle indique que les infirmières sont formées. Dans cette sphère, les « *puéricultrices* » (infirmières spécialisées) et les infirmières généralistes sont distinguées : aucune n'est « *en secteur de soins, sans qu'ils aient été formés avant* ».

Cette formation comprend :

- une période d'adaptation à l'emploi dont "*la durée diffère en fonction de la difficulté du service*" (de "*15 jours*" en pneumologie à "*deux mois*" en réanimation)
- et une formation théorique complémentaire de "*deux jours*" pour les infirmières, couvrant "*les bases de la pédiatrie, [...] les droits de l'enfant, [...] l'oxygénothérapie, [...] les calculs de doses, [...] la douleur, [...] l'allaitement maternel*".

✓ **Gestion des situations particulières**

La cadre mentionne plusieurs dispositifs spécifiques :

- Pour la maltraitance : "*l'unité d'enfants sans danger*" avec évaluation par une puéricultrice spécialisée. Il s'agit d'un espace dédié pour écouter et accompagner les enfants étant dans des situations de ce type.
- Pour les familles éloignées : la "*maison McDonald's*" a été créée pour l'accueil des « *familles complètes*".
- Pour les parents d'enfants en réanimation : "*des chambres par enfant, notamment pour la réanimation pédiatrique*" ont été mises en place.

Ces dispositifs complémentaires démontrent une approche globale qui va au-delà des soins médicaux immédiats.

✓ **Transition vers les soins adultes**

Le sujet de la transition vers les soins adultes est un sujet précis et nouvellement intégré dans les attendus du manuel 2025 de la HAS. Étant un futur axe de travail pour les structures et un sujet suscitant mon intérêt, c'était une notion à développer lors de mes échanges.

Dans le service de cet entretien, la transition vers les services adultes est présentée comme une réflexion à approfondir. La cadre rappelle : « *on réfléchit [...] pour ouvrir la plateforme commune d'hôpital de jour, de consultation »* avec « *pédiatre et médecin de l'adulte, toutes pathologies confondues* ». Cette préoccupation s'explique par les difficultés d'adaptation des jeunes patients : " *Il arrive chez l'adulte, on lui dit bonjour monsieur, asseyez-vous. Donc ce n'est pas toujours simple pour ce jeune*". Ce projet émane aussi d'une envie de faciliter le processus de transition, déjà par des échanges plus fluides avec les professionnels de santé.

b) Analyse de l'entretien CDS 2

Contexte : Cet entretien s'est déroulé en visioconférence, en après-midi. Il a duré 45 minutes. L'interlocutrice est la cadre du service de pédiatrie de l'établissement. Il s'agit d'une professionnelle occupant ce poste depuis plusieurs années.

- ✓ **Organisation du service**

D'une manière similaire à l'échange précédent, la prise en charge des mineurs décrite dans l'entretien CDS2 s'étend sur une variété en termes d'accompagnement. La cadre précise toutefois la présence de différenciation dans les prises en charge en fonction de l'âge : « *à partir de 16 ans, le corps fonctionne comme celui d'un adulte, et on ne différencie pas la prise en charge médicale ou chirurgicale d'un mineur dans ces cas-là.* » L'aspect physiologique des mineurs de 16 ans, et plus, est ainsi jugée comparable à celui d'un adulte. La cadre explique ainsi que ces jeunes vont de ce fait être pris en charge en services adultes. Cependant, elle spécifie : « *qu'il y a des questions particulières sur la prise en charge de ces jeunes, […], ils ont aussi le droit d'avoir un parent à leur côté. Ça fait partie aussi de la charte des droits de l'enfant, puisqu'on reste enfant jusqu'à 18 ans.* » La qualité de l'accueil des mineurs est ainsi toujours prise en compte quel que soit le statut du mineur.

- ✓ **Intégration des parents dans le parcours**

Au niveau de l'implication des parents dans le parcours des mineurs, on reste aussi sur une démarche très forte. L'interlocutrice explique : « *on insiste fortement pour que les parents restent tout au long de l'hospitalisation de l'enfant.* ». Des moyens sont mis en œuvre pour faciliter ce processus : « *lit accompagnant* », « *droit de visite à n'importe quel moment de la journée* », « *droit d'aller en salle de réveil maintenant* ». On peut donc voir qu'il y a eu une réelle réflexion afin d'insister sur la présence des parents dans le parcours des mineurs.

CDS 2 : « *De toute façon, on se rend compte que l'enfant a beaucoup moins peur. Les parents nous aident beaucoup dans les prises en charge. En fait, la plupart du temps, des fois, ils sont fort stressés, donc ça peut compliquer les choses. Mais les 99% des cas, ils sont aidants pour que les soins se passent bien.* »

- ✓ **Prise en compte du consentement**

Il est aussi possible d'observer l'attention qui est portée sur le sujet des consentements des représentants légaux. Des enjeux sont par ailleurs identifiés sur la

complexité administrative du consentement qui peut retarder les prises en charge. En urgence, « *on n'a pas de consentement de soins assignés. […] Par contre, quand on parle de consentement chirurgical et anesthésique, ça c'est obligatoire dans tous les cas.* » Une distinction est faite sur les types de situations, en situation d'urgence ou le pronostic est vital, l'objectif va être de prendre en charge en première intention le patient au plus vite. Cependant de manière plus générale, il est crucial de s'assurer du don des consentements des parents. La cadre développe d'autres exemples de situations : « *un enfant qui arrive avec ce qu'on appelle une torsion testiculaire, […] Ce n'est pas une urgence vitale, […] mais par contre, il peut pas en mourir, mais il aura une perte de chance dans la vie s'il perd son testicule. […] Et donc là, on doit se débrouiller pour avoir la signature des deux parents*. » Cela montre l'importance de ce processus, mais la difficulté qu'il peut représenter sur le moment.

- ✓ **Adaptation des infrastructures**

Dans le service, l'environnement matériel joue un rôle clé dans l'accueil du mineur :

- Les services accueillant des enfants sont décorés de façon adaptée (« *peintures* », « *salles de jeux* », « *travaux manuels* », « *association […] qui vient voir les enfants et qui leur fait des cours quand ils sont hospitalisés* »).
- L'attention à ne pas infantiliser les adolescents : choix de thèmes de décoration plus neutres ou adaptés à tous les âges.
- Télévision gratuite en pédiatrie pour favoriser le confort des enfants et de leurs parents.
- « Sac d'urgence pédiatrique ».

L'établissement et le service sont impliqués autant que possible pour faire vivre les locaux. De plus, la cadre précise que : « *c'est les équipes qui sont assez porteuses des projets, avec nous les cadres et on propose nos projets à la direction qui, les trois quarts du temps, nous suivent aussi.* » Il y a donc une dynamique régulière qui « *dépend aussi des dépenses* » bien sûr mais qui est totalement poussée au maximum.

- ✓ **Formation spécifique du personnel**

Le personnel du service est confronté à des situations qui nécessitent des compétences spécifiques : la gestion du consentement parental, la prise en charge adapté selon l'âge du mineur et l'application stricte de la charte de l'enfant hospitalisé. La maîtrise

de ces points suppose une formation du personnel sur des aspects organisationnels, légaux et éthiques.

L'entretien évoque la présence de formations. En effet, « *c'est des formations qui sont faites sur des périodes bien spécifiques, […] c'est fait à l'arrivée* ». La durée est de « 4 à 5 semaines, parfois un peu plus ». C'est par conséquent le moyen qui a été défini pour garantir de la part des infirmières une prise en charge globale, sécurisée et respectueuse des besoins spécifiques des mineurs hospitalisés.

✓ **Gestion des situations particulières**

Les établissements se doivent d'anticiper certaines situations et de former les équipes à la gestion de la diversité des configurations familiales et sociales. Dans le service :

- Une attention particulière est portée aux familles parlant une langue étrangère. Dans le cas où un parent parle mieux français, il peut être sollicité de la meilleure des façons pour traduire. Ainsi, les deux parents peuvent comprendre « *tous les deux ce qui se passe pour leur enfant* ». L'établissement adapte par conséquent la présence parentale.
- Dans les situations ou aucun parent ne peut être présent, une solution est recherchée pour qu'un adulte référent connu de l'enfant soit auprès de lui, notamment aux urgences.

✓ **Transition vers les soins adultes**

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'intégration des jeunes de 16 ans et plus se fait dans les secteurs adultes. Ce qui fait qu'à 18 ans, ils sont déjà familiarisés avec ce monde. Par ailleurs, il est primordial de dire que la cadre explique « qu'en termes de qualité, on ne doit pas faire comme si c'était un adulte. » Les jeunes vont cependant avoir un accompagnement plus particulier comparé à un réel adulte.

Prise en charge de patients mineurs dans un établissement sanitaire sans service de pédiatrie dédié

a) Analyse de l'entretien CDS 4

Contexte : Cet entretien s'est déroulé en visioconférence, en après-midi. Il a duré 36 minutes. L'interlocuteur est le cadre du service d'ambulatoire de l'établissement.

- ✓ **Organisation du service**

L'interviewé explique que la structure n'accueille que très peu de mineurs, principalement des adolescents de plus de 15 ans : « *Nous, la majorité de nos patients mineurs, c'est sur la partie stomato, tout ce qui va être dans le sagesse ou la pulsion dentaire. Là, on en a davantage, à la louche, une vingtaine par mois.* » La majorité des mineurs pris en charge le sont donc pour des actes de stomatologie, contre « *4-5 par mois* » en orthopédie. On note aussi qu'il n'y a pas « *d'autorisation pour la chirurgie orthopédique pédiatrique* » en dessous de l'âge de 15 ans.

L'activité mineure décrite représente par conséquent une faible part de l'activité totale.

- ✓ **Intégration des parents dans le parcours**

Dès la consultation chirurgicale et pré-anesthésique, la présence d'au moins un parent est obligatoire. En ambulatoire, « *le parent doit rester en chambre jusqu'au départ de l'enfant, au bloc* ». Les parents sont encouragés à rester à proximité durant l'intervention. Il peut par la suite retrouver l'enfant en chambre à son réveil. Tout cela est adapté en fonction des enfants comme l'explique le cadre. Et puis, généralement comme il le décrit « *les parents prennent leur journée quand même* ».

En parallèle, un box spécifique est réservé aux mineurs en salle de réveil pour assurer leur sécurité. Ainsi « *dès l'instant que le patient est réveillé en salle de réveil* », ils sont installés dans cet espace. Le box est utilisé en alternance pour garantir l'intimité et l'adaptation. Et au vu de l'activité minime qu'il y a en termes de patients mineurs, « *c'est toujours un patient mineur qui est dans ce box-là* ». La question de temps des patients dans les boxes est donc gérable.

Dans les cas où les patients mineurs passent la nuit en chambre, il y a une particularité comme le dit l'interviewé : « *c'est une décision de la direction […] de demander à ce qu'il y ait présence du parent quand l'enfant passe la nuit en chambre, et qu'il reste avec lui pour garder son environnement* ». Cette décision prend en compte même les enfants de plus de 15 ans.

- ✓ **Prise en compte du consentement**

Le cadre précise le fait que les informations sont délivrées à l'enfant : « *On adapte l'information à l'enfant, qui donne son consentement* ». Les documents à faire signer sont vérifiés : consentement chirurgical, consentement anesthésique, consentement d'hospitalisation (signés par les deux parents, sauf exceptions à partir de 15 ans et 3 mois).

L'interlocuteur explique qu'il n'y a « *pas de service* d'urgence » et donc les difficultés sur la présence des consentements sont petites. Par rapport aux autorisations d'activités de l'établissement, il y a eu « *un choix de ne pas la prendre*. *On est en capacité d'accueillir du programmé* ». Ainsi, le processus de gestion des consentements est anticipé.

- ✓ **Adaptation des infrastructures**

Selon le cadre, les efforts d'adaptation sont facilités par le faible nombre de mineurs accueillis. Il y a une création en chambre « de cadres [décoratifs] amovibles » afin de créer un environnement confortable pour le patient. De plus, le partenariat de l'établissement avec une association permet d'obtenir des jouets : « *on va par trimestre récupérer des jouets qu'on donne à l'enfant* ». De plus, « des caisses » et du « coloriage » adaptés pour les patients mineurs sont mis à disposition.

