

La visite de l'enfant en réanimation adulte : une visite préparée

The Child Visitor in Intensive Care Unit: A Prepared Visit

V. Longueville

Reçu le 24 juin 2016 ; accepté le 26 septembre 2016
© SRLF et Lavoisier SAS 2016

Résumé Les services de réanimation sont des unités techniques avec un environnement visuel, olfactif et sonore qui peut être perçu comme hostile. Les patients qui y sont pris en charge sont dans un état de santé très précaire avec un pronostic vital engagé, menacés par des défaillances vitales. Entrevoir dans ce contexte, qui peut être perçu comme violent, la venue d'un enfant que l'on se représente comme étant vulnérable, innocent peut susciter des craintes et des réticences chez les soignants. Il paraît pourtant important de pouvoir laisser la possibilité de visite à l'enfant (même jeune) en réanimation en restant toutefois vigilant. Cette visite peut lui permettre de partager avec le reste de la famille son propre vécu de la situation et de garder le lien avec son parent hospitalisé. Pouvoir mettre des mots et des images sur la situation peut apaiser les angoisses de l'enfant. Cette visite doit être accompagnée et préparée par l'ensemble de l'équipe. Plusieurs étapes préalables doivent être envisagées. L'accueil d'un enfant en réanimation nécessite une attention particulière avec l'implication d'un psychologue qui pourra préciser le contexte de la demande, ses enjeux psychiques, le fonctionnement familial et préparer l'enfant. Nous vous proposons, à travers cet article, une trame d'étapes à respecter pour accompagner l'enfant visiteur en réanimation polyvalente.

Mots clés Réanimation · Visite · Enfant · Psychologue

Abstract Intensive care units are places for providing advanced technical support in units where you encounter a potentially hostile and impressive visual, olfactory, and auditory environment. Patients have a severe health condition with an uncertain prognosis for survival. Considering both the threatened life and the hostile environment, the visit of a child who is vulnerable and innocent may arouse fears and reluc-

tances within the nursing staff. Nevertheless, we consider it relevant to bring up an organization to watch over the visiting child (even young ones). This visit can allow the child to share with the rest of the family his (her) own real-life experience of the situation and to stay connected with his (her) hospitalized relative. Being able to put words and images on the situation is a way to soothe fears and fantasies that occur when children are kept in ignorance. This visit must be accompanied and prepared by the whole team; its organization requires several preliminary steps. This initiative implies the accompaniment of a psychologist who will analyse the request, the psychological implications, the family system, and prepare the child. We present through this article, a series of steps to follow to accompany the child visitor to the intensive care unit).

Keywords Intensive care units · Visit · Children · Psychologist

Introduction

Les services de réanimation adultes sont des lieux très techniques, fermés et perçus comme hostiles. Alors que d'autres services tels que les services d'oncologie, les unités de soins palliatifs ou les services de réanimation pédiatrique et néonatalogie se sont ouverts aux enfants, pour la réanimation ce n'est souvent pas le cas. Diverses raisons sont invoquées pour cette restriction de visites aux enfants : le manque de maturité de l'enfant, les risques infectieux ou l'impact traumatisant de l'univers de la réanimation [1-5].

Peu d'institutions ouvrent les visites aux enfants en réanimation et souvent que lors de certaines situations de fin de vie ou à partir de 15 ans comme démontré dans deux études italiennes [5,6]. La première rapporte que sur 104 unités de réanimation environ 22 % seulement acceptent la visite des enfants à partir de 12 ans [5]. La seconde étude décrit que 69 % des unités de réanimation sondées refusent l'accès des enfants [6]. Ces chiffres paraissent cohérents avec l'enquête

V. Longueville (✉)

Service de réanimation polyvalente,
centre hospitalier Métropole Savoie, site de Chambéry,
BP 31125, F-73011 Chambéry cedex, France
e-mail : virginie.longueville@ch-chambery.fr

menée par les réanimateurs de l'institut Gustave-Roussy auprès de 12 services de réanimation franciliens où seulement deux services ont exprimé autoriser de manière régulière les visites d'enfants de moins de 15 ans [7].

Ces réticences à l'idée d'accueillir l'enfant s'expliquent à la fois par l'environnement agressif de la réanimation, le peu de disponibilités des soignants accaparés par de nombreux soins techniques et le manque de connaissances et de compétences pour accompagner l'enfant visiteur. L'accueil de l'enfant exacerbe très certainement une identification possible à l'enfant ou au patient en activant des mécanismes défensifs de rejet, d'identifications projectives, de fantasmes et de passions inconscientes [8]. Pourtant, pour l'enfant, la possibilité de pouvoir rencontrer son parent en réanimation peut être très bénéfique [7,9,10].

