

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 2024

2024 TOU3 1527

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Albanie PAJOT

le 09 avril 2024

Le vécu de l'hospitalisation en pédopsychiatrie: une métasynthèse

Directeurs de thèse : Dr Benjamin NACCACHE, Dr Maya LEVRAT et Dr Lucie ROSENTHAL

JURY

Monsieur le Professeur	Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur	Jean-Philippe RAYNAUD	Assesseur
Monsieur le Docteur	Benjamin NACCACHE	Assesseur
Madame la Docteure	Maya LEVRAT	Assesseur
Madame la Docteure	Cécile EL MAGHRABI GARRIDO	Suppléant

**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine
2022-2023**

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LANG Thierry	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur SERRE Guy	

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie maxillo-faciale et cardiovasculaire
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

Professeurs Associés

M. ABBO Olivier
Mme BONGARD Vanina
M. BOUNES Vincent
Mme BOURNET Barbara
Mme CASPER Charlotte
M. CAVAINAC Etienne
M. CHAPUT Benoit
M. COGNARD Christophe
Mme CORRE Jill
Mme DALENC Florence
M. DE BONNECAZE Guillaume
M. DECRAMER Stéphane
Mme DUPRET-BORIES Agnès
M. EDOUARD Thomas
M. FAGUER Stanislas
Mme FARUCH BILFELD Marie
M. FRANCHITTO Nicolas
M. GARRIDO-STÔWHAS Ignacio
Mme GASCOIN Géraldine
M. GUIBERT Nicolas
M. GUILLEMINAULT Laurent
M. HERIN Fabrice
M. LAIREZ Olivier
M. LEANDRI Roger
M. LOPEZ Raphaël
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume
Mme MARTINEZ Alejandra
M. MARX Mathieu
M. MEYER Nicolas
Mme MOKRANE Fatima
Mme PASQUET Marlène
M. PIAU Antoine
M. PORTIER Guillaume
M. PUGNET Grégory
M. REINA Nicolas
M. RENAUDINEAU Yves
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline
Mme SAVAGNER Frédérique
M. SAVALL Frédéric
M. SILVA SIFONTES Stein
Mme SOMMET Agnès
M. TACK Ivan
Mme VAYSSE Charlotte
Mme VEZZOSI Delphine
M. YRONDI Antoine
M. YSEBAERT Loic

Chirurgie infantile
Epidémiologie, Santé publique
Médecine d'urgence
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Chirurgie plastique
Radiologie
Hématologie
Cancérologie
Anatomie
Pédiatrie
Oto-rhino-laryngologie
Pédiatrie
Néphrologie
Radiologie et imagerie médicale
Addictologie
Chirurgie Plastique
Pédiatrie
Pneumologie
Pneumologie
Médecine et santé au travail
Biophysique et médecine nucléaire
Biologie du dével. et de la reproduction
Anatomie
Maladies infectieuses, maladies tropicales
Gynécologie
Oto-rhino-laryngologie
Dermatologie
Radiologie et imagerie médicale
Pédiatrie
Médecine interne
Chirurgie Digestive
Médecine interne
Chirurgie orthopédique et traumatologique
Immunologie
Rhumatologie
Biochimie et biologie moléculaire
Médecine légale
Réanimation
Pharmacologie
Physiologie
Cancérologie
Endocrinologie
Psychiatrie
Hématologie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et biométrie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Christophe Arbus

Cher Professeur, vous me faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury et de juger ce travail. Je vous remercie pour toute la disponibilité et la bienveillance dont vous faites preuve à mon égard et à celui de mes co-internes. Votre implication pédagogique et votre ouverture sont d'une grande valeur pour tous ceux qui se destinent à la psychiatrie.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud

Cher Professeur, vous me faites un grand honneur en acceptant de siéger à ce jury de thèse. Vos enseignements, dès la première année de médecine, m'ont permis de découvrir la psychiatrie de l'enfant et l'adolescent et d'en faire un choix pour ce travail de thèse. Je vous remercie pour l'intérêt porté à ce travail. Veuillez recevoir le témoignage de mon respect et de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Benjamin Naccache

Cher Benjamin, tu as été mon phare dans la nuit et mon précieux soutien tout au long de la rédaction de cette thèse. Ta constante bienveillance et ton désir d'accompagner tes jeunes collègues dans ce rite de passage vers la profession de psychiatre ont profondément inspiré mon admiration. Cette réussite me doit beaucoup à ton influence, et je te suis sincèrement reconnaissante.