- ✓ **Formation spécifique du personnel**

Les infirmiers du service ambulatoire sont spécifiquement formés à la prise en charge du patient mineur. En effet, ils ont « *une formation spécifique* ». Sur les autres services, la formation n'est pas systématique, mais les soignants « *à l'aise avec les enfants* » ont été privilégiés pour les rares cas d'hospitalisation.

- ✓ **Gestion des situations particulières**

L'accueil des mineurs est exclusivement programmé (pas de service d'urgences pédiatriques). Exceptionnellement, il peut avoir une prise en charge urgente d'un mineur, mais cela reste rarissime et hors du cadre réglementaire.

Et pour rappel, il n'y a pas de circuit d'urgence spécifique pour les mineurs, mais une application du circuit classique est fait en cas de besoin.

- ✓ **Transition vers les soins adultes**

Au vu de l'accueil de minime des patients notamment pour des soins ponctuels. Ce sujet n'a pas pu être développé dans l'entretien.

b) Analyse de l'entretien CDS 6

Contexte : Cet entretien s'est déroulé dans le bureau de l'interlocutrice en après-midi. Il a duré 27 minutes. L'interlocutrice est la cadre du service d'ambulatoire de l'établissement. Il s'agit en effet du service accueillant le plus de mineurs dans l'établissement.

- ✓ **Organisation du service**

Les accueils qui sont fait dans la structure sont programmés. Il y a un accueil régulier des mineurs mais plus bas à contrario des deux premiers entretiens analysés.

- ✓ **Intégration des parents dans le parcours**

La présence des parents représente un sujet de réflexion dans l'établissement. Elle est en effet encouragée mais un travail se porte sur le sujet surtout en SSPI.

CDS 7 : « *ils ont voulu mettre ça en place, mais ça pose problème la présence du parent en salle de réveil. Par rapport à la confidentialité des autres personnes qui sont adultes, même si c'est un espace d'études pour les enfants. Et en moindre souci, le parent qui n'est pas soignant, qui n'est pas du milieu, ça peut être très, je trouve, un peu brutal. Je voudrais la même analyse et retranscription pour l'entretien suivant* ».

- ✓ **Prise en compte du consentement**

À l'arrivée, l'agent d'accueil collecte les « *cartes d'identité* » des deux parents et le « *livret de famille* ». En cas de divorce ou de famille monoparentale, des documents spécifiques sont requis : « *si c'est une maman solo, elle doit avoir un papier spécial* ». L'organisation de l'établissement veille à s'adapter à chaque situation familiale. Sur le plan administratif, il existe un formulaire d'autorisation d'opérer du mineur, avec un espace pour chaque parent (le second étant parfois facultatif).

Pour les interventions programmées, la signature des deux parents est demandée. Si l'un est absent, un écrit (mail, message) autorisant l'intervention est exigé. Comme l'explique la cadre : « *après, en programmé, pas de signature, pas d'opération ».* Donc, en l'absence de consentement des deux parents, l'opération n'a pas lieu en dehors des situations d'urgence. En urgence, une dérogation peut être accordée par la direction. Lors de l'entretien, l'interviewé précise que : « *ça passe au-dessus […], avec l'autorisation de la direction.* »

- ✓ **Adaptation des infrastructures**

Les enfants ne sont pas en espace commun avec les adultes. Ils disposent de chambres individuelles ou sont regroupés dans un secteur spécifique du service ambulatoire. Les infirmières « *mettent les enfants ensemble* ».

Au niveau de la décoration, l'interlocutrice détaille que rien de spécifique n'a été fait pour les chambres d'enfants actuellement. Cependant, un partenariat existe avec une

association pour recevoir des jeux. Les enfants reçoivent aussi « *un petit diplôme* » et « *une collation adaptée* ».

- ✓ **Formation spécifique du personnel**

Les infirmières qui prennent en charge les enfants suivent une « *formation spécifique d'une journée sur la prise en charge pédiatrique* » (douleur, parcours ambulatoire…). Cette formation n'est pas renouvelée systématiquement. La formation est proposée dans le plan annuel, mais reste à l'initiative des professionnels ou des responsables de service.

Il est aussi expliqué lors de l'entretien que certains nouveaux professionnels ne sont pas formés à la pédiatrie. Mais ils s'appuient sur leur expérience générale en soins et apprennent sur le terrain.

- ✓ **Gestion des situations particulières**

L'activité de prise en charge programmée amène à une anticipation en cas de situation urgente notamment pour les consentements.

- ✓ **Transition vers les soins adultes**

Pour cette thématique, on note une similarité à l'entretien précédent.

Croisement des entretiens

a) Comparaison des entretiens

Tous les établissements de santé, qu'ils disposent ou non d'un service de pédiatrie dédié, sont soumis à un cadre juridique identique concernant la prise en charge des patients mineurs. L'idée à la suite de cette analyse posant le cadre des pratiques faites dans chaque type d'établissement, est d'identifier les similitudes et les différences dans ces pratiques. Ainsi nous allons donc procéder à un croisement des données que nous avons pu obtenir lors de ces échanges.

Tableau 2 : Croisement des entretiens analysés

Thématique	Observations pour les établissements avec une pédiatrie dédiée	Observations pour les établissements sans pédiatrie dédiée	Enjeux généraux identifiés
Organisation	Accueil de patients variés, Pédiatres et experts sur place	Patients souvent présents pour des actes ponctuels	Accueil adapté
Présence parentale	Les parents sont encouragés à être tous les axes du parcours des patients	Adaptation de la présence des parents dans les locaux	Présence parentale au maximum
Consentement	Gestion de la présence des consentements pour du programmé et du non-programmée	Mise en place d'une organisation claire	Signature des deux parents
Adaptation de l'environnement	Espaces spécifiquement conçus pour les enfants (décoration, mobilier, salles de jeux)	Espaces adaptés dans les services adultes	Moyens, bien-être et adaptation à tous les âges
Formation du personnel	Formation poussée en fonction de l'âge des patients	Formation réalisée pour développer les connaissances des professionnels sur la spécificité des mineurs	Professionnels compétents
Gestion des situations sociales complexes	Accompagnement social des parents comme des patients	Développer des solutions flexibles	Barrière de la langue, familles séparées, absence parentale, situation d'urgence

Transition vers les soins adultes	Sujet en réflexion notamment par rapport aux patients avec des maladies chroniques	Sujet ne touchant pas directement les établissements	Bonne prise en charge du jeune et futur adulte

- ✓ **Différences**

On peut relever que les établissements avec un service de pédiatrie dédié vont accueillir des patients mineurs avec des profils plus variés (âge, durée de prise en charge). En effet, leur expertise offre la possibilité de prendre en charge plusieurs types de patients. Dans les établissements sans service dédié de nos entretiens, on va plus retrouver des activités programmées. De plus, certaines activités ne vont pas être réalisées du fait de leur non-autorisation dans la structure. Les établissements sans service dédié vont alors accueillir des patients pour des soins précis. Dans cette analyse, il est important de préciser que les deux établissements avec un service dédié relèvent du public et ceux sans service relèvent de la privée. Les moyens à disposition sur le terme de financier et l'organisation peuvent être des notions en prendre en considération. Les services dédiés bénéficient d'économies d'une grande échelle pour les pathologies complexes. Dans les établissements sans service dédié, l'analyse du coût et de l'efficacité va jouer sur les organisations à établir.

Au niveau de la présence des parents, elle est globalement encouragée dans les 2 types d'établissement. Dans les établissements avec un secteur dédié, la présence d'espace conçu parfaitement pour la prise en charge des mineurs facilite le processus. Dans les établissements sans secteur dédié, la démarche va être poussée dans le circuit du mineur en adaptant certains axes.

Pour les consentements, le focus se porte notamment sur celui des parents. Les entretiens montrent que les établissements avec un service de pédiatrie dédié accueillent du programmé et du non-programmé. Les admissions en non-programmés sont par ailleurs présentées comme pouvant être complexes. Ainsi, ces structures doivent s'organiser au mieux pour répondre à ce type de difficulté en respectant les dispositions légales. Dans les structures sans service dédié, l'observation est que les consentements vont être plus souvent anticipés car on est sur des activités programmées.

Par rapport à l'adaptation de l'environnement, les établissements sans services dédiés veillent de la meilleure des façons à mettre en place des installations adaptées aux

mineurs. Cependant, au vu d'un accueil en service adulte, cela va être distinct de ce qui est mis en œuvre dans un établissement avec des locaux spécifiquement dédiés dans ce cadre. Les services de pédiatrie dédiés se distinguent par un environnement physique conçu pour répondre aux besoins des mineurs. Cela se traduit par des décoration (couleurs vives, fresques), des espaces récréatifs (salle de jeux) et etc. L'architecture va aussi être évaluée avec précision.

Les services de pédiatrie dédiés bénéficient d'équipe pluridisciplinaire qui sont spécialisés. Les pédiatres ont suivi une formation de plusieurs années après leur cursus général. Les équipes en pédiatrie comprennent des enseignants hospitaliers, animateurs hospitaliers et etc. Cette spécialisation permet ainsi une prise en charge plus globale du mineur. Certaines subtilités sont donc plus connues. Dans les établissements sans service dédié, pour compenser cette absence de spécialisation, des formations sont faites afin d'acquérir et de maintenir des compétences sur la prise en charge des mineurs.

- ✓ **Similitudes**

Les établissements sont soumis aux mêmes obligations légales concernant les soins mineurs. Cela inclut l'obligation d'obtenir le consentement parental avant tout acte médical non-urgent et le respect des droits des patients mineurs. L'objectif de fournir des soins de qualité adaptés aux besoins spécifiques du patient reste identique. Tous les établissements visent à prendre en charge correctement les pathologies, les traitements et le bien-être des patients tout le long de leurs parcours de soins. L'approche centrée sur le patient et sa famille constitue un principe universel bien que les moyens de mis en œuvre puissent varier considérablement.

Le personnel soignant, qu'il exerce dans un service dédié ou non, reçoit une formation incluant des notions fondamentales sur la prise en charge des mineurs. Cela assure un niveau minimal de compétence dans la prise en charge des patients, même dans les structures non spécialisées.

b) Défis identifiés

Lors de mes entretiens avec les professionnels, la dernière question posée avant de clôturer l'échange était sur la présence de défis généraux sur la prise en charge de patients mineurs. L'objectif de cette interrogation finale était d'ouvrir la discussion sur différents sujets notamment ceux non abordés. Il s'agit également d'un moyen de faire ressortir des

enjeux actuels que les professionnels se concentrant sur ce type de prise en charge peuvent rencontrer.

L'un des sujets intéressants identifié en termes de défis est « l'accueil des enfants relevant de la pédopsychiatrie ». Il s'agit de mineurs nécessitant un accompagnant plus précis qu'une simple prise en charge classique. En effet, lors des échanges ce qui est ressorti est le fait que « *dans le Nord, [il y a] un manque de pédopsychiatres. Pour comparer, chez les adultes, quand on a un patient qui se présente aux urgences et qui a un comportement qui nécessite une hospitalisation en psychiatrie, il ne sera [pas] mis dans un service de chirurgie ou de médecine. Il sera mis en psychiatrie*. » Cela permet donc d'observer qu'il y a un besoin en termes de spécificité sur les prises en charge des mineurs. Le manque créé par ce besoin est donc un enjeu essentiel car il met en difficulté les professionnels et les prestations fournies aux patients. Comme l'explique l'un des interlocuteurs des entretiens réalisés, des patients avec ce type de situation « *peuvent des fois être violents contre eux-mêmes, mais violents contre les autres*. [..] Et çà met en difficulté et les équipes et les enfants. » Il y a donc une réelle réflexion que les établissements essaient de porter sur ce point afin d'assurer la sécurité de leur patient.

Les autres sujets qui ont été aussi notés en termes de défis sont : les moyens, la sécurité, la maltraitance et le suicide. Il s'agit de sujets plus généraux, dépendants du type de population de la zone géographique et des préoccupations majeures du système de santé.