La réanimation : un environnement hostile

Un service de réanimation est un lieu où il règne une ambiance particulièrement pesante, bruyante et qui peut être reçue comme une forme de violence.

Cette violence découle à la fois de l'environnement sonore agressif, alarmes de scope, de perfusions, etc., du choc visuel que peut représenter aussi la vue des patients intubés, sédatisés, perfusés, chez qui les signes de vie sont difficilement perceptibles. Les patients de ces services sont dépersonnalisés (absence d'effets personnels, de vêtement, d'intimité). Ce qui se donne à voir est donc effroyable pour un visiteur non initié à ce type d'environnement. Celui-ci peut percevoir la déchéance physique et être heurté par l'état de dépendance de ces corps inertes branchés à des machines. Contrairement à d'autres services de médecine, ce ne sont pas les corps malades qui sont « bruyants », mais les machines qui parlent pour le corps, qui renseignent de son état et qui donnent le rythme de sa vitalité. L'apparence du corps des malades est également très altérée par des œdèmes, des changements de teints et marqués par de multiples sondes, cathéters qui semblent pénétrer violemment ces corps et provoquer l'impression (parfois justifiée) de douleurs physiques.

L'équipe médicale et paramédicale est nombreuse et active, affairée à des soins techniques et invasifs telle une ruche d'abeilles, tandis que les visiteurs sont limités à deux personnes dans une démarche plus passive, ce qui creuse l'asymétrie entre visiteurs et soignants. Celle-ci contraste avec l'inertie et la solitude du patient. Un sentiment de précarité par identification au patient est renforcé par cette asymétrie.

Le soignant démuni face à l'accueil des enfants en réanimation

L'intégration des proches dans la prise en charge du patient est de plus en plus reconnue comme une nécessité dans les

services de réanimation. Cette évolution récente se traduit par l'élargissement des horaires de visite progressif des services de réanimation, des procédures d'accueil des familles, la création de livrets d'accueil, etc. Nous pourrions penser qu'à fortiori cette évolution dans l'accueil des familles devrait profiter aussi à une ouverture vers l'accueil des enfants visiteurs. Or, dans la pratique, les enfants ne sont fréquemment pas accueillis, voire interdits dans les services de réanimation sous couvert de différents arguments. Les raisons les plus souvent avancées pour justifier cette restriction sont le manque de maturité affective, les risques infectieux et l'environnement effrayant avec la crainte d'un traumatisme psychique de l'enfant [1,3,4].

La préoccupation première du soignant s'oriente principalement vers une tentative de protection du patient. L'attention est alors moins portée sur l'entourage familial en pouvant négliger ses besoins et surtout ceux de l'enfant qui est souvent oublié [5,11-13].

Le soignant peut être pris dans une volonté de protection face à l'enfant lui-même qui est un être vulnérable et innocent [14]. Cette représentation de l'enfant est un fantasme adulte qui consiste à penser que l'enfant non informé de la situation reste dans l'insouciance. La visite de l'enfant dans ce lieu hostile peut susciter chez le soignant la crainte qu'elle ne s'accompagne d'un traumatisme psychique. Cette attitude bienveillante est tout à fait pertinente. Il faut rester vigilant et prudent vis-à-vis de ces visites qui nécessitent une disponibilité et l'étude singulière de chaque demande. Il ne paraît pas possible de pouvoir cerner la maturité de l'enfant sans connaître l'enfant et répondre à ses attentes, à ses besoins et à ses limites. L'âge biologique de celui-ci ne rend pas compte de sa maturité psychoaffective pour faire face à une telle visite. Cette maturité dépend de nombreux critères personnels et familiaux non connus a priori.

La communication avec l'enfant, surtout jeune, peut s'avérer délicate. L'environnement technique de la réanimation, l'incertitude, la complexité des situations sont déjà difficiles à expliquer à des personnes adultes non initiées à cet univers médical. L'asymétrie semble encore plus prononcée avec l'enfant qui n'a souvent que peu de connaissances sur le fonctionnement du corps et le vocabulaire médical [15].

La question de la visite de l'enfant rend compte également des limites pratiques des soignants pour permettre un accueil de l'enfant de qualité. Se dégager le temps nécessaire pour rencontrer l'enfant en entretien, analyser sa demande et l'accompagner dans le service n'est pas toujours réalisable. Cet accueil demande une disponibilité, du temps et des connaissances sur le fonctionnement psychologique du jeune enfant.