Madame la Docteure Cécile El Maghrabi Garrido

Ma très chère Cécile, quelle chance et quel bonheur d'avoir débuté mon internat à tes côtés, je n'aurai pu rêver mieux. Tu as su me parler de l'humain, de la vraie psychiatrie, de la clinique au plus près du patient. Tu m'as demandé d'écouter et d'accueillir leur parole. J'espère continuer d'une manière ou d'une autre à bénéficier de ton expérience toujours riche d'enseignements. J'espère aussi continuer à avoir de l'audace. Tu sais combien tu comptes pour moi, et combien je t'admire, avec toute mon amitié.

Madame la Docteure Maya Levrat

Chère Maya, sans toi ce projet de thèse n'aurait pas vu le jour. Je tiens à t'exprimer ma profonde gratitude pour avoir été une source d'inspiration pendant mon internat, par le fait que tu incarnes admirablement une cheffe de service qui ne cesse d'amener de la réflexion dans son équipe à la Clinique André Chaurand. Tu susciteras toujours mon écoute et mon profond respect.

Madame la Docteure Lucie Rosenthal

Merci de m'avoir fait découvrir la science qualitative, de m'avoir guidée au début de ce travail de thèse, et d'avoir accepté de le co-diriger. Je t'en suis très reconnaissante.

A mes chers et chères collègues de travail qui ont beaucoup compté:

A ma collègue de thèse Aubrée Soustras, merci d'avoir partagé ce beau projet de thèse avec moi. Il a d'autant plus de sens que nous avons eu la chance de voir toutes les deux évoluer des enfants hospitalisés à la clinique André Chaurand. Merci d'avoir travaillé à mes côtés, nous n'avons pas démerité, merci d'avoir partagé un peu de ton histoire avec moi, et merci pour ces cafés terrifiants les dimanches dans la tempête d'hiver de Chaurand.

A Aline Tonussi, merci pour ta douceur qui a ensoleillé tous les matins de mon stage à la clinique André Chaurand. Tu fais partie de ces gens qu'on n'oublie jamais.

A l'équipe de la Clinique André Chaurand, et aux enfants qui animent ses lieux.

Au Drs Clément Priol et Hélène De Brouwer, pour m'avoir permis d'avoir les yeux qui pétillent pour la psychiatrie.

A l'équipe de Lou Camin à Montauban pour leur humanité hors du commun.

Aux collègues et aux équipes de psychiatrie de Lavaur pour m'avoir tant appris, particulièrement à l'URPS Sainte-Anne.

A toute l'équipe du CSAPA Maurice DIDE, et particulièrement au Dr Nicolas NAVARRO qui est si justement apprécié par sa bienveillance et son aura formidable, et au Dr Johanna CHÂTELET pour son courage au quotidien auprès des patients, son précieux tutorat et sa bonne humeur communicative.

A l'équipe du secrétariat Ouest et de Pussin, mes gersois favoris:

Yolande et Véro, les plus formidables des secrétaires qui sont toujours dans mes pensées,

Céline et Audrey les plus chaleureuses et adorables des assistantes sociales,

Elena, Emil et Ionela pour m'avoir épaulé,

Toustes les IDE, psychologues, AS, et ASH de Pussin.

A Monsieur Fourdrinier Axel, mon professeur de philosophie de Terminale, pour m'avoir donné le goût des sciences humaines.

A mes chers et chères ami.es et amours, ma famille choisie:

A Aurélie Gral, mon amie, colocataire et cointerne,

On évolue côte à côte depuis le formidable été gersois 2021, de la meilleure des manières. Tu m'apprends tous les jours ce qu'est la profonde amitié, le soutien indéfectible, l'amour et la sororité. Je suis fière d'être ton amie, ta colocataire, la tata de Mushu, et mon petit doigt me dit qu'on va continuer à se côtoyer un très long moment. Je ne serai pas la femme que je suis aujourd'hui sans toi. Merci pour tous ces cafés que l'on prend comme un vieux couple le matin, merci pour tous nos fous rires, pour la fête haute en couleur, pour

nos partages de joies et de peines, merci d'essuyer mes larmes et de me laisser essuyer les tiennes. Vive toi et vive la liberté.

A Maxime Hue,

Burrito, oh combien tu as supporté mes sautes d'humeur et mes moments difficiles depuis que l'on se connaît. Tu as d'abord été là dans la fête et la folie de la Team Rocket, puis dans la tristesse et le retour à la réalité, et maintenant dans la joie de se projeter main dans la main dans une vie pleine de tendresse. J'admire ton courage et ta détermination dans ta reprise d'étude et dans la personne merveilleuse que tu es au quotidien. Merci de te déconstruire et d'être un allié des féministes que nous sommes. Merci d'être le formidable père de Grüt mon chaton adoré. Te quiero.