Partie V : DISCUSSION DES RESULTATS

Mon étude qualitative m'a permis d'échanger sur différents sujets de la prise en charge des mineurs en établissements hospitaliers. Il a été un moyen de développer certaines notions théoriques en les reliant à des aspects réalisés en pratique par les professionnels. Cette étude a par conséquent été un moyen de mettre en exergue une multiplicité de sujets. Afin d'examiner et de discuter des implications de cette étude, nous allons pouvoir mettre en perspective ces différents sujets.

La prise en charge des patients adolescents

Les adolescents sont une population particulière qui nécessite une adaptation des pratiques de soins. Selon Michaud et al. (2018)[63], la période de transition entre les soins pédiatriques et les soins pour adultes représente un moment critique, particulièrement pour les adolescents atteints de maladies chroniques. Dans les établissements sans service pédiatrique dédié, cette transition est souvent brusque ou mal structurée.

Une étude de Suris et al. (2017)[64] a démontré que 41% des adolescents suivis pour des pathologies chroniques connaissent une rupture de soins lors de leur passage aux services pour adultes. Blum et al. (2019)[65] soulignent l'importance de programmes de transition structurés, même dans les établissements généralistes, pouvant réduire de 30% le taux d'hospitalisation d'urgence dans l'année suivant la transition.

L'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire permet d'observer qu'il s'agit d'un sujet en développement pour les établissements de santé. La spécificité de la population mineure demande déjà une certaine approche. Mais la spécificité du type de mineur représente également un axe de travail essentiel. Les travaux de Sawyer et al. (2020)[66] montrent que les adolescents ont vraiment cette nécessité en termes d'environnement hospitalier. Globalement, il est possible d'observer que les structures poussent un questionnement sur des espaces dédiés, distincts dans les zones pédiatriques et adultes tout en assurant la préservation de l'intimité et du respect des patients et de leurs parents.

[63] Michaud P.A., 2018. Presses polytechniques et universitaires romandes (« Savoir suisse).
[64] Suris, J., Larbre, J., & Hofer, M. (2017). Transition des soins pédiatriques aux soins adultes : état des pratiques en Suisse romande. Revue Médicale Suisse, 13(551), 180-184.
[65] Blum, R., Garell, D., & Hodgman, C. (2019). Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. Journal of Adolescent Health, 65(3), 336-344.
[66] Sawyer, S., Azzopardi, P., & Wickremarathne, D. (2020). The age of adolescence. The Lancet Child & Adolescent Health, 2(3), 223-228.

La différence de moyens financiers entre établissements publics et privés

Les sources scientifiques confirment des différences de financement entre les établissements publics et privés concernant la prise en charge des mineurs. Selon l'étude économique de Durand-Zaleski et al. (2019)[67], les établissements publics français bénéficient en moyenne de 32% de ressources supplémentaires par patient mineur hospitalisé. Cependant, comme le souligne Rodriguez et al. (2021)[68], cette différence n'équivaut pas nécessairement par une meilleure qualité de prise en charge pédiatrique, particulièrement dans les petits établissements publics sans service dédié, où les ressources sont plus minimes. L'analyse de Bernier et al. (2023)[69] portant sur 87 établissements français (54 publics, 33 privés) démontre que les indicateurs de qualité des soins pédiatriques sont plus corrélés à la présence de personnel formé qu'au statut ou au budget global de l'établissement.

Nous pouvons aussi nous intéresser au sujet des inégalités territoriales. Il faut savoir que la disparité territoriale en matière d'accès aux soins pédiatriques spécialisés constitue un enjeu majeur. La cartographie établie par Arnaud et al. (2023)[70] révèle que 24% de la population française réside à plus de 45 minutes d'un service d'urgences pédiatriques. Dans ces "déserts pédiatriques", les établissements sans service dédié jouent un rôle crucial.

Psychiatrie et suicide chez les patients mineurs

- ✓ **Détection et évaluation du risque suicidaire**

La détection du risque suicidaire chez les mineurs représente un défi majeur dans les établissements non spécialisés. Les travaux de Kessler et al. (2020)[71] révèlent que 50% des adolescents présentant des idées suicidaires ne sont pas identifiés lors de consultations médicales non-psychiatriques. Ce taux monte à 68% dans les établissements sans personnel formé en pédopsychiatrie (Dupont et al., 2021)[72].

L'étude SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) analysée par Wasserman et al. (2018) démontre l'efficacité d'outils de dépistage standardisés comme le

[67] Durand-Zaleski, I., Martin, D., & Tubach, F. (2019). Ressources allouées à la prise en charge des patients mineurs dans les établissements hospitaliers français : analyse comparative public-privé. *Journal d'Économie Médicale*, **218-229**.
[68] Rodriguez, M., Tailleux, S., & Pellerin, L. (2021). Disparités de ressources et qualité des soins pédiatriques : une analyse multifactorielle. *La Presse Médicale*.
[69] Bernier, S., Lacour, C., & Moreau, P. (2023). Public versus private hospitals: Comparative analysis of pediatric care quality indicators in non-specialized settings. *European Journal of Public Health*.
[70] Arnaud, L., Descamp, F., & Mercier, G. (2023). Cartographie de l'accès aux soins pédiatriques d'urgence en France : une approche géospatiale. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*.
[71] Kessler, R., Berglund, P., & Borges, G. (2020). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in a clinical sample of adolescents, 2015-2020.
[72] Dupont, A., Messiah, A., & Maury, M. (2021). Détection des idées suicidaires chez les adolescents : performances comparées des services spécialisés et non spécialisés. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*.

questionnaire Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) et ce même lorsqu'ils sont administrés par du personnel non spécialisé. L'implémentation de tels outils dans 17 services d'urgences générales a permis d'augmenter l'identification des adolescents à risque (Lambert et al., 2023)[73].

- ✓ **Protocoles de prise en charge d'urgence**

Les protocoles spécifiques de prise en charge des tentatives de suicide chez les mineurs en établissement non spécialisé ont fait l'objet d'évaluations rigoureuses. Le modèle évalué par Vaiva (2019)[74] dans 23 établissements français sans service de pédopsychiatrie, combine :

- Une évaluation standardisée du risque suicidaire ;
- Un contact systématique avec un pédopsychiatre par téléconsultation ;
- Un suivi téléphonique protocolisé après la sortie ;
- Une liaison formalisée avec les structures ambulatoires.

Ce protocole a permis de réduire de 32% le taux de récidive suicidaire à 6 mois chez les adolescents.

- ✓ **Formation du personnel non spécialisé**

L'analyse de Gregson (2021)[75] portant sur 14 études interventionnelles confirme l'impact majeur de la formation du personnel non spécialisé. Les programmes courts (2-3 jours) ciblant spécifiquement la santé mentale des adolescents permettent d'améliorer :

- La qualité de l'évaluation initiale ;
- L'adéquation de l'orientation ;
- La satisfaction des patients et des familles.

Le programme français Premiers Secours en Santé Mentale Jeunes, déployé dans 43 établissements sans service pédopsychiatrique et évalué par Renet (2023)[76], a par ailleurs démontré un rapport coût-efficacité favorable.

[73] Lambert, G., Notredame, C., & Walter, M. (2023). Évaluation d'un programme de dépistage du risque suicidaire dans les services d'urgences non spécialisés. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*.
[74] Vaiva, G., Berrouiguet, S., & Walter, M. (2019). Effectiveness of a French program to prevent suicide reattempt (ALGOS). *British Journal of Psychiatry*, **427-433**.
[75] Gregson, J., Foerster, K., & Orr, J. (2021). Training non-specialist health workers in pediatric mental health care : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
[76] Renet, S., Monney, D., & Bocher, R. (2023). Coût-efficacité d'un programme de formation en santé mentale des adolescents pour les professionnels hospitaliers non spécialisés. *L'Encéphale*, **121-128.**

✓ **Coordination avec les services externes**

Les modèles de liaison-consultation psychiatrique, tels que décrits par Dauville (2022)[77], constituent une réponse efficace au manque de ressources pédopsychiatriques internes. L'étude menée sur 5 ans dans 12 établissements français montre que la mise en place d'une convention formalisée avec une équipe mobile de pédopsychiatrie permet :

- Une réduction du délai d'évaluation spécialisée (de 24h à 4h en moyenne) ;
- Une diminution des transferts vers des centres spécialisés ;
- Une amélioration de la continuité des soins à la sortie (taux de suivi à 1 mois).

Les travaux de Martinez-Alcala et al. (2021)[78] soulignent également cet apport de la télémédecine dans ce contexte.

Ainsi, l'analyse approfondie de ces trois dimensions révèle l'importance d'une approche systémique pour améliorer la prise en charge des patients mineurs dans les établissements de santé notamment ceux sans service pédiatrique dédié.

[77] Dauville, M., Laurent, A., & Ferrand, C. (2022). Liaison-consultation pédopsychiatrique en hôpital général : évaluation d'un dispositif d'intervention précoce. *L'Encéphale*.
[78] Martinez-Alcala, C., Munoz, M., & Monguet, J. (2021). Efficacy of telepsychiatry versus face-to-face assessment for adolescent suicide risk: A randomized clinical trial.

Partie VI : CONCLUSION ET RECOMMENDATIONS

Synthèse des principaux résultats

L'objectif principal de ce mémoire était d'analyser dans quelle mesure les pratiques et les outils employés dans un établissement hospitalier non spécialisé en pédiatrie sont adaptés à la prise en charge de patients mineurs. Pour y répondre, j'ai commencé par mener une étude théorique retraçant l'évolution historique et juridique du statut de l'enfant, en analysant les cadres réglementaires et recommandations actuelles en matière de prise en charge des mineurs à l'hôpital. Ensuite, une enquête de terrain a permis de confronter ces principes à la réalité des pratiques terrains.

La liaison des données théoriques et empiriques permet d'apporter des réponses à la problématique. Les établissements non spécialisés ne disposent pas toujours d'outils adaptés et la coordination entre professionnels peut être considérée parfois insuffisante. Cependant, des initiatives et l'engagement des professionnels témoignent d'une volonté d'amélioration continue. De plus, il est important de préciser que la prise en charge de cette population spécifique se constitue de plusieurs enjeux, et ce pour l'ensemble des établissements hospitaliers accueillants des mineurs.

Pour conclure, les objectifs fixés peuvent être considérés comme atteints. Le mémoire permet d'identifier la théorie et la pratique. Les résultats de l'étude obtenus montrent que, même en l'absence de service pédiatrique dédié, les établissements hospitaliers mettent en œuvre des pratiques et des outils adaptés aux besoins spécifiques des enfants et des adolescents. Les professionnels de santé font preuve d'une réelle attention à l'âge, au développement et à la situation familiale des mineurs. L'accueil, l'information des familles et l'accompagnement global sont assurés selon des protocoles qui tiennent compte des exigences réglementaires. Les outils institutionnels (livrets d'accueil, supports d'information) sont adaptés ou personnalisés pour les mineurs, garantissant ainsi la prise en compte de leurs droits et de leur bien-être. Les retours des professionnels recueillis confirment la présence d'une qualité et sécurité des soins pour les mineurs dans ces établissements. Enfin, l'engagement des équipes dans une démarche de formation spécifique contribue à renforcer l'adaptation des pratiques face à l'évolution des besoins des jeunes patients.

Ce mémoire met par ailleurs en évidence différents sujets d'échange comme les enjeux de la pédopsychiatrie. Et surtout, son développement met en exergue les organisations des structures hospitalières de manière générale en termes de prise en charge de mineurs.

Ce travail ouvre la réflexion sur la nécessité de renforcer la culture de sécurité de l'enfant à l'hôpital, et d'encourager la recherche pour adapter concrètement les pratiques aux besoins de cette population vulnérable.