Le soignant peut se considérer comme manquant de connaissances et de compétences pour accueillir convenablement l'enfant [16]. Il est alors craintif sur le fait d'être maladroite dans ses propos et son attitude face à l'enfant. Cette démarche nécessite souvent une réflexion d'équipe et un

support de connaissances, de conseils et de supervisions que peut apporter un psychologue [3]. Or, dans les services de réanimation adulte, les psychologues sont assez rares [17]. Les autres services font appel la plupart du temps à un psychologue de liaison présent dans l'institution. Ces psychologues de liaison ne peuvent pas toujours intervenir rapidement et être suffisamment intégrés à l'équipe pour permettre une continuité dans la prise en charge. De nombreuses demandes adressées au psychologue émanent de cette question de l'accompagnement de l'enfant en réanimation. La demande de visite de celui-ci ne peut se faire qu'au cas par cas en prenant en compte divers facteurs. En premier lieu, il paraît important de tenter de connaître le souhait du patient vis-à-vis de cette visite. Par exemple, s'il est sédaté, l'entourage peut renseigner sur la position du patient concernant la visite de l'enfant. Le patient dans cette demande doit rester au cœur des décisions. L'âge de l'enfant et sa maturité psychique vont être des éléments à évaluer en cours d'entretien.

La visite de l'enfant, un miroir douloureux pour les soignants

L'ignorance de l'enfant quant à la gravité de l'état de santé de son proche est un mirage pour l'adulte. La violence de la situation est déjà difficile, et appréhender celle que perçoit l'enfant peut devenir insupportable. L'enfant renvoie à nos propres affects, émotions et au sentiment d'injustice vis-à-vis de la situation surtout si le parent est proche [16,18]. Face à la détresse émotionnelle de l'enfant qui est hautement angoissante, le soignant peut mettre en place des mécanismes psychiques inconscients et conscients qui ont pour but de réduire les tensions et angoisses de la maladie. Ces mécanismes de défense sont des réponses souvent inconscientes à une charge émotionnelle importante. La recherche de Chahraoui souligne la difficulté pour les soignants de gérer la douleur psychique des familles surtout lorsqu'il s'agit d'enfants [19]. La famille amène les soignants à se sentir engagés, redevables vis-à-vis d'elle. Ils s'identifient facilement aux familles qui expriment leurs peurs, leur anxiété, leur culpabilité, leur désarroi. Trouver un équilibre pour le soignant, une juste distance émotionnelle s'avère plus complexe avec l'accueil de l'enfant. Des soignants peuvent avoir recours à des mécanismes d'identification projective. Celle-ci consiste à prêter ses propres émotions, représentations, affects de la situation aux familles. Elle conduit à dissoudre la distance entre soignant et famille. Ce mécanisme permet au soignant d'acquiescer une certaine sérénité en s'affranchissant de doutes, d'angoisses, d'incertitudes concernant la manière d'accompagner au mieux la famille. D'autres stratégies d'évitement peuvent être employées par les soignants. Face à la détresse d'un enfant, il peut être plus confortable d'user de fausses réassurances en maintenant un décalage

entre un optimisme affiché et la réalité de la situation. D'autres soignants ont recours à la rationalisation consistant à adopter un discours scientifique et formel, démuné de tout affect et émotion. L'évitement peut aussi consister à nier la subjectivité de l'enfant sans faire preuve d'empathie.

Penser que les non-dits et l'interdiction de visite protègent l'enfant est une réaction défensive de l'adulte, mais cependant rester dans le déni a une influence sur la souffrance de l'enfant [18].

Du côté des soignants, la venue de l'enfant peut créer une faille dans des mécanismes de défense, laissant entrevoir un processus d'identification ou de projection, surtout des plus jeunes. On peut alors entendre : « *Je n'aimerai pas que mon enfant me voie comme ça* » ou « *Le pauvre enfant, qu'est-ce qu'il va être choqué à voir sa mère dans cet état* ». L'accueil de ces jeunes êtres suscitera souvent des réactions de défense parce qu'il est plus difficile pour le soignant de mettre à distance ses propres affects et émotions. L'enfant humanise le patient, il donne à voir une autre dimension de celui-ci qui est celle de parent (au sens de responsable d'enfants), lui donnant sa place dans des liens affectifs avec une famille. Il est nécessaire de se représenter que les images projetées par l'adulte sur l'enfant sont éloignées de ce que vit l'enfant.

Ouvrir la réanimation aux enfants

L'enfant est souvent bien plus informé de la situation que l'on ne le pense. Il est particulièrement sensible aux variations thymiques de son entourage dont il perçoit bien les changements d'attitude. Les non-dits font qu'il ne perçoit pas le sens de la souffrance de ses proches et ne connaît pas leur origine. Or, ce qui crée le traumatisme est justement l'absence de sens. Les enfants ressentent de grandes angoisses en ne pouvant pas toujours disposer de moyens pour se calmer faute d'informations et de confiance suffisante envers les adultes. L'enfant a besoin de comprendre et de connaître la vérité pour tenter de maîtriser la situation et éviter que son imaginaire s'empare de certains fantasmes angoissants.