A Elise Durand, mon amie, colocataire et cointerne,

Ma douce fleur bleue, tu colores ma vie de nuances d'émotions, tantôt exaltantes, tantôt mélancoliques. Notre cohabitation est un voyage rempli de sensations, où se mêlent joies vertigineuses, peurs et colères. Tu es semblable à un petit oiseau que l'on souhaite chérir, bien que tes ailes soient indestructibles. Ton cheminement est une source d'admiration constante pour moi. Chaque jour, tu m'étonnes par ta croissance personnelle et par la profondeur de tes réflexions. Je te suis reconnaissant(e) d'embellir ma vie de ta présence et de partager avec moi ce précieux voyage.

A Laurent Legrigeois qui me soutient depuis la P2,

tu sais à quel point notre complicité a été, reste et restera forte. Merci pour tous nos souvenirs depuis presque huit ans, merci pour ton amour, ton amitié, ton soutien permanent, psychique, affectif, matériel et financier. Tu es un de mes piliers, je ne serai jamais arrivée jusqu'au bout sans toi. Vive toi, vive ton évolution personnelle et professionnelle, puisses tu rester dans ma vie, viou.

A Aubry Jobard Piedeloup et Gaëlle Roman mes tendres amis,

Ma tête de citrouille, merci d'entretenir notre solide amitié par ta générosité sans faille. Je sais que tu es

toujours là dans n'importe quelle galère, tu es notre Jerry des totally spies, mais aussi notre maître cuisinier lors des repas de famille choisie que l'on fait chez vous le dimanche. J'espère te garder bien ancré dans ma vie, gardons un œil l'un sur l'autre.

Gaëlle ma daronne, mon Roc, tu es celle que j'ai choisie pour faire le lien entre les gens que j'aime, ma confiance en toi est aveugle. You go girl, partageons nos vies de super meufs incroyables ensemble.

A Bastien Mingot, merci d'avoir le cœur sur la main et de prendre soin des autres.

A Estelle Lozano et Julia Manach, mes chères amies d'enfance,

Estelle ma besta depuis nos 11 ans, merci pour toutes nos folles aventures et pour le grain de folie que tu as laissé dans la tête de la personne que je suis devenue. J'aurais pu rédiger ce remerciement en occitan toi même tu sais, j'ai tant de souvenirs avec toi, que je n'oublierai jamais ô grand jamais. Nous sommes les beaufs que ce monde mérite, je te kiffe ma sœur, reste dans ma vie.

Julia ma reus du collège, ça fait maintenant plus de 10 ans qu'on a passé le bac et plus de 17 ans qu'on se connaît.. À toutes ces soirées passées à chanter, danser, rire, sur toutes les comédies musicales, tous les singles des années 2000. Merci pour ta joie, ton énergie solaire. Merci d'être aussi incroyable. J'admire la femme complète que tu es aujourd'hui, artiste, intelligente, drôle, sensible. Tu es toujours dans mon cœur (avec ZAC).

A Sylvie et Michel Manach, merci de m'avoir accueillie et accompagnée comme vous l'avez fait quand j'étais adolescente.

A Vincent Favier, merci de rendre Julia heureuse et merci de nous apporter tant de joie et de rire, je trouve qu'on ne se voit pas assez.

A Kevin Varanda Ramos, mon tendre ami, la vie n'a pas été facile dernièrement. Et pourtant, tu ne cesses de te relever et d'être inégalable. On ne t'arrive pas à la cheville, tu fais chavirer nos cœurs de tendresse. Un immense pardon pour ne pas t'avoir soutenu à la hauteur de ce que tu méritais.

A Marie Peltriaux, mon amie d'enfance, merci d'être un exemple de femme forte, merci de t'être relevée d'une épreuve si difficile. Tu es sincèrement la personne la plus bienveillante que je connaisse sur cette planète.

A Adel Amghar et Yasmine Mossazadeh, ma famille royale

Adel, comment écrire seulement quelques lignes sur un personnage si haut en couleur? Tu m'as toujours fait mourir de rire, on s'est plu, on a chanté, on a dansé, on a festoyé, on se soutient aujourd'hui et je suis fière de te compter parmi mes amis proches. Tu as parcouru un chemin personnel et professionnel incroyable et je te trouve formidable. Vive toi et vive les pharmaciens.