Recommandations

Afin de pousser les recherches sur le sujet de la prise en charge de mineurs, mon choix a été de faire une proposition au sein de ce mémoire d'actions précises à implémenter par les établissements hospitaliers avec ou sans service dédié :

- Renforcer la formation des professionnels sur les spécificités juridiques et éthiques de la prise en charge des mineurs, notamment en ce qui concerne le recueil du consentement, l'information adaptée et la gestion des situations de crise (isolement, contention).
- Réaliser des protocoles intégrant précisément la dimension pédiatrique, même dans les établissements non spécialisés, afin de garantir l'égalité d'accès à des soins adaptés pour tous les mineurs.
- Favoriser la coordination interdisciplinaire (médecins, infirmiers, psychologues, éducateurs) et les échanges réguliers entre les professionnels pour assurer la cohérence des prises en charge et anticiper les difficultés.
- Impliquer davantage les mineurs et leurs familles dans le processus décisionnel, en tenant compte du degré de maturité de l'enfant et en respectant ses droits à l'information et à l'expression.
- Mettre en place un suivi systématique de la satisfaction et du vécu des mineurs hospitalisés, afin d'identifier les axes d'amélioration et d'adapter en continu les pratiques professionnelles.

Limites du travail

Ce mémoire met aussi en lumière la nécessité d'une vigilance et d'une adaptation continue des pratiques pour garantir aux mineurs le respect de leurs droits, la qualité et la sécurité des soins, ainsi qu'une prise en charge centrée sur leurs besoins spécifiques.

Avant d’en arriver à la finalité, mon souhait est de mettre en avant les limites que j’ai pu avoir lors de ce travail. Dans une démarche d’accompagnement à la recherche, cela me parait fondamental.

La littérature disponible se centre souvent sur les établissements spécialisés ou sur des situations extrêmes. Cela peut limiter les constats sur les établissements non spécialisés.

L’étude de terrain s’est appuyée sur un nombre restreint d’établissements et de témoignages, ce qui ne permet pas de dresser un panorama exhaustif de la situation nationale. La durée et la gestion des priorités étaient primordiales afin de répondre à la problématique. De plus, le point à noter est que même avec les professionnels définis pour les entretiens, il y a eu la potentialité des désistements à prendre en compte.

Glossaire

CDS : Cadre de service (Codage utilisé dans l'étude)

CES : Certificat d'Études Spéciales

CHU : Centres Hospitaliers Universitaires

CIDE : Convention internationale des droits de l'enfant

C-SSRS : Columbia-Suicide Severity Rating Scale

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RQ : Responsable qualité (Codage utilisé dans l'étude)

SROS : Schéma Régional d'organisation Sanitaire

Table des matières

PARTIE I : INTRODUCTION 5

PARTIE II : PARTIE THEORIQUE 8

Du pater familias à une reconnaissance individualisée des enfants en France 8

a) Le Pater familias 8

b) Une désinstitution de la famille 10

c) L'émergence de l'enfant comme individu : ruptures conceptuelles et juridiques ... 11

d) La construction d'un cadre juridique protecteur de l'enfance en France 12

De la naissance au développement de la médecine pédiatrique 14

a) Les prémisses de la pédiatrie 14

b) La reconnaissance des spécificités physiologiques et développementales de l'enfant 15

c) L'institutionnalisation de la pédiatrie comme spécialité médicale 15

d) Organisation contemporaine des soins pédiatriques en France 16

Cadre normatif et enjeux de la prise en charge des mineurs en établissement hospitalier 18

a) Définition et évolution du concept de bonnes pratiques en milieu hospitalier 18

b) Enjeux juridiques et éthiques spécifiques aux patients mineurs 19

c) Défis organisationnels de l'accueil des mineurs en établissement non spécialisé 20

d) Cadre réglementaire et recommandations officielles applicables 21

PARTIE III : PARTIE EMPIRIQUE 24

Méthodologie de l'étude 24

a) Objet de l'étude 24

b) Type de recherche 25

c) Plan d'échantillonnage 26

Collecte des données 27

a) Organisation de la recherche 27

b) Recueil des données 28

PARTIE IV : RESULTATS **30**

Prise en charge de patients mineurs dans un établissement disposant d'un service de pédiatrie dédié **30**

a) Analyse de l'entretien CDS 1 30

b) Analyse de l'entretien CDS 2 34

Prise en charge de patients mineurs dans un établissement sanitaire sans service de pédiatrie dédié **36**

a) Analyse de l'entretien CDS 4 36

b) Analyse de l'entretien CDS 6 38

Croisement des entretiens **40**

a) Comparaison des entretiens 40

b) Défis identifiés 43

Partie V : DISCUSSION DES RESULTATS **45**

La prise en charge des patients adolescents **45**

La différence de moyens financiers entre établissements publics et privés **46**

Psychiatrie et suicide chez les patients mineurs **46**

Partie VI : CONCLUSION ET RECOMMENDATIONS **49**

Synthèse des principaux résultats **49**

Recommandations **50**

Limites du travail **50**

Glossaire **52**

Table des matières **53**

Liste des tableaux **54**

Bibliographie **55**

Annexes **60**

Liste des tableaux

Tableau 1 : Identification des interlocuteurs des entretiens semi-directif

Tableau 2 : Croisement des entretiens analysés

Bibliographie

1. Neyrand G., 2022. Évolution de la parentalité et rapport à l'enfant — Enjeux théoriques et débats sociaux.
2. Lang T., Saurel-Cubizolles M-J., Billette de Villemeur A., 2020. La santé des enfants en France : un enjeu négligé ?
3. Légifrance., 2004. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
4. DREES., 2012. Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2011.
5. Agence régionale de Santé Hauts de France., 2018. Schéma Régional de Santé 2018-2023., Projet Régional de Santé des Hauts de France, 44.
6. De Coulanges F., 1864. La cité antique.
7. Mommsen T., 1854-1856. Droit public romain.
8. Lintott A., 1999. The Constitution of the Roman Republic. Oxford : Oxford University Press, 49-53.
9. Gaudement J., 2000. Les institutions de l'Antiquité.
10. Thomas Y., 1995. Analyse sur le droit pénal romain.
11. Schiavone A., L'évolution du droit Romain.
12. Ariès P., 1973. L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime.
13. Rousseau JJ., 1762. Émile ou de l'éducation.
14. Légifrance., 1792. Décret du 28 août 1792 RELATIF AU RETABLISSEMENT DES COMMUNES ET DES CITOYENS DANS LES PROPRIETES ET DROITS DONT ILS ONT ETE DEPOUILLES PAR L'EFFET DE LA PUISSANCE FEODALE.
15. Castel R., 1995 Les métamorphoses de la question sociale.
16. Légifrance., 1804. Code Civil.
17. Yoshifumi S., 2006. Le problème du travail des enfants en Alsace au XIXe siècle : l'industriel alsacien et la loi du 22 mars 1841, 181-193.
18. Niklas-Salminen A., 1997. Création poétique chez l'enfant, 131-144.
19. Klein M., La psychanalyse des enfants.
20. Légifrance., 1889. Loi du 24 juillet 1889 ENFANTS MALTRAITES OU MORALEMENT ABANDONNES, PLACEMENT DES MINEURS, ACTION EDUCATIVE EN MILIEU OUVERT.
21. Légifrance., 1945. Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

22. Légifrance., 1970. Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale.
23. Francas82., 1924. Déclaration de Genève, Société des Nations.
24. Humanium., 1959. Déclaration des Droits de l'Enfant du 20 Novembre 1959.
25. Défenseur des droits., 2023. La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE).
26. Légifrance., 1889. Loi du 24 juillet 1889 enfants maltraités ou moralement abandonnés, placement des mineurs, action éducative en milieu ouvert.
27. Légifrance., 2007. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
28. Légifrance., 2016. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.
29. Légifrance., 2002. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
30. Légifrance., 2016. Code de la Santé publique, Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1).
31. Légifrance., 2016. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
32. Légifrance., 1975. Loi n° 75-617 du 11 juillet 1975 portant réforme du divorce.
33. Légifrance., 2002. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
34. Youf D., 2002. Penser les droits de l'enfant.
35. Académie Nationale de Médecine., 2016. Regards sur le passé et l'avenir de la pédiatrie, sa place à l'Académie de médecine.
36. De Sainte-Marthe S., 1580. De la manière de nourrir les enfants à la mamelle.
37. Ariès P., 1960. L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime.
38. Augustin C., 1727-1762. Essai sur la Manière de Perfectionner l'Espèce Humaine, 10.
39. Bretonneau P.F., 1826. Des inflammations spéciales du tissu muqueux, et en particulier de la diphthérite, ou inflammation pelliculaire, connue sous le nom de croup, d'angine maligne, d'angine gangréneuse, etc. Paris : Crevot.
40. Gallica., Hopital Necker-Enfants malades.
41. National Health Service (NHS). Our History.
42. Archive Paris. Enfants Assistés.
43. Baudon J.J., 2017. Naissance de la pédiatrie au 19e siècle., Hyper Article en ligne (HAL), 23.

44. Comité des travaux historiques et scientifiques. Société française de pédiatrie (SFP).
45. Légifrance., 1950. Arrêté du 21 novembre 1950 Certificat d'études spéciales de pédiatrie et de puériculture.
46. Légifrance., 1984. Arrêté du 14 septembre 1984 relatif aux montants des droits annuels de scolarité exigés des personnes qui postulent certains diplômes de troisième cycle dans le domaine de la santé.
47. Fauchier-Magnan E., Fenoll B., 2020. La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France.
48. Légifrance., 1998. Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatologie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets).
49. Bizouarn P., 2019. Evidence-Based Medicine et expertise clinique, 103-113.
50. Haute Autorité de Santé., 2025. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins.
51. Légifrance., 2022. Code de la Santé Publique, Partie réglementaire (Articles R1110-1 à R6431-76).
52. Légifrance., 1998. Circulaire du 17 juillet 1998 relative à la préparation des prochains contrats Etat-région (stratégie de l'Etat dans la région).
53. Ministère de la santé et de la protection sociale., 2004. Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n° 2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent.
54. Ministère des affaires sociales et de la santé., 2012. Santé - Etablissements de Santé - Organisation.
55. Société Française de Pédiatrie. Recommandations/mises au point.
56. Revue Linguistique et Référentiels Interculturels., 2020. L'approche qualitative et quantitative dans L'enquête du terrain : l'observation, l'entretien et le questionnaire.
57. Sasseville N., Juneau S., St-Pierre E., 2022. Le point de vue d'étudiants au premier cycle en travail social quant à leur expérience d'un cours en ligne.
58. De Ketele J.-M., & Roegiers X., 1996. Méthodologie du recueil d'informations. Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents. Méthodes en sciences humaines. 3e édition, Paris : De Boeck Université.

59. Commission Nationale Informatique et Libertés., 2023. GUIDE PRATIQUE RGPD – Sécurité des données personnelles.
60. Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. Encadrant(e) d'unité de soins et d'activités paramédicales, médicotechniques et de rééducation.
61. Creswell, John W. Qualitative inquiry and research design : Choosing among five traditions. Sage Publications, 1998, 403.
62. Dictionnaire de l'Académie Française, 20e siècle.
63. Michaud P.A., 2018. Presses polytechniques et universitaires romandes (« Savoir suisse).
64. Suris, J., Larbre, J., & Hofer, M. (2017). Transition des soins pédiatriques aux soins adultes : état des pratiques en Suisse romande. Revue Médicale Suisse, 13(551), 180-184.
65. Blum, R., Garell, D., & Hodgman, C. (2019). Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. Journal of Adolescent Health, 65(3), 336-344.
66. Sawyer, S., Azzopardi, P., & Wickremarathne, D. (2020). The age of adolescence. The Lancet Child & Adolescent Health, 2(3), 223-228.
67. Durand-Zaleski, I., Martin, D., & Tubach, F. (2019). Ressources allouées à la prise en charge des patients mineurs dans les établissements hospitaliers français : analyse comparative public-privé. Journal d'Économie Médicale, 218-229.
68. Rodriguez, M., Tailleux, S., & Pellerin, L. (2021). Disparités de ressources et qualité des soins pédiatriques : une analyse multifactorielle. La Presse Médicale.
69. Bernier, S., Lacour, C., & Moreau, P. (2023). Public versus private hospitals: Comparative analysis of pediatric care quality indicators in non-specialized settings. European Journal of Public Health.
70. Arnaud, L., Descamp, F., & Mercier, G. (2023). Cartographie de l'accès aux soins pédiatriques d'urgence en France : une approche géospatiale. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.
71. Kessler, R., Berglund, P., & Borges, G. (2020). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in a clinical sample of adolescents, 2015-2020.
72. Dupont, A., Messiah, A., & Maury, M. (2021). Détection des idées suicidaires chez les adolescents : performances comparées des services spécialisés et non spécialisés. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.