Diverses études ont démontré que la visite des enfants pour voir un proche hospitalisé en réanimation est fondamentale et permet de diminuer l'anxiété de l'enfant, le sentiment d'abandon et les angoisses de mort [1,3,5,20,21]. Les explications permettent à l'enfant de prendre de la distance avec ses peurs. Dans ces situations incertaines, l'enfant a d'autant plus besoin de sécurité [22]. La sécurité commence par l'instauration de repères dont il a besoin pour s'adapter [23]. L'enfant est souvent rassuré de savoir que ses parents partagent avec lui une information claire et authentique. Cette relation est un socle sur lequel il peut instaurer une relation de confiance avec les adultes qui l'entourent. L'étude de Blot et al., réalisée auprès de 52 enfants ayant visité leurs parents en réanimation oncohématologique,

retrouve que l'accueil des enfants dans le service a été largement bénéfique pour la santé psychique des enfants [7].

L'enfant a besoin d'être informé sur l'étiologie de la pathologie de son proche. Cette présentation lui permet de sortir d'une culpabilité angoissante. Le jeune enfant de deux à quatre ans a une vision égocentrique de son monde en se pensant responsable de l'état de santé de son proche [24]. Ces jeunes enfants sont pris de pensées magiques et connaissent encore des difficultés à élaborer d'autres étiologies. Ces pensées magiques sont également liées à la guérison. Il est important à ces âges de bien décrire formellement la situation, et que la visite ne dure que quelques minutes. Les fantasmes infantiles sont souvent plus angoissants que la réalité. L'enfant est souvent pris de pulsions inconscientes violentes qui le conduisent lors de l'hospitalisation d'un proche à des sentiments de culpabilité. Lui offrir la vérité lui permet de pouvoir mettre en œuvre des mécanismes de réparation. L'enfant peut agir positivement pour la guérison de son proche en lui rendant visite, en réalisant des dessins. L'enfant peut également s'identifier aux médecins ou soignants qu'il perçoit comme puissants face à la maladie [15].

Par ailleurs, l'enfant peut se sentir abandonné en raison de l'attention massive donnée à la personne hospitalisée. Il peut alors être dans une position ambivalente où il se sent obligé de porter une attention bienveillante à la personne malade en étant dans le même temps torturé par des sentiments d'agressivité qui le font culpabiliser. Il a besoin d'être rassuré sur les liens affectifs qui existent entre lui, son parent hospitalisé et le reste de sa famille.

L'enfant préscolaire de quatre à six ans peut accéder au symbolique et prendre de la distance avec la situation réelle en se la représentant. Il est ouvert à des causes exogènes et multiples. Il est intéressant à cet âge de leur faire exprimer par le dessin leurs ressentis, leurs émotions qu'ils parviennent à verbaliser ou à mettre en scène avec le jeu. Ils peuvent poser de nombreuses questions sur les liens de cause à effet dans l'état de santé de leur proche et aborder la mort [24].

L'enfant de 7 à 12 ans est perméable au raisonnement, s'inscrit dans une temporalité, envisage la situation de manière concrète en empruntant à sa propre expérience [24]. À cette étape du développement, il pourra bien verbaliser s'il souhaite voir son proche et a conscience de ses limites psychiques. Il est important d'introduire avec lui des repères temporels. Le faire verbaliser sur ses ressentis sans médiation devient possible et est nécessaire. L'encourager à poser des questions paraît important. L'enfant à cet âge intègre ce qu'est la mort, son aspect irréversible. Lors de cette phase de latence, il a besoin de descriptions très factuelles et concrètes de la situation, des équipements dans les chambres et des données médicales simplifiées.

L'hospitalisation d'un proche de l'enfant, surtout dans un contexte d'urgence, est un réel traumatisme au sein de la cellule familiale. Si celle-ci concerne un des deux parents,

l'organisation familiale va se trouver modifier. Les rôles de chacun changent brutalement et laissent place à une nouvelle dynamique familiale. Les repères se trouvent perturbés. L'enfant a besoin de se représenter ce que vit son proche à l'hôpital et savoir que quoiqu'il advienne ceux qui restent ou resteront autour de lui garderont un lien affectif avec lui. Pour que ce lien perdure, une communication authentique est indispensable. Une relation fondée sur une confiance réciproque entre l'enfant et ses proches. Les adultes doivent être rassurés par des professionnels sur la nécessité d'informer l'enfant et ses capacités à faire face à la situation. Avec une transparence de l'information, l'enfant peut faire confiance à l'adulte sans craindre des non-dits ou mensonges. Il est important que dans cette nouvelle construction familiale l'enfant se sente partie prenante dans les transmissions d'informations et les décisions. Une communication transparente avec l'enfant le rassure et lui donne accès à une meilleure compréhension au cours des différentes phases de l'hospitalisation.