Yasmine ma queen de Paname, sache que tu nous manques terriblement. Tu transmets ta bonne humeur à quiconque te croise et tu as une personnalité hors du commun. On se connaît depuis 15 ans maintenant, la moitié de nos modestes vies, et on en a vécu des choses.. tu resteras ma colocataire de pyjama PACES préférée, ma co-visionneuse des reines du shopping, ma partenaire de galère des études.

A Sarah Sadeghi, la fille la plus intelligente de l'univers, bravo pour ton parcours, merci de faire partie de mes ami.es et merci d'avoir un rire si mignon. Tu es une formidable néphrologue et les patients ont une chance merveilleuse de te côtoyer.

A Vincent Pedrosa, pour nos parties de jeux de société intenses et bien sûr, pour épauler mon amie Sarah.

A Marion Colard, mon amie d'enfance, j'admire ton ambition, ton courage et ta ténacité. Je n'oublierai pas la folie de notre adolescence, le coca mentos et le projet X.

A Anya Attou, ma chère amie, je suis tellement heureuse de te connaître. Tu es la plus formidable des psychologues cliniciennes, toujours si juste, ambitieuse et douée. Tes analyses sont de l'or pour les psychiatres qui te côtoient. Tes tirades nocturnes sont de l'or pour moi. Merci de nourrir mes réflexions, de réchauffer mon coeur, de rire avec moi. Au futur qui nous attend.

A mes amis et co-internes, je vous estime et vous apprécie toustes beaucoup.

Malena, tu es une source d'inspiration pour de nombreux.ses internes dont je fais partie, tu es forte et douce, belle et brillante, ne nous perdons pas de vue.

Inès ma chère binôme du CSAPA Maurice DIDE, tu es une si belle personne, je suis heureuse de t'avoir enfin rencontrée.

Lise pour ta douceur à toute épreuve, j'ai hâte d'être près de toi au semestre prochain.

Chloé et Isabelle pour votre pétillant et vos petits coeurs tout mous.

Julien et Gabriella, les rayons de soleil de la promo de psychiatrie 2020.

Lisa, Hélène, Flora, pour nos après-midi studieuses en DU qui furent plus douces à vos côtés.

Celso et Paul, pour votre énergie et votre bienveillance à toutes épreuves.

Aliénor, j'espère avoir la chance d'apprendre à te connaître.

A MCB, merci d'avoir absorbé mes larmes avec votre moquette et de ne pas me laisser tomber.

A mes patients, qui m'ont tout appris.

A ma famille:

Mamie, mon soleil, merci de m'avoir élevée, de m'avoir appris à lire et à compter, de m'avoir chanté des chants basques, des berceuses et appris des fables. Tu sais que je ne suis pas prête pour ton départ. Je t'aime plus que tout.

Papi, pour avoir été l'homme que ma grand-mère a aimé.

A mes parents et mon frère si hauts en couleur,

Notre quatuor est gravé à tout jamais dans ma mémoire, depuis ma petite enfance en Thaïlande.

Maman, ta force de caractère et ta détermination sont exemplaires. Tu as vécu tellement de choses difficiles depuis petite, et pourtant tu te relèves toujours. Merci d'avoir supporté deux ados pas facile quand nous avons déménagé à Toulouse. Merci de m'avoir épaulée dans mes choix importants. Merci d'être présente aujourd'hui, merci de continuer à évoluer dans tes réflexions. Je t'aime.

Papa, merci de nous avoir apporté une richesse culturelle et intellectuelle qui nous a permis de rester ouverts d'esprits depuis tout petits. Merci d'avoir été un papa tendre, de m'avoir élevée en lisant du Maupassant et en écoutant du Bob Marley. Merci d'être présent aujourd'hui, je t'aime.

A Théophile Pajot,

Mon cher grand-frère, à travers les souvenirs de notre enfance passée ensemble, tu restes l'ancre solide qui relie mon passé à mon présent. Au-delà de tes compétences professionnelles, c'est ta tendresse et ton soutien inconditionnel envers notre famille qui me touchent le plus profondément. Tu es toujours là pour nos parents, apportant confort, sécurité et stabilité à leur vie. Ta présence me manque terriblement, mais je suis reconnaissante pour chaque moment précieux que nous avons partagé et pour les souvenirs que nous avons créés ensemble. Merci d'être la personne formidable que tu es.