73. Lambert, G., Notredame, C., & Walter, M. (2023). Évaluation d'un programme de dépistage du risque suicidaire dans les services d'urgences non spécialisés. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.
74. Vaiva, G., Berrouiguet, S., & Walter, M. (2019). Effectiveness of a French program to prevent suicide reattempt (ALGOS). British Journal of Psychiatry, 427-433.
75. Gregson, J., Foerster, K., & Orr, J. (2021). Training non-specialist health workers in pediatric mental health care : A systematic review and meta-analysis. Journal of Child Psychology and Psychiatry.
76. Renet, S., Monney, D., & Bocher, R. (2023). Coût-efficacité d'un programme de formation en santé mentale des adolescents pour les professionnels hospitaliers non spécialisés. L'Encéphale, 121-128.
77. Dauville, M., Laurent, A., & Ferrand, C. (2022). Liaison-consultation pédopsychiatrique en hôpital général : évaluation d'un dispositif d'intervention précoce. L'Encéphale.
78. Martinez-Alcala, C., Munoz, M., & Monguet, J. (2021). Efficacy of telepsychiatry versus face-to-face assessment for adolescent suicide risk: A randomized clinical trial.

Annexes

Annexe I : Charte de l'enfant Hospitalisé

La charte de l'enfant hospitalisé

Charte européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé
adoptée par le Parlement Européen le 13 mai 1986.
La circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé de 1999 préconise son application.

1. L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.
2. Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.
3. On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.
4. Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.
5. On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.
6. Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.
7. L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.
8. L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.
9. L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.
10. L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

Annexe II : Grille d'entretien

Prise en charge de mineurs en établissements hospitaliers

Rappel du cadre :. Je suis Tiffany Atangana étudiante en fin de master à ilis en option management de la qualité et des risques. Et actuellement pour mon mémoire de fin d'études je m'intéresse au sujet de la pec des patients mineurs en établissements hospitaliers. Dans le cadre de cette recherche, Je veux faire un état des lieux des pratiques qui sont réalisés dans les établissements sanitaires. Et je souhaite également réaliser un comparatif à partir des données que je vais obtenir notamment entre les établissements avec ou sans secteurs dédiés. Du coup, voilà !

Objectif : Le but de cette étude pour vous mettre dans le contexte est d'identifier dans un premier temps un diagnostic des établissements hospitaliers au regard des recommandations de bonnes pratiques en terme de sécurisation de prise en charge de patients mineurs. Dans un second temps, mon objectif est également de voir s'il existe une différentiation entre les diagnostics réalisés en établissements disposant d'un service de pédiatrie et sans service pédiatrique spécifique.

Afin d'atteindre ces objectifs, je vous propose ainsi un échange d'1h maximum.

Nom de l'établissement :		
Type d'établissement :	disposant d'un service de pédiatrie	sans un service de pédiatrie
Fonction du répondant :		

Processus	numero_question	libelle_question_semi-directif	Réponses
ACCUEIL ET ADMISSION	A.01	Comment se passe l'accueil des mineurs au sein de votre structure ? (plages d'horaires spécifiques, parcours rédigé pour le patient mineur, etc.)	
ACCUEIL ET ADMISSION	A.02	Comment et par qui est réalisé l'admission notamment pour la vérification de l'identité des personnes disposant de l'autorité parentale ? Quelle est l'organisation s'il n'y a pas toutes les autorisations ? Et dans le cas ou ce n'est pas les parents qui accompagnent l'enfant ?	
ACCUEIL ET ADMISSION	A.04	De quelle manière la communication est faite, notamment avec le mineur (vulgérisation des termes médicaux, démarches ludiques, en fonction de l'age, etc.) ? Formation ? Comment cela est-il fait ? Quelle est la démarche en cas de refus de soins par le mineur ? Quelle est la démarche en cas de refus d'informations des représentants légaux ?	
ACCUEIL ET ADMISSION	A.08	Pour tout ce qui est secret médical, quel est votre organisation ? Dans quel(s) cadre(s) ? Exemple ?	
LOCAUX DEDIES (En secteur de soins)	B.01	Comment ces secteurs sont-ils organisés ? (présence des parents, professionnels formés, adaptation des locaux et du matériel) Les mineurs sont-ils réunis avec des enfants de leur age ? Des professionnels formés prennent en charge les mineurs ?	
LOCAUX DEDIES (En secteur de soins)	B.05	Que mettez vous à disposition pour l'évaluation de la douleur ?	
URGENCES	E.01	Comment sont organisés les urgences (décoration, prise en charge) ? Pourriez-vous me dire la représentation de professionnels formés ?	
PREPARATION A LA SORTIE	F.01	Comment se passe l'information du patient et de ses proches à sa sortie ? (documents, traçabilité)	
PREPARATION A LA SORTIE (adolescent en phase de transition)	F.07	Dans le cas d'une transition d'adolescent à adulte, quelle est l'organisation ?	
Processus très spécifique =			

Annexe III : Fiche mémo d'information envoyée aux professionnels ciblés par mail pour la réalisation des entretiens



Annexe IV : Retranscription de l'entretien CDS 1

Speaker 1 : Par rapport à mes questions, il n'y a pas de questions ambiguës. C'est simplement afin de prendre connaissance de l'organisation de votre service. Au niveau de l'établissement, vous accueillez du programmé et du non programmé ?

Speaker0: Alors, au niveau du pôle ? parce que j'ai 17 unités de soins ?

Speaker1: Oui.

Speaker0: D'accord ? Donc au niveau du pôle, oui, on accueille du programmé et du non programmé.

Speaker1: Et au niveau de la représentation que vous avez en mineurs, vous avez plus des mineurs d'un certain âge ou c'est approximativement la même chose ?

Speaker0: Il y en a même qui vont jusqu'à 18 ans. C'est souvent des patients en tout cas sur la pédiatrie qui sont suivis pour des pathologies chroniques. Ils sont suivis très tardivement puis ensuite se passe la transition chez l'adulte.

Speaker1: C'est important. D'ailleurs, c'était une question que j'allais poser parce que je sais que c'est un sujet qui arrive par rapport au manuel 2025 de la HAS. J'allais l'aborder un peu plus à la fin, mais tant qu'on y est, vous faites une préparation de l'adolescent avant son passage en adulte en tant que patient ?

Speaker0: Oui, alors nous, par exemple, je prends les enfants qui sont suivis en dialyse ou en tout cas qui ont un problème… Oui, ils sont vus par les médecins de l'adulte. Parfois, il y a des consultations qui sont communes, mais ce parcours n'est pas encore bien tracé. Donc, on est en réflexion. On réfléchit et normalement c'est bien parti pour ouvrir une plateforme d'hôpital de jour, de consultation à partir de 15 ans jusqu'à 20-25 ans qui soit commune.

Speaker1: Pédiatre et médecin de l'adulte. Toutes pathologies confondues. Ça va permettre de faire le lien plus facilement.

Speaker0: Sur une plateforme commune d'hôpital de jour avec l'éducation thérapeutique, du sport, une pièce pour les adolescents, etc. Donc ça, c'est un projet. Mais ça n'empêche qu'on le fait quand même actuellement, mais c'est moins formalisé. Quand il arrive chez l'adulte, on lui dit bonjour monsieur, asseyez-vous. Ce n'est pas toujours simple pour le jeune.

Speaker1: D'accord, je vois. En tout cas, il y a quelque chose qui est conçu pour palier.

Speaker0: Oui, c'est fait, mais ce n'est pas encore bien formalisé et on veut l'améliorer. D'où la plateforme d'hôpital de jour.

Speaker1: D'accord. Du coup, je vais revenir au début de mon questionnement car nous sommes allés vers la fin. Est-ce que vous pouvez me parler de l'accueil des patients mineurs au niveau du pôle, comment ça se fait ?

Speaker0: Alors, en fait, quand un enfant rentre à l'hôpital, en général, il est avec ses parents. Il y a différents parcours, soit il rentre par les urgences pédiatriques, ça peut arriver. Soit il rentre directement, par exemple, en hémato, parce que c'est un enfant qui est suivi et qui est en aplasie et qui doit rentrer directement. Soit il rentre pour une chirurgie programmée, donc il rentre le matin même de son intervention. Il est toujours accompagné d'un parent. Ou soit il rentre en hospitalisation de jour, et là, il y a également un parent.

Speaker1: D'accord. Donc il y a toujours forcément le parent, le représentant légal en fait.

Speaker0: Sauf en hémodialyse où ils viennent pour des cures. Ils viennent pour une cure de dialyse trois fois par semaine. Dans ces cas-là, ça peut être l'ambulance qui amène l'enfant, l'ambulancière a l'habitude avec l'enfant et il y a une convention qui est signée avec l'ambulancière.

Speaker1: D'accord.

Speaker0: Puisqu'après l'enfant repart à l'école en général, après ça dialyse.

Speaker1: Dans tous les cas, il y a une organisation qui est définie.

Speaker0: Il y a des autorisations d'opérer, il y a des autorisations de soins qui sont données aux parents etc.

Speaker1: Du coup sur du non-programmé, comment ça se passe pour les autorisations d'opérer puisqu'on en parle ? Je pose la question dans le cas par exemple où vous n'avez pas les autorisations sur le moment, est-ce que vous avez une organisation par rapport à ça ?

Speaker0: Si c'est un soin d'urgence et que ça nécessite qu'il soit pris en charge de suite l'intervention est faite parce que sa vie est en danger. Donc il n'y a pas à discuter et on régularise après dès que le parent arrive parce que souvent il suit. Alors je pense à la réanimation, il suit avec le SAMU en général. Par exemple, il n'arrive pas tout de suite mais s'il y a des gestes à faire ils n'attendent pas. Par contre, si on n'a pas les autorisations d'opérer des deux parents, et ce n'est pas de l'urgence, on n'opère pas.

Speaker1: Je vois.

Speaker0: Donc il faut qu'on ait, avec le livret de famille, les autorisations d'opérer. Dans ces cas-là, on anticipe beaucoup puisqu'on demande les autorisations d'opérer en amont.

Speaker1: D'accord. Donc, dans tous les cas, le consentement des représentants légaux, est recherché. Oui. On parle beaucoup plus souvent du consentement des parents, mais est-ce que vous cherchez aussi pendant le parcours du mineur son consentement ? Après, forcément, ça va être adapté en fonction de l'âge et de la capacité de l'enfant, mais c'est quelque chose qui est fait ?

Speaker0: Oui, bien sûr, dans les soins. Et quelquefois, on a eu déjà, je prends un exemple, la réanimation pédiatrique, on a déjà eu des enfants qui nous disaient qu'ils voulaient partir. Or, les parents n'étaient pas prêts. Donc c'est à nous aussi d'expliquer aux parents que c'est un souhait de l'enfant. Et on fait cheminer les parents tout doucement vers cette issue-là. On essaye de voir comment on peut faire autrement, on rassure, etc. Si vraiment c'est utile, on lui réexplique aussi en fonction de son âge. Mais ça n'empêche qu'il y a des fois, c'est nécessaire, on ne peut pas faire autrement. Et donc là, c'est pareil. Mais quelquefois, l'enfant se confie au soignant et pas forcément à ses parents. On aide les parents à cheminer sur ce que veut l'enfant.

Speaker1: Je vois. Et pour ce qui est du secret médical, je suppose que vous avez aussi des démarches entreprises. Je prends l'exemple d'une jeune fille qui pourrait être enceinte et qui ne voudrait pas en parler à ses parents.

Speaker0: Alors oui, on va accompagner cette jeune fille. Ça n'empêche qu'à un moment, il faudra qu'elle puisse en parler à ses parents. Donc nous, on est là pour l'accompagner et l'aider à pouvoir en parler et à être présent si besoin.

Speaker1: Oui, au moment de tout ça.

Speaker0: Bien sûr.

Speaker1: C'est très bien pour le consentement du mineur. Ensuite, ce que je voudrais savoir, c'est plutôt au niveau de tout ce qui est secteur de soins. Est-ce que vous avez adapté des choses, par exemple, au niveau de la décoration, des matériaux que vous mettez à disposition des mineurs ? Parce que souvent, chaque établissement a des choses propres.