Le partage avec l'enfant de ses propres émotions d'adulte face à la situation rompt le sentiment de solitude souvent vécu dans une telle situation. L'enfant réagit souvent en miroir des adultes présents autour de lui. S'autoriser à exprimer ses propres émotions, c'est permettre à l'enfant de les exprimer lui aussi et l'inviter à le faire. Cependant, il aura plutôt tendance à vouloir préserver ses parents ou personnes proches qu'il sent affectés par la situation. C'est pourquoi il se tournera plus volontiers vers des personnes de confiance extérieures à la cellule familiale. Ces personnes ressources sont de réels appuis pour l'enfant, d'où l'importance de prévenir l'école, les personnes qui le gardent, les amis de l'enfant, les coaches sportifs, etc.

L'enfant a besoin que l'on respecte son autonomie psychique. Pour cela, rester à l'écoute de ses envies, de sa souffrance et de ses difficultés semble lui permettre de se sentir soutenu, écouté et respecté. Parce qu'ils sont souvent en souffrance, les adultes peuvent être amenés à « penser pour l'enfant » en écoutant par le filtre de leur propre souffrance et leurs propres désirs. Les adultes, y compris les parents, ont tendance à projeter sur l'enfant leurs propres affects, angoisses, souffrances sans toujours lui permettre d'exprimer autre chose. C'est pourquoi offrir un espace de parole, d'expression de cette souffrance en dehors de la cellule familiale semble bénéfique pour l'enfant qui a souvent tendance à vouloir protéger son entourage. Il peut ne pas oser parler de sa propre souffrance de peur de les accabler davantage.

La demande de visite de l'enfant

La visite de l'enfant demande une organisation particulière. Il s'agit dans un premier temps d'analyser la demande de visite. Est-ce réellement une demande de visite de l'enfant ?

Si c'est une demande de celui-ci, il peut s'agir d'une demande d'informations supplémentaires. Certains enfants ont reçu très peu de données sur l'état de santé de leur proche, le contexte d'hospitalisation et les causes de celle-ci. Ils souhaitent alors rencontrer des personnes extérieures ou constater par eux-mêmes la situation par crainte que des éléments soient dissimulés.

En venant à l'hôpital, l'enfant peut avoir besoin de se représenter la situation. L'accès au symbolique chez le jeune enfant est difficile. Se représenter un lieu, un état de santé sans l'avoir vu peut être compliqué. Lorsque la représentation du réel n'est pas possible, c'est l'imaginaire qui s'en charge. Se confronter au réel peut permettre d'apaiser ses angoisses.

L'enfant a besoin de maintenir le lien avec son proche et d'être intégré dans ce qui se joue lors des visites à l'hôpital. Il semble important pour l'enfant de se sentir utile pour son proche hospitalisé. Il peut par sa visite exprimer son affection à son proche, laisser un dessin dans la chambre de son parent pour se sentir moins impuissant face à la situation. L'avenir étant fréquemment incertain vis-à-vis du devenir des patients en réanimation, ces visites permettent d'éviter des regrets de ne pas l'avoir vu si son parent venait à décéder. Pour intégrer la réalité, l'enfant a souvent besoin de voir les choses. Accomplir un deuil lorsqu'il n'a pas vu son proche se dégrader physiquement peut être très difficile.

La demande de visite de l'enfant peut provenir de l'adulte qui pense au bien-être de la personne hospitalisée. Cette demande ne correspond pas nécessairement à un désir de l'enfant. Dans ce cas de figure, il est important d'être le garant du choix personnel de l'enfant en refusant une visite non voulue. Cette attitude est bienveillante. Encadrer une visite non souhaitée placera l'enfant dans une position inconfortable où il risquerait de ne plus être à l'écoute de ses propres ressentis, mais seulement dans une position de réparation pour son proche. Cette configuration induit aussi une impression de « toute-puissance » et de responsabilité de l'enfant vis-à-vis de la guérison de celui-ci.

L'adulte peut projeter sur l'enfant des vécus anciens, où enfant il n'a pu assister à des fins de vie, ce qui a conduit à des regrets. L'adulte peut minimiser l'impact d'une venue en réanimation en étant dans le déni de la violence que représente cet environnement.

Parfois, l'adulte attend aussi, en l'amenant dans le service, que les professionnels de santé se chargent d'expliquer la situation et de répondre aux questions de l'enfant. L'adulte peut être en difficulté à gérer à la fois une explication sur la situation (adaptée à son âge) et ses propres émotions. Gérer l'incertitude, annoncer le risque de mort à l'enfant, c'est aussi être prêt à entendre, en plus de sa souffrance, celle de l'enfant et ne pas pouvoir répondre à

toutes ses craintes. Ce qui demande au soignant une bonne gestion de ses propres émotions.