A Maud, merci d'être si tendre et douce, ouverte d'esprit, ta chaleur humaine rayonne tout autour de toi. Je suis si heureuse de te connaître et j'aimerais te voir plus souvent.

A mes chatons Mushu et Grüt, qui m'émerveillent chaque jour.

« Quelle triste époque où il est plus facile de désintégrer un atome qu'un préjugé. »

Albert Einstein

“ Pour créer son paradis, il faut puiser dans son propre enfer personnel. ”

Frida Kahlo

“ Emancipate yourselves from mental slavery, none but ourselves can free our minds. ”

Bob Marley

SERMENT D'HIPPOCRATE

“ Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patient.e.s des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes consœurs et confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes, les femmes et mes confrères et consœurs m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j’y manque.”

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	6
SERMENT D'HIPPOCRATE	14
TABLE DES MATIÈRES	16
1. INTRODUCTION	17
2. MATERIEL ET METHODE	20
1. Collecte des données :	20
2. Critère d'inclusion et d'exclusion	22
3. Evaluation de la qualité	26
4. Analyse des données	27
3. RÉSULTATS	29
Thème 1. Anxiété de séparation et sensation d'emprisonnement : un enjeu de l'hospitalisation	29
L'institution comme objet de transfert	29
Préparation psychologique des enfants à l'admission en psychiatrie	29
Dépossession d'autonomie de l'enfant : entre contenance et manque d'intimité	30
Thème 2. Stigmatisation : le coût social de l'hospitalisation	31
Réduction de la souffrance psychique à des troubles du comportement dans l'imaginaire commun	31
De multiples stratégies pour faire face au regard des autres et se l'approprier	32
Thème 3. Évolution de l'enfant dans l'appréhension des soins	34
Compréhension du motif d'hospitalisation en fonction du stade de développement cognitif de l'enfant mais aussi de sa capacité à écouter et articuler les réponses des parents à ce sujet	34
Appréhension de la guérison en fonction du stade de développement de l'enfant au moment de l'hospitalisation	35
Evolution de la clinique et de l'introspection de l'enfant à travers l'expérience hospitalière	35
Compréhension progressive des rôles spécifiques des différents acteurs du soin au cours de l'hospitalisation, y compris de leur rôle de patients	36
Thème 4. Dynamique enfant-adulte, vers une meilleure communication	36
Incompréhension autour des notions d'interventions et d'objectifs thérapeutiques	36
Sensation de ne pas être toujours pris en compte par les soignants	37
Lutte de l'enfant contre une communication autour des vécus difficiles	37
Ouverture graduelle spontanée au fil de l'hospitalisation	38
L'art et les média comme voie.x d'accès à l'inconscient	38
4. DISCUSSION	39
Synthèse et interprétations des résultats	39
Limitations et points forts de l'étude	43
5. CONCLUSION	44
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
ANNEXES	54

1. INTRODUCTION

La santé mentale des enfants est une préoccupation majeure de santé publique puisque 10 à 20% des enfants et des adolescents dans le monde souffrent de troubles mentaux allant de l'anxiété et la dépression à des troubles plus graves. L'Europe de l'Ouest fait partie des zones les plus concernées (1).

Le développement de structures de soins ambulatoires sanitaires et médico-sociales dédiées à la pédopsychiatrie au cours des dernières décennies a amené de nombreuses études questionnant l'intérêt ou l'efficacité de l'hospitalisation en pédopsychiatrie (2, 3, 4). En effet, l'idée que les hôpitaux peuvent être stressants et psychologiquement préjudiciables pour les enfants a vu le jour avec les travaux de Forsyth en 1934 (5). Dans les décennies qui ont suivi, les travaux de recherche ont commencé à écouter la voix des enfants (6). Le rapport Platt (7), rédigé en 1959 pour le ministère britannique de la santé, a joué un rôle déterminant dans l'évolution de la manière dont les enfants devaient être traités à l'hôpital. Il a été déclenché après les observations effectuées pendant la seconde guerre mondiale via les travaux de Robertson (8), Miller et Winnicott (9). Ils montrent que les enfants, en particulier les nourrissons, ont une vie psychique et souffrent émotionnellement lorsqu'ils sont séparés de leurs figures d'attachement et privés de leur présence réconfortante. Des études sur le développement ont confirmé les travaux de Bowlby (9), montrant que les enfants qui passent de longues périodes à l'hôpital, étant séparés de leur famille et ne pouvant pas jouer, prennent du retard par rapport aux autres enfants de leur âge et sont plus enclins à développer des troubles du développement ou des troubles psychiatriques (10 à 14).