Speaker0: Donc, en fait, actuellement, on a refait faire toutes les chambres de chirurgie et systématiquement, en fait, dans chaque chambre, on a un lit accompagnant. Ce qui veut dire qu'un adulte peut accompagner l'enfant et dormir là sur place tout le temps. On a mis des petites tablettes avec toutes les prises USB pour les plus jeunes, mais aussi pour les papas qui doivent faire du télétravail. On a refait toute la déco, mais assez neutre quand même. Et puis après, on a des pièces de vie où par exemple on a pour l'adolescent un peu plus grand, tout ce qui est baby-foot. On a la salle de jeu pour les plus petits et les jeux de société. On travaille beaucoup sur la douleur aussi par exemple avec les casques virtuels. Donc peu importe l'âge de l'enfant à partir de 5-6 ans jusqu'à l'âge adulte, on fonctionne avec ça. Après, on a des salons d'allaitement aussi pour les mamans, mais aussi pour les professionnels. On a des jeux, c'est-à-dire qu'en fait, dans les couloirs, pour favoriser le sport chez les enfants. On a des jeux au sol, alors ce n'est pas la marelle, mais c'est des jeux un peu sportifs pour arriver à un lieu du service. Après, on a une salle dédiée aux enfants qui s'appelle la maison des enfants. Et donc en fait, c'est une salle avec une cuisine thérapeutique. On peut y faire la cuisine, des crêpes, des gâteaux. On a une terrasse où on peut y faire un peu de jardinage. Et après, on a une grande salle qui sert de salle de spectacle, qui sert de salle de jeu, qui sert de plein de choses, avec la musique, avec tout ce qu'il faut. Donc tous les spectacles se font là. Et les associations qui veulent faire des spectacles, par exemple la médiation animale, elle se fait là et les enfants qui peuvent et qui ont les indications pour pouvoir y aller vont dans cette salle et participent au spectacle avec leurs parents et voilà.

Speaker1: C'est intéressant.

Speaker0: Enfin, on a Père Noël bien évidemment à Noël.

Speaker1: Et au niveau de, parce que vous avez parlé d'une cuisine, c'est qui qui intervient ?

Speaker0: Alors ça peut être les diététiciennes, mais ça peut être aussi les éducateurs de jeunes enfants.

Speaker1: Et ils font aussi un planning ?

Speaker0: Oui, parce qu'il faut réserver la cuisine, donc ils réservent la maison des enfants quand c'est comme ça, et puis hop, voilà, en fonction de ça, ils y vont.

Speaker1: C'est super. Il y a vraiment plein de choses. Alors, vu que là, on est sur un service de pédiatrie, les professionnels sont formés.

Speaker0: La majorité, oui. Alors, on a des puéricultrices et on a des infirmières. Mais oui, bien sûr, ils sont formés à l'enfant. En secteur de soins, s'ils n'ont pas été formés avant. Il y a ce qu'on appelle une formation d'adaptation à l'emploi. La durée de l'adaptation à l'emploi diffère en fonction de la difficulté du service. En réanimation, par exemple, ils sont doublés deux mois avant d'être lâchés. En pneumologie, c'est 15 jours.

Speaker1: Je vois. Donc la base de la formation, elle est similaire ? C'est juste en fonction du service dans lequel ils vont être rattachés ?

Speaker0: Alors non, elle n'est pas similaire, puisque la puéricultrice, c'est une infirmière spécialisée chez l'enfant, donc elle a déjà beaucoup de connaissances. Ça n'empêche qu'elle est quand même doublée autant de temps que l'infirmière. L'infirmière, elle n'a pas de connaissances théoriques la plupart du temps. Donc elle a beaucoup de connaissances pratiques, mais nous on organise aussi une formation de deux jours, en général au mois de novembre pour les nouvelles infirmières, qui est sur les bases de la pédiatrie, sur les droits de l'enfant, sur les calculs de doses, sur la douleur, sur l'allaitement maternel, sur le label Initiative Hôpital Ami des bébés. Donc on respecte beaucoup aussi le rythme de l'enfant. Et puis, il faut savoir qu'on travaille sur la prévention des écrans. Donc là l'objectif c'est qu'on travaille avec les télécommunications. L'objectif, c'est de pouvoir mettre en place sur les télé-multimédias qui sont dans les chambres, un accès à l'enfant en fonction de son âge.

Speaker1: D'accord.

Speaker0: 0-6 ans, on peut passer à l'image. Et en fonction de l'âge, l'enfant aura accès à différents modules. Youtube, ce n'est pas avant l'adolescence. Là, aujourd'hui, tout est ouvert.

Speaker1: Je vois.

Speaker0: Donc l'objectif c'est vraiment de travailler avec un code spécifique pour les parents, puisque quand ils ont un bébé, ils ont envie de pouvoir regarder peut-être un film le soir. Donc on travaille beaucoup là-dessus, parce que les écrans c'est très nocif pour les gens.

Speaker1: Ce n'est pas évident en plus à toucher, mais c'est vrai que ce n'est pas mal comme futur projet à mettre en place.

Speaker0: Après, du coup, ce qu'on fait, c'est qu'interviennent les éducateurs de jeunes enfants là-dedans pour mettre différents modules qu'ils souhaitent. Et les professeurs, parce

qu'on en a. On a primaire français, anglais, maths. Du coup, ils vont aussi mettre du contenu quand ils font des cours.

Speaker1: C'est un gros travail, mais c'est vrai que cela sera très bien.

Speaker0: Après, il faut savoir aussi qu'on a des enfants, des jeunes, qui passent leurs examens sur […]. Le brevet, le bac, ils passent ça dans la maison des enfants. Donc avec des surveillants bien précis. Mais souvent ils ont un temps qui leur est alloué un peu plus long pour passer l'examen en fonction de leur pathologie. On est centre d'examen en fait. Et on a des très bons résultats.

Speaker1: C'est super. Et du coup, les professeurs que vous avez, c'est un partenariat avec des établissements ?

Speaker0: C'est l'éducation nationale.

Speaker1: Je comprends. D'accord. C'est la première fois que j'entends ça, mais c'est vraiment bien. Parce qu'en plus, c'est lié à un autre sujet sur lequel je travaille, mais par rapport à mes cours. Mais c'est bien d'entendre ça. Vous avez vraiment beaucoup de choses. C'est vraiment très dynamique.

Speaker1: Maintenant, on va rentrer du coup sur les plateaux techniques. Au niveau des plateaux techniques, je suppose qu'il y a des adaptations faites pour l'accueil de l'enfant au niveau du bloc. Comment ça se passe ?

Speaker0: Alors ? On a une salle d'accueil des enfants et des parents.

Speaker1: D'accord.

Speaker0: Du coup, le patient arrive dans sa chambre, accompagner de ses parents. Il est pris en charge par une gestionnaire de l'administration qui va répondre aux dernières questions des parents s'il y en a, ou aux questions de l'enfant. Parfois il peut y en avoir, peu importe son âge. Il passe par cette salle qui fait un peu salle de jeu. On a plein de choses, des dessins et etc. Soit il arrive à pied avec ses parents, et puis le lit suit après derrière parce qu'on en aura besoin en post-opératoire, soit il arrive en fauteuil s'il y a besoin, ou soit il arrive en lit si vraiment il est tout petit, et encore même les petits arrivent dans les bras de leurs parents en général. Voilà, les deux parents peuvent suivre, il n'y a pas de problème. Ils sont en salle d'accueil et puis une fois que l'heure du bloc a sonné, qu'il faut aller en salle de bloc, des professionnels viennent chercher l'enfant dans cette salle. Ils se présentent aux parents, ils se présentent à l'enfant. Alors on a des capes de super-héros aussi, souvent

ils arrivent avec une cape de super-héros. Ils en mettent une aussi à l'enfant en fonction de son âge. Et puis il donne la main, il est amené à pied à rentrer dans le bloc.

Speaker1: D'accord.

Speaker0: Donc après que l'induction se fasse. Les parents ont un salon d'attente pendant l'intervention où ils peuvent rester. Quand c'est des longues interventions, on leur propose de retourner en chambre parce que c'est beaucoup d'attente. Et à ce moment-là, on les appelle en chambre, en leur disant qu'ils peuvent revenir vers le bloc. Et dès que l'intervention est terminée et que l'enfant est arrivé en salle de réveil, il y a un des parents qui rentre en salle de réveil à côté de son enfant. Le temps que le réveil se fasse tout doucement et qu'il puisse retourner en chambre.

Speaker1: Donc les parents rentrent en salle de réveil également. Encore une fois, c'est super. Même moi, si j'avais un enfant, je pense que ça facilite parce que ça rassure les enfants et les parents.

Speaker0: Tout le monde y gagne.

Speaker1: Exactement. Du coup, vous avez du matériel aussi adapté pour l'enfant, je suppose. Je ne sais pas comment ça fonctionne ici. Vous avez des chariots d'urgence pédiatrique ?

Speaker0: Oui, bien sûr. Dans tous les secteurs, on a des chariots d'urgence pédiatrique qui sont les mêmes partout. Et après, sur la réanimation, on a un appel d'urgence. En fait, elles font le […] mais ça arrive sur la réanimation pédiatrique quand il s'agit d'un enfant. Et donc, le réanimateur va dans le secteur où il y a l'urgence avec une infirmière et un sac de transport. Ils sont prêts avec tout ce qu'il faut dedans au cas où. En plus du chariot.

Speaker1: Je suppose que vous avez fait des exercices pour ça aussi.

Speaker0: Oui régulièrement.

Speaker1: D'accord. Vous avez une checklist aussi adaptée au niveau du bloc ou c'est la checklist classique utilisée ? Ça, c'est une question un peu spécifique.

Speaker0: Est-ce qu'elle est adaptée ? Je ne sais pas si elle est adaptée. En tout cas, elle a été revue parce qu'on a été pilote dans le cadre d'un projet. De plus, les deux blocs ont été audités par rapport à la checklist. Ils ont dû faire des exercices en immersion.

Speaker1: D'accord.

Speaker0: Donc ils ont été audités. Donc voilà, la checklist elle est faite, bien évidemment, elle est obligatoire. Elle a été très bien suivie par les infirmiers de bloc et les infirmiers anesthésistes, un peu moins par les chirurgiens et les anesthésistes.

Speaker1: En tout cas, il y a des choses qui sont retravaillées par rapport à ça. Ensuite, on arrive à la sortie parce qu'on a déjà abordé le sujet de la transition d'adolescent à adulte. Vous remettez des informations à la sortie aux parents ? Dans le cas des personnes qui vont sortir et qui vont terminer leur prise en charge, est-ce que vous redonnez des informations à la fin ?

Speaker0: Systématiquement. Si ce n'est pas un courrier de sortie, c'est un courrier transitoire en attendant.

Speaker1: D'accord.

Speaker0: Je tiens à préciser qu'un enfant sort toujours accompagné de son parent, ou en tout cas, si ça ne peut pas être son parent, on a une autorisation spécifique signée par le parent, en tout cas par le responsable légal.

Speaker1: D'accord.

Speaker0: Si c'est le grand-père qui doit venir le chercher, par exemple. Peu importe. Il y a toujours une autorisation du responsable légal qui autorise à faire sortir l'enfant avec le grand-père.

Speaker1: D'accord.

Speaker0: Donc, on ne laisse pas sortir un enfant comme ça dans la nature.

Speaker1: Vous avez anticipé pour les parents parce qu'ils ne peuvent pas tous rester sur place.

Speaker0: C'est ça. Et quelquefois, ça arrive rarement. En général, c'est les parents qui viennent rechercher l'enfant. Mais c'est déjà arrivé que ce soit le grand-père, par exemple, et puis qu'on fasse signer une autorisation des parents pour venir rechercher l'enfant suite à l'intervention.

Speaker1: Très bien ! Un pôle, un gros travail. Vous avez d'autres choses à rajouter peut-être ?