La visite de l'enfant, une visite organisée

Dans notre unité de réanimation polyvalente, nous accueillons l'enfant depuis presque deux ans. Cette pratique a nécessité un travail d'élaboration au sein de l'équipe.

Nous avons débuté par échanger avec les soignants sur la question de l'accueil des enfants. À partir de cela, nous avons permis aux craintes, doutes, ressentis des soignants de s'exprimer librement. Nous avons répondu aux appréhensions de certains d'entre eux. Ces craintes concernaient une illusion de vulnérabilité, ignorance de l'enfant avec la représentation que la venue en réanimation était une situation perçue comme violente.

La plupart des soignants sont parents de jeunes enfants avec une identification responsable de sentiments violents aux patients et à leur progéniture. Une fois ces mécanismes défensifs repérés et expliqués avec une information sur le fonctionnement psychique du jeune enfant et les bénéfices de la visite, nous avons pu commencer à penser l'organisation de ces visites.

Il nous a semblé nécessaire de rédiger une certaine ligne conductrice, un guide à l'usage des soignants destiné à les aiguiller face à une demande de visite de l'enfant ou lorsqu'un enfant proche du malade est mentionné. Ces recommandations retracent les différentes étapes pour traiter les besoins et les demandes d'enfants. D'autres guides ont été créés dans différents services de réanimation [25–27]. Ces auteurs y retrouvent, comme cela a été le cas dans notre unité, une ressource surtout pour les infirmiers pour faire face à la visite de l'enfant. L'étude de Kean auprès de neuf familles souligne la disparité des besoins et des degrés de compréhension selon l'âge des enfants entre le jeune enfant et l'adolescent [28]. L'enfant aura plus besoin d'explications concrètes sur le quotidien de son parent et le matériel. Alors que l'adolescent sera plus axé sur des interrogations concernant le devenir de son proche, le vécu du patient, le fonctionnement du service.

Il a été décidé de manière collégiale qu'il serait proposé aux adultes, ayant de jeunes enfants concernés par la situation, de pouvoir rencontrer la psychologue du service si celle-ci ne s'est pas encore présentée. Lors du premier entretien avec la psychologue au cours duquel elle fait connaissance avec les proches, elle s'informe de la présence ou pas d'enfant(s) dans l'entourage et de la communication établie avec celui-ci ou ceux-ci. Ces entretiens permettent de répondre aux difficultés à communiquer avec l'enfant, d'expliquer la complexité de l'hospitalisation. Il est assez fréquent de constater des non-dits familiaux. De nombreuses situations rencontrées en réanimation sont complexes et délicates telles qu'expliquer un

acte suicidaire, transmettre la notion d'incertitude et toutes les ambiguïtés existantes entre l'éveil et la mort, notions qui sont déjà difficiles à intégrer pour des adultes. Lorsqu'il faut en plus aborder les nuances de la limitation thérapeutique ou de l'arrêt thérapeutique, l'adulte peut vite se sentir démuni. Un étayage des adultes semble donc important pour les soutenir face au besoin de l'enfant d'être informé de la situation. Cette guidance parentale paraît indispensable pour soutenir les parents souvent démunis, bouleversés à trouver une réassurance vis-à-vis de l'enfant. Ce désarroi va s'ajouter à celui lié à la difficulté pour l'adulte concerné de gérer ses propres affects et la crainte que l'enfant ne pose des questions douloureuses auxquelles l'adulte ne parviendrait pas à répondre.

Au cours de ces entretiens, de nombreux conseils sont donnés sur l'importance de mettre en mots les émotions et de communiquer avec l'enfant. Nous remettons à ce moment-là des outils médiateurs qui servent de support pour l'adulte à la communication. Nous avons créé une fiche d'information illustrée que nous utilisons également pour l'adulte. Ce support reprend le matériel médical présent dans la chambre avec un lexique et le dessin d'un personnage intubé, ventilé, scopé, sondé et perfusé. L'appui d'une image chez le jeune enfant est indispensable pour l'aider dans la construction d'une représentation. Nous avons créé depuis quelques mois un autre livret *Coco* qui retrace à travers un personnage infantile une fiction dans laquelle le père du héros est hospitalisé en réanimation. L'enfant peut s'identifier au personnage qui exprime ses émotions, ses angoisses et ses désirs. Il peut se sentir moins seul et être rassuré de ressentir certains affects et émotions. Le personnage est investi comme un support aux projections agressives. À travers cette histoire, l'adulte peut partager avec l'enfant et aborder plus facilement la situation. *Coco* étaye l'adulte qui est bouleversé, vulnérable à sortir d'un non-dit et pouvoir disposer des mots, des éléments importants à aborder avec l'enfant. Cette petite fiction explique également le matériel présent dans la chambre.