Avant cette époque, les hôpitaux étaient très différents de ce qu'ils sont aujourd'hui : les parents n'avaient qu'un accès limité pour visiter leurs enfants et il n'y avait que rarement des aires de jeux (15).

Ainsi de nombreux pays mettent l'accent sur l'accès à des services de santé mentale dans le cadre le moins restrictif possible, dans la communauté ou en ambulatoire (2). Ces services alternatifs peuvent empêcher les jeunes de développer une dépendance à l'égard de l'environnement hospitalier ou d'être stigmatisés. Ils peuvent faciliter le transfert de tout gain thérapeutique dans l'environnement quotidien du jeune, ce qui permet d'améliorer durablement leur état de santé (17) et que les résultats scolaires soient

moins gravement affectés (18). La France n'est pas une exception, puisque la pédopsychiatrie privilégie la prise en charge ambulatoire et considère l'hospitalisation comme un dernier recours.

Selon le rapport d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France du 4 avril 2017, 90 % de la file active est exclusivement suivie en ambulatoire (centres médico-psychologiques, centres thérapeutiques à temps partiel, consultations thérapeutiques de ville) (19). La Charte de l'enfant hospitalisé pointe dans la même direction : « 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 » (20).

Pourtant, la gravité de certains troubles psychiatriques et la complexité de certains parcours de vie ne permettent pas toujours une prise en charge ambulatoire. Les indications d'hospitalisation peuvent être discutées dans les formes sévères de psychopathologies, mais également lorsque les familles s'avèrent débordées ou souffrantes (21). Les unités d'hospitalisation pour enfants et adolescents continuent d'être largement utilisées pour les enfants qui ont besoin de services et de soins intensifs et permanents autour de l'enfant. Elles peuvent avoir pour fonction de contenir et contrôler un comportement extrême du jeune, de le séparer de son environnement et d'observer son fonctionnement au quotidien. Elle permet également de transférer la charge du soin de la famille ou du milieu de vie vers les professionnels du soin (23, 24). Les soins ne sont pas prodigués que par les traitements médicamenteux ni la thérapie, il s'agit aussi de soigner et de penser le milieu thérapeutique via la sécurité physique et psychologique, la structure (du temps, de l'espace, du groupe), le soutien (communication, intérêt pour l'enfant), l'autogestion (régulation émotionnelle, implication dans les soins) (25, 25b).

La demande d'hospitalisation d'un enfant est portée par le représentant légal, ou dans de rares cas, fixée par décision judiciaire. Cette décision s'impose donc à l'enfant, même si le médecin de l'unité se doit de lui délivrer des informations afin de « l'associer aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité » (23). Des études basées sur l'observation et l'entretien en Irlande et en Suède ont montré que les enfants étaient généralement satisfaits que les adultes décident des principaux aspects de leurs soins, mais qu'ils appréciaient d'être partie prenante de la prise de décision et, en particulier, de la manière dont les

traitements seront administrés (26, 27). Nous savons aujourd'hui, qu'au fur et à mesure que les enfants acquièrent des compétences dans des domaines de connaissance particuliers, ils peuvent passer du statut de novices à celui d'experts (28), comme en témoignent certaines théories du développement cognitif dans les années 1980 qui mettent l'accent sur le rôle de l'expérience (29, 30). Les attentes du patient, ses choix et ses préférences occupent une place grandissante dans les soins. Cette idée suppose de se tourner vers l'état de santé subjectif du patient et vers une médecine plus collaborative.

La prise en compte de l'expérience subjective à travers la recherche qualitative, est de plus en plus représentée au sein de la psychiatrie contemporaine, elle permet d'améliorer les connaissances, les services et l'accompagnement offert aux personnes (31). Or seulement quelques études qualitatives existent au sujet du vécu de l'hospitalisation en pédopsychiatrie par les enfants, hors adolescents (32 à 38), et il n'existe aucune revue de la littérature de type métasynthèse, à notre connaissance, qui propose d'analyser ou de résumer l'agrégation de ces données.

L'objectif de cette étude est de réaliser une métasynthèse des publications qualitatives existantes explorant le vécu des patients de 4 à 14 ans (exclus) hospitalisés en pédopsychiatrie. La voix des enfants est souvent perdue dans le milieu hospitalier et il semble important qu'elle soit entendue afin d'optimiser leurs soins, de repérer et d'atténuer les expériences de soins possiblement traumatisantes, et d'aider les cliniciens à faire évoluer leurs pratiques (39).

Cette synthèse pourrait également