Speaker0: Comme on est recruté régionale, c'est-à-dire qu'on brasse toute la région. Il y a des secteurs où l'enfant est obligé de s'hospitaliser ici, on ne va pas le soigner correctement

ailleurs parce qu'ils n'ont pas l'expertise. Donc, il arrive qu'on ait des familles complètes qui arrivent. On a la maison McDonald's. C'est la maison des familles qui accueillent les familles complètes. En lien avec nous, les familles peuvent dormir là. Le papa, la maman et le petit frère peuvent dormir là. Et puis, venir voir leur enfant comme ils veulent. Les visites, c'est ouvert 24h24 pour les parents. La nuit, on n'accepte qu'un accompagnant. Ce n'est pas parce qu'on veut être strict, pas du tout. C'est parce qu'on n'a pas la place de faire dormir deux personnes, plus l'enfant, plus la soignante qui doit faire les soins.

Speaker1: Oui, c'est un peu compliqué.

Speaker0: Dans la chambre, ce n'est pas gérable. Donc, ce n'est pas qu'on ne veut pas. Par contre, on a aussi des chambres par enfant, notamment pour la réanimation pédiatrique.

Speaker1: D'accord. Je ne vous ai pas demandé au niveau de la douleur, vous mettez en place des outils d'évaluation bien spécifiques pour la maltraitance aussi ?

Speaker0: Pour la maltraitance, on a l'unité d'enfants sans danger et nous ici. Dès qu'on a des suspicions, On fait appel à l'unité d'accueil d'enfants sans danger qui est sur place. Et donc, la puéricultrice se déplace et il y a une évaluation qui est faite par la puéricultrice.

Speaker1: D'accord.

Speaker0: Et ensuite, dans pas longtemps, la maison d'accueil des victimes, toutes victimes confondues, va ouvrir.

Speaker1: Je vois.

Speaker0: Donc, on a un dispositif particulier pour la maltraitance. Après, les soignants sont formés aussi à ça. Parce que l'Unité d'Enfance en Danger, organise des formations pour les soignants.

Speaker1: Sur la maltraitance ? C'est tous les soignants ?

Speaker0: Les soignants du pôle. En tout cas, qui prennent en charge les enfants.

Speaker1: Oui, je vois.

Speaker0: Donc, voilà. Après, j'ai certainement oublié des choses.

Speaker1: Après, si j'ai des questions à la suite, c'est possible que je revienne vers vous ; Parce que là, comme je suis au milieu de la réalisation de mes entretiens, c'est possible qu'avec les échanges que j'ai avec d'autres personnes ou les recherches que je fasse, d'autres choses me reviennent en tête.

Speaker0: Il y a beaucoup de choses. Après, on favorise beaucoup l'attachement parents-enfants, on travaille beaucoup là-dessus, donc avec le portage, l'allaitement maternel, beaucoup. L'éducation aux parents aussi, l'éducation aux enfants, mais l'éducation aux parents aussi.

Speaker1: Comment cela se passe ?

Speaker0: Soit il y a des séances d'éducation thérapeutique, soit on donne énormément d'informations sur la pathologie et sur la prise en charge, parce que c'est les parents qui vont prendre en charge à la maison l'enfant. Donc, s'il y a des soins spécifiques ou des prises en charge spécifiques, il faut qu'ils puissent être aussi autonomes.

Speaker1: D'accord. Ça me fait penser à quelque chose. Vous avez une approche spécifique pour les enfants en situation d'handicap ?

Speaker0: Alors, on a un service de neuro-pédiatrie. Donc oui, bien sûr. Et après, on a des salles de consultation adaptées pour le handicap.

Speaker1: D'accord, je pense qu'on peut déjà s'arrêter là. Je trouve que c'est vraiment très solide en termes d'information.

Speaker0: Après on a aussi des salons pour les parents. C'est-à-dire qu'en fait, un parent qui reste en chambre, qui dort avec son enfant, il bénéficie au sein d'un secteur, au sein du secteur d'un salon avec une cuisine. Donc s'il veut se faire à manger ou cuisiner. Et puis, ça permet aux parents aussi d'échanger, de se connaître et de se rassurer.

Speaker1: Exactement, c'est ça que j'allais dire. C'est vrai que c'est bien ça parce que d'une certaine manière, de voir que d'autres personnes sont dans une situation assez similaire, ça peut descendre un peu la pression qu'ils ont par rapport à la situation.

Speaker0: Les parents vont en salle de jeu également.

Speaker1: Ah oui, ça je m'en doutais un petit peu. Vous avez déjà eu votre certification HAS ?

Speaker0: Là, ça va être 2026. On a déjà eu.

Speaker1: Je suppose que ça s'est bien passé.

Speaker0: Ça a été. La seule chose, mais ce n'était pas pour nous, c'était le suivi du carnet de santé. Ce n'est pas toujours très adapté parce que comme on suit des pathologies

chroniques, si à chaque fois il faut mettre quelque chose dans le carnet de santé, le carnet de santé existe. Parce qu'ils sont suivis très régulièrement.

Speaker1: Oui, c'est vrai ça aussi.

Speaker0: Bon, voilà.

Speaker1: Je pense que c'était très bien. Encore merci. Franchement, c'était très, comment dire, très pertinent.

Annexe V : Retranscription de l'entretien CDS 4

Speaker0: Du coup, avant de commencer, je tenais quand même à vous remercier d'avoir accepté l'entretien parce que j'imagine bien que votre emploi du temps doit être chargé. Je vais me représenter rapidement. Et vous pourrez vous présenter ensuite. Je m'appelle Tiffany. Je suis étudiante en fin de master à ILIS. Je ne sais pas si vous connaissez, si ça vous dit quelque chose. Je suis actuellement en fin d'année d'étude. Et par rapport à mon mémoire de fin d'études, je m'intéresse au sujet de la prise en charge des patients mineurs dans les établissements sanitaires. Ce que j'essaie de faire, c'est un état des lieux des pratiques qui se font dans ces établissements-là. Et à la suite de ça, ça va me permettre aussi de faire des comparaisons par rapport aux établissements qui ont des secteurs dédiés et des établissements qui n'ont pas de secteur dédié.

Speaker1: Donc là, le master que vous préparez, de quoi s'agit-il ?

Speaker0: C'est un master 2 management sectoriel. En fait, c'est du management des établissements de santé. Je suis en option management de la qualité et des risques.

Speaker1: Je demande parce que je connais. J'ai mon ancienne collègue qui avait fait le même master, mais c'était plus en droit de la santé.

Speaker0: Elle a fini ?

Speaker1: Elle a terminé, oui, c'était la promotion d'il y a deux ans. Je m'y suis intéressé, j'ai le projet par la suite de le faire aussi. J'ai fait la majorité de mon parcours ici à la clinique du [..]. J'ai fait aide-soignant, infirmier ici. J'ai travaillé aussi bien de nuit comme de jour. Durant le Covid, j'ai été un peu partout. Et pour revenir ici en 2023, de jour, pour faire ensuite infirmier coordinateur sur la prise en charge de réhabilitation améliorée après chirurgie. Et depuis janvier 2024, je suis responsable ici sur le service de chirurgie. Et avec ma collègue, on est deux et on se répartit tous les services de chirurgie de la clinique. Notamment, ce qui va nous intéresser ici, c'est l'ambulatoire, où on fait un peu plus de mineurs.

Speaker0: Oui.

Speaker1: Et également, le service d'Hôpital de jour, soins externes. Voilà pour mon parcours. Et moi, oui, pour répondre un peu à la question de tout à l'heure, mon projet, ce serait de passer un master par la suite en alternance aussi. Ce n'est pas dans l'immédiat, mais ce serait à terme. Je ferai ça également.

Speaker0: Je comprends mieux. Très bien et très beau parcours ! Par rapport à l'entretien, il n'y a pas de question complexes. C'est juste un temps d'échange et c'est aussi l'occasion pour moi d'avoir plus de connaissances sur les pratiques terrain. Je prévois une heure maximum. Mais après, c'est en cas de nécessité. Alors, juste une question. Est-ce que ça vous dérange d'être enregistré ? En fait, c'est par rapport à la retranscription de mes entretiens.

Speaker0 : Non, bien sûr. Pas de problème.

Speaker1 : Parfait. Alors, on va pouvoir commencer. Par rapport à mes questions, ça va être des questions allant de l'accueil jusqu'à la sortie. Ce que je voudrais savoir en premier, vous accueillez très peu de mineurs, c'est bien ça ?

Speaker1: Tout ce qui va être mineur, nous, c'est plus de 15 ans, parce qu'on n'a pas l'autorisation pour faire de la chirurgie orthopédique chez un patient mineur. Donc nous, c'est tout ce qui va être au-delà de 15 ans. On a suivi nos indicateurs ici, donc on sait très bien que les mineurs, c'est à la marge. On va faire sur de l'orthodontie, peut-être 4-5 mineurs par mois. Nous, la majorité de nos patients mineurs, c'est sur la partie stomatologie, tout ce qui va être dans les dents de sagesse ou la pulsion dentaire. Là, on en a davantage, à la louche, une vingtaine par mois, on va dire.

Speaker0: Je vois.

Speaker1: Donc c'est pas la majorité du tout de notre activité.

Speaker0: D'accord, je comprends donc ils sont un peu en minorité en termes de vos activités.

Speaker1: Oui, c'est vraiment une minime partie.

Speaker0: Au niveau de l'accueil des mineurs, comment ça se passe ? Vous avez une idée de comment ça se passe un petit peu au niveau de l'établissement ?

Speaker1: Oui. Alors nous, déjà, dès la consultation chirurgicale, ils sont accueillis avec au moins un des deux parents.

Speaker0: D'accord.

Speaker1: Sur la consultation pré-anesthésique également, il y a un des deux parents présents. On adapte l'information à l'enfant, qui donne son consentement aussi, mais aux parents également en fonction de leur âge, de manière physique. Sur l'établissement, quand ils arrivent ici, il n'y a pas de bureau dédié. On travaille quand même, on a mis des choses

en place quand même sur leur part. Au niveau de l'accueil, il n'y a pas de certificat d'identité des parents et de l'enfant. On a le consentement chirurgical, consentement anesthésique qui doivent être signés des deux parents et on a le consentement d'hospitalisation d'un patient mineur à faire signer des deux parents et auquel cas, à partir de 15 ans et 3 mois, on peut faire signer que par un seul parent. La politique de l'établissement, c'est que de manière générale sur l'ambulatoire, les mineurs sortent accompagnés d'un parent. Le parent doit rester en chambre jusqu'au départ de l'enfant, au bloc. On autorise à ce qu'il ne soit pas forcément en chambre durant l'intervention, mais qu'il soit à proximité. Après, tout dépend des âges. En général, les parents prennent leur journée quand même. Ce qu'on a mis en place dernièrement, c'est un petit salon d'attente pour les plus petits au bloc opératoire. Les parents descendent au bloc avec l'enfant, puisqu'il est phase préopératoire, ils restent avec lui. Dès que l'intervention démarre, le patient remonte en chambre. Ou alors, on va faire un tour s'il le souhaite. Et dès l'instant que le patient est réveillé en salle de réveil, le mineur a un box particulier. L'avantage vu qu'on n'a pas beaucoup de mineurs, c'est que le box mineur n'est utilisé que par une personne à chaque fois parce que ça tourne. Le temps que l'interaction se termine, le patient remonte. Donc c'est toujours un patient mineur qui est dans ce box-là, notamment chez les plus petits.

Speaker0: Je vois.

Speaker1: Que vous dire d'autre ? Nous, l'environnement du patient, également, on l'adapte en chambre. Ce qu'on va faire également, c'est adapter l'environnement du patient en chambre, donc des cadres amovibles qu'on vient mettre en chambre, qu'on vient enlever. On a des coloriages, on a des jouets, on a des petites caisses toutes faites en fonction de l'âge de l'enfant. On a un partenariat également avec […], où on va par trimestre récupérer des jouets qu'on donne à l'enfant. Quand il est hospitalisé, il repart avec son jouet, qu'on adapte en fonction de l'âge. Ils choisissent eux-mêmes dans le petit chariot qu'on a créé pour cela. Et voilà, après nous, toutes les infirmières sur le service ambulatoire sont formées à la prise en charge en ambulatoire et du patient mineur. Ils ont une formation spécifique. Et après, sur le service de chirurgie, pour faire le parallèle, ils ne sont pas forcément formés directement à la prise en charge du patient mineur. On essaye de mettre des filles qui sont plus à l'aise avec les enfants, forcément. Et nous, la particularité qu'on a sur l'établissement, c'est une décision de la direction, c'est de demander à ce qu'il y ait présence du parent quand l'enfant passe la nuit en chambre, qu'il reste avec lui pour garder son environnement. Donc sur la chirurgie, c'est des enfants de plus de 15 ans, donc en général ils se débrouillent

déjà très bien, mais c'est une sécurité aussi bien pour l'enfant. J'ai fait un peu un laïus, mais au moins je vous explique globalement comment on fonctionne ici.