Il est proposé ensuite à l'enfant de venir dans le service s'il en a exprimé la demande. Nous expliquons bien que la venue de l'enfant doit faire suite à sa propre demande. Au cours de notre pratique, nous nous sommes aperçus que la visite de l'enfant découle parfois d'une volonté de l'adulte de ne pas avoir à expliquer les choses. La venue dans le service peut être une opportunité d'éviter d'expliquer en montrant à l'enfant. Or, cette façon de faire peut être très délétère, car l'enfant se trouve brutalement face à une réalité à laquelle il n'est pas préparé.

L'adulte peut être tenté de projeter sur l'enfant ses sentiments, ayant connu lui-même des situations de fin de vie dont il a gardé des images traumatisantes ou, au contraire, en ayant été écarté de ce drame familial. D'autres adultes, notamment ceux qui sont soignants, peuvent minimiser l'as-

pect impressionnant d'une venue en réanimation en étant dans le déni de la violence présente dans cette visite.

L'étude de la demande de visite de l'enfant est une étape primordiale dans la venue de l'enfant. Situer d'où provient la demande et sous quelle forme elle est énoncée va conditionner la réponse à apporter.

Derrière une demande de l'enfant, il n'y a pas toujours un désir de venir dans la chambre du parent hospitalisé. Une rencontre avec un professionnel de santé pour reprendre avec lui la situation et pouvoir répondre à ses questions peut suffire. Parfois, l'enfant veut voir, se représenter le service. Pouvoir s'entretenir avec l'enfant et percevoir ses représentations est une autre étape du dispositif d'accueil. Au cours de ce temps, un écart peut se créer entre ce que l'enfant imagine, sait et la réalité. Même derrière des demandes affirmées d'enfant de venir voir son proche, il n'a souvent pas saisi l'importance du dispositif médical et des métamorphoses de son proche. Il est donc préférable, dans la mesure du possible, de ne pas programmer une visite à l'issue immédiate de l'entretien. Il convient de laisser un temps supplémentaire d'élaboration et d'intégration à l'enfant. Cependant, la précipitation de certaines situations ne permet pas toujours le déroulement de ces étapes.

La visite de l'enfant est alors organisée et préparée en concertation avec le médecin. Celui-ci renseigne sur l'évolution médicale du patient et donne des indications sur les prochaines échéances. Le report de la visite de l'enfant à quelques jours ou semaines peut être préférable s'il lui permet de voir son proche réveillé ou sans « tube ». Le jour même, il est redemandé à l'enfant de réitérer son désir de visite. Le déroulement de la visite est retracé : le lavage des mains, l'habillement, le passage dans le couloir, la venue dans la chambre en décrivant l'environnement sonore et visuel. Les soignants en charge du patient sont informés à l'avance afin de pouvoir, lorsque l'enfant sera prêt, fermer les portes des autres chambres. Ils viennent, ainsi que le médecin, à la rencontre de l'enfant dans la chambre pour signifier leur présence auprès du patient et répondre aux questions.

Les règles concernant cette visite sont énoncées aux adultes. Il est proposé à l'enfant de rester apercevoir son parent du couloir sans nécessairement entrer dans la chambre. L'enfant doit se sentir libre de rester le temps qu'il souhaite à son chevet, même si cela ne représente que quelques minutes. La confection d'un dessin ou message par l'enfant est encouragée pour signifier à son proche son soutien. À travers sa réalisation, même si l'enfant ne vient pas le visiter, il se sent acteur dans sa guérison. Le dessin est alors affiché dans la chambre du patient comme une trace de la venue de l'enfant en entretien ou en visite.

Après cette visite, un temps soit immédiat, soit différé, est proposé à l'enfant avec la psychologue pour reprendre avec lui ses impressions et émotions.