Speaker0: C'est très bien parce que vous êtes directement entré dans les sujets, dans les différentes questions que j'avais. Pour revenir sur un sujet, est-ce que vous faites des accueils programmés ou c'est des accueils non programmés ? De manière générale au niveau de l'hôpital.

Speaker1: C'est que du programmé.

Speaker0: Ce n'est que du programmé ? D'accord. Donc vous n'avez pas déjà eu des situations du type ne pas avoir les autorisations. C'est des évènements que vous avez déjà eus ou pas du tout ?

Speaker1: Des urgences.

Speaker0: Oui.

Speaker1: On n'a pas de service d'urgence réellement. On peut avoir un peu de traumatos sur des fractures de poignée, fractures de clavicule. Mais comme je vous dis, c'est pour des patients au-delà de 15 ans. On n'a pas l'autorisation pour ces patients sauf si urgent. C'est arrivé, je crois, une fois chez un patient d'une douzaine d'années, je pense, des fractures de poignée qu'on a pris en charge ici à la clinique. C'était de l'urgence. Mais c'est vraiment un cas unique.

Speaker0: Mais vous avez une organisation quand même pour ce type de situation ou pas du tout ? C'est quelque chose qui a déjà été abordé ou pas ?

Speaker1: En soi, non, vu qu'on n'a pas de l'autorisation de le faire, donc on ne le fait pas. Là, c'était une fois, c'était un patient... On n'est pas censé le faire, donc on ne le fait pas. Il faut rester dans les clous. Après, je ne vous apprends rien, mais c'est quadrillé sur le territoire, l'autorisation de chirurgie pédiatrique. Donc nous, on a fait le choix de ne pas la prendre. On est en capacité d'accueillir du programmé, mais pour avoir cette autorisation, il faut avoir une équipe formée en salle de réveil, un chirurgien, un anesthésiste formé, pour le pédiatrique. C'est toute une organisation, donc on a fait le choix de ne pas prendre de temps et de ne pas mettre d'énergie dans ça. Parce que c'est vraiment des demandes très particulières et très filtrées. On n'en a pas beaucoup. On a fait le choix de mettre l'énergie là où on peut.

Speaker0: D'accord, je vois.

Speaker1: Sur l'urgence, on n'a pas de circuit particulier, parce qu'on ne fait pas véritablement d'urgence. On a du non programmé, des chutes de ski, des choses comme ça, mais c'est un circuit classique, comme tout patient.

Speaker0: Vous avez parlé d'outils et de moyens qui sont utilisés pour communiquer avec les mineurs (coloriage, le partenariat avec […]). Ce que je voulais savoir, c'est par rapport au livret d'accueil, je suppose que vous avez un livret d'accueil, est-ce qu'il est adapté aux mineurs ou c'est un livret d'accueil général ?

Speaker1: On est en cours de réflexion sur une plaquette, mais là actuellement elle n'est pas mise en place. Mais on voudrait mettre en place une plaquette avec le parcours du patient : le parcours synthétisé. Donc on va le faire sur l'adulte, mais on va également mettre en place ceci pour le mineur. D'autant plus qu'on est en train de revoir notre parcours ambulatoire qu'on va moderniser un petit peu, en créant un salon de collation, etc. Du coup, ce sera le moment de le faire, où se sera réalisé dans le parcours. Ah d'accord, très bien.

Speaker0: Très bien. Oui, vas-y. Est-ce qu'ils sont dans des secteurs adultes au final ?

Speaker1: Non, en fait, nous, on a le secteur notamment sur l'ambulatoire, là où c'est vraiment pensé. Là, on va mettre les mineurs. Mais comme je vous disais, c'est quelque chose d'amovible. Deux jours de stomato, le lundi-mardi, on va centraliser les mineurs toujours du même côté sur ces quelques chambres. Et notamment, deux chambres qui sont un peu plus adaptées, qui sont un peu plus grandes pour accueillir les parents. Et on vient y ajouter les cadres amovibles.

Speaker0: C'est vraiment bien pour le coup parce que vous avez adapté les secteurs.

Speaker1: Nous, c'est plus quelque chose d'amovible, justement, qu'on remplace, qu'on adapte au fonctionnement de l'âge du patient. On a des cadres, pour être synthétique, on a des cadres sur le système solaire pour de tel âge à tel âge, si c'est vraiment des plus petits. Et après, on a des bouquins, des choses un peu plus poussées pour des ados.

Speaker0: Et au niveau des formations dont vous avez parlé de formation par rapport aux mineurs, c'est plusieurs formations spécifiques ? Par exemple, je demande, parce que ça peut être sur les termes employés ou des choses comme ça, et ensuite un autre sujet. C'était une formation regroupée ou des formations bien distinguées ?

Speaker1: Non, c'est une formation regroupée sur la prise en charge de l'ambulatoire. Et en fait, elle se distingue sur deux jours. Il y a une première journée sur le patient lambda en ambulatoire. Et le deuxième jour, c'est spécifique à la prise en charge de l'enfant en

ambulatoire. Donc, sur cette formation, je sais pour l'avoir fait, ça date déjà, ça fait 4-5 ans, mais on y aborde, oui, c'est ça, les termes employés. L'approche à avoir avec l'enfant, on l'apprend. On apprend à approcher ces patients-là. Nous, la stomatologie globalement, on n'a pas vraiment les tout-petits.

Speaker0: Pour tout ce qui est évaluation de la douleur, vous avez aussi adapté quelque chose ?

Speaker1: Oui, on a l'échelle des visages, mais c'est vrai que ce n'est pas forcément très adapté parce qu'ils sont trop grands.

Speaker0: Oui, c'est vrai.

Speaker1 : Nous, en général, ils savent chiffrer leurs douleurs. Et pareil, du coup, aussi pour tout ce qui est maltraitance.

Speaker0 : Au niveau de tout ce qui est écoute, il y a des choses qui ont été mises en place ?

Speaker1: Pas véritablement. Ce n'est pas matérialisé, mais après, ils ont les formations qui ont été faites pour tout le personnel de l'équipe pour qu'ils puissent prendre en charge de manière adaptée l'enfant et le mineur. Après, il y a la prise en charge des parents aussi. Mais sur l'écoute, oui, c'est la disponibilité et ne pas les mettre plus tendus sur les effectifs, notamment quand on a des petits. C'est rare, mais en soi. Et pour répondre à la question, il n'y a pas vraiment de choses qui ont été mises en place pour l'écoute matérialisée.

Speaker0: D'accord. Par rapport à tout ce qui est lié au refus de soins du mineur est-ce que vous avez des choses que vous avez déjà abordé en lien.

Speaker1: C'est quelque chose qu'on apprend en formation. S'il y a un refus de soins du patient. Soit on revient plus tard, ou alors repasser avec quelqu'un d'autre. Moi, j'y faisais face en étant un homme. C'était parfois plus compliqué avec certains enfants. Quand on était mixte, c'était plus simple. Là, maintenant, j'ai une équipe exclusivement féminine. Sinon, après, on passe par les parents.

Speaker0: D'accord. Est-ce que vous avez un chariot pédiatrique au niveau de l'établissement ?

Speaker1: On a une caisse pédiatrique en plus, donc avec sonde d'intubation, adapté pédiatrique, masque pédiatrique, etc. Donc là, sur le service où on accueille plus d'enfants,

on a notre caisse qui est scellée, qui est mise au-dessus du chariot classique. Et en salle de réveil, pareil, ils ont de quoi intuber un patient, etc.

Speaker0: Avez-vous une check-list spécifique au mineur au niveau du bloc ?

Speaker1: Je vais regarder ce qu'il y a au niveau du bloc… C'est la même que celle de l'HAS.

Speaker0: Alors, du coup, la question que j'ai en dernier, c'est, vu que vous avez des jeunes adultes, est-ce qu'il y a une transition qui est préparée en termes de dossier ?

Speaker1: La préparation nos dossiers, c'est par le planning, la régulation. Nous, les responsables et l'infirmière coordinatrice, on récupère les dossiers. Donc nous, mais sinon, hormis cela, on ne va pas avoir de modifications sur notre façon de faire de tous les jours.

Speaker0: D'accord. Et je viens de penser à une question que je n'ai pas demandé et qui est importante. Mais je pense que c'est fait. Il y a une information du coup qui est faite, je suppose, aux parents, mais aussi c'est fait d'une certaine manière auprès des patients ?

Speaker1: Oui, il y a la recherche du consentement. Il est toujours demandé au patient s'il est d'accord d'être opéré, etc. On essaie toujours d'impliquer le patient et les parents.

Speaker0: C'est parfait. Je vous remercie. C'était très efficace. Oui, franchement, c'était très clair, très synthétique.

Speaker1: Je vous en prie, n'hésitez pas si besoin. Vous pouvez me recontacter même pour plus d'informations.

Speaker0: Je vous remercie encore une fois et puis passer une bonne après-midi au revoir.

Tiffany ATANGANA

LES PRATIQUES ET LES OUTILS EMPLOYES DANS UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER NON SPECIALISE EN PEDIATRIE SONT-ILS ADAPTES A LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS MINEURS ?

De nombreuses **évolutions** se sont faites dans les systèmes de santé à travers le monde au cours des derniers siècles. En France, de nombreuses notions sont mises en avant notamment avec des instances comme la Haute Autorité de Santé. Les **patients** sont plus que jamais au centre des pratiques de **prise en charge** effectuées en établissements de santé. Pour les patients **mineurs,** plusieurs aspects se sont développés dans le temps, imposant ainsi un cadre réglementaire et éthique primordial. Aujourd'hui les **enjeux** des structures sanitaires accueillant des mineurs font parties de sujets de réflexions. La place des mineurs est passée d'un positionnement inférieur venant du **pater familias** romain à une valorisation en tant qu'individu avec des droits. Les professionnels de santé doivent donc avec l'aide des organisations de leurs établissements mettre en place des moyens adaptés pour répondre aux besoins de cette population spécifique. Aujourd'hui, la mise en place de manœuvre pour répondre aux exigences liées à ces patients, se fait entendre. Des concepts se montrent que ce soit de la part des établissements disposant d'un service de **pédiatrie** et des établissements sans service dédié. Les réalités terrains se démarquent des réflexions théoriques. Entre similitudes et différences, les structures s'assurent de la **qualité** et de la **sécurité** des prises en charge fournies à leur patient.

Mots-clés : évolutions, patients, prise en charge, mineurs, enjeux, pater familias, pédiatrie, sécurité.

ARE THE PRACTICES AND TOOLS USED IN A NON-SPECIALIZED PEDIATRIC HOSPITAL ADAPTED TO THE CARE OF MINORS ?

Over the last few centuries, healthcare systems around the world have undergone many **changes**. In France, a number of new concepts have come to the fore, notably through bodies such as the Haute Autorité de Santé. More than ever, **patients** are at the heart of the **care** provided in healthcare establishments. As far as **minors** are concerned, several aspects have developed over time, imposing an essential regulatory and ethical framework. Today, the **challenges** faced by healthcare facilities caring for minors are part of the issues under discussion. The position of minors has evolved from that of the inferior Roman **pater familias** to that of an individual with rights. Health professionals, with the help of their establishments' organizations, must therefore put in place appropriate resources to meet the needs of this specific population. Today, there is a growing awareness of the need to respond to the demands of these patients. Concepts are emerging in both facilities with **pediatric** departments and those without. Realities on the ground stand out from theoretical considerations. Between similarities and differences, facilities are ensuring **quality** and **safety** for their patients.

Key-words: developments, patients, care, minors, challenges, pater familias, pediatrics, safety.