Conclusion

L'accueil de l'enfant en réanimation est aujourd'hui une démarche qui mérite d'être l'objet de plus de considérations. Cet accueil se doit de faire l'objet d'un projet d'équipe impliquant tous les acteurs du soin accompagnés par le (la) psychologue dont l'intervention permettra à la fois de préparer et de structurer l'accompagnement de l'enfant visiteur auprès de son parent et de l'équipe soignante. Cette démarche est également profitable aux parents adultes dans leur relation avec les plus jeunes. Les services de réanimation, bien que techniques, se doivent de réfléchir à des améliorations dans la gestion de l'accueil des proches. Ces préoccupations répondent à une volonté d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Fondée sur l'implication d'une équipe pluridisciplinaire, la prise en charge médicale devient de plus en plus holistique en prenant soin non seulement de la dimension somatique du patient, mais également de la dimension sociale, familiale, spirituelle et personnelle. Pour cela, cette démarche doit reposer sur des temps d'échange et une bonne communication entre les professionnels du service au cours de réunions, groupes de travail et staffs. Le psychologue est le garant de la prise en charge de la dimension psychique du patient en réanimation en concertation et collaboration avec l'ensemble des professionnels du service. Privilégier la présence de psychologue au sein des unités de réanimation semble répondre à la fois à des besoins des équipes soignantes et des familles en étant dans une position de tiers pour favoriser une bonne communication entre la famille, le patient et les soignants.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Clarke C, Harrison D (2001) The needs of children visiting an adult intensive care units: a review of the literature and recommendations for practice. *J Adv Nurs* 34:61–8
2. Halm M, Titler M (1990) Appropriateness of critical care visitation: perceptions of patients, families, nurses and physicians. *J Nurs Qual Assur* 5:25–37
3. Knutsson S, Otteberg C, Bergbom I (2007) Custodians' viewpoints and experiences from their child's visit to an ill or injured nearest being cared for at an adult intensive care unit. *J Clin Nurs* 15:1–10
4. Liu V, Read JL, Scruth E, Cheng E (2013) Visitation policies and practices in US ICUs. *Crit Care* 17:1–7
5. Anzoletti AB, Buja A, Bortolusso V, Zampieron A (2008) Access to intensive care units: a survey in North-East Italy. *Intensive Crit Care Nurs* 24:366–74
6. Giannini A, Miccinesi G, Leonano S (2008) Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. *Intensive Care Med* 34:1256–62
7. Blot F, Foubert A, Kervarrec C, et al (2007) Les enfants peuvent-ils venir visiter leurs parents hospitalisés en réanimation oncohématologique ? *Bull Cancer* 94:727–33
8. Aubert-Godard A (2007) Le psychologue et la fin de vie à l'hôpital. In: *Le psychologue à l'hôpital*. In Press p 199-215
9. Kipman SD (1981) L'enfant et les sortilèges de la maladie : fantasmes et réalité de l'enfant malade, des soignants et de sa famille. Éditions Stock, Laurence Pernoux, Paris
10. Landry-Datté N, Delaigue-Cosset MF (2001) Hôpital silence : parents malades, l'enfant et la vérité. Éditions Calmann-Lévy, Paris
11. Pierce B (1998) Children visiting in the adult ICU: a facilitated approach. *Crit Care Nurs* 18:85–90
12. Vandijck DM, Labeau SO, Geerinckx CE, et al (2010) An evaluation of family centered care services and organization of visiting policies in Belgian intensive care units: a multicenter survey. *Heart and Lung* 39:137–46
13. Spreen AE, Schuurmans MJ (2011) Visiting policies in the adult intensive care units: a complete survey of Dutch ICUs. *Intensive Crit Care Nurs* 27:27–30
14. Borges KM, Genaro LT, Monteiro MC (2010) Children visit to intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva* 22:300–4
15. Cook J, Dommergues JP (1993) L'enfant malade et le monde médical : dialogue entre familles et soignants. Éditions Syros, Enfance et société, Paris
16. Matthews-Simonton S (1984) La famille, son malade et le cancer. Éditions Desclée de Brouwer, Paris
17. Minjard R (2014) L'éveil de coma : approche psychanalytique. Collection Psychismes. Éditions Dunod, Paris
18. Ruzsniowski M (1999) Face à la maladie grave : patients, familles, soignants. Collection Santé Social. Éditions Dunod, Paris
19. Chahraoui K (2015) Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation. Collection Psychothérapies. Éditions Dunod, Paris
20. Vint PE (2005) An exploration of the support available to children who may wish to visit a critically adult in ITU. *Intensive Care Nurs* 21:149–59
21. Davidson JE, Powers K, Hedayat K, et al (2007) Clinical practice guidelines for support of the family in the patient centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force, 2004–2005. *Crit Care Med* 35:605–22
22. Prono E (2009) La prise en charge de la fratrie en service de réanimation pédiatrique. *Soins Pédiatrie/Puériculture* 247:1–47
23. Pinoël A (2015) L'accueil d'un enfant auprès d'un parent hospitalisé en réanimation. *La Revue de l'infirmière* 211:39–40
24. Ihlenfeld JT (2006) Should we allow children to visit ill parents in intensive care units? *Dimens Crit Care Nurs* 25:269–71
25. Miracle VA (2007) Should we allow children to visit ill parents in intensive care units? Your responses. *Dimens Crit Care Nurs* 26:187–90
26. Hanley JB, Piazza J (2012) A visit to the intensive cares unit: a family-centered culture change to facilitate pediatric visitation in an adult intensive care unit. *Crit Care Nurs Q* 35:113–22
27. Vries-van Hooff EM, de Kuijer C, van Galen T (2015) Guidance of children visiting in the adult intensive care by nurses. *Intensive Care Med Exp* 3:A724
28. Kean S (2010) Children and young people visiting an adult intensive care unit. *J Adv Nurs* 66:868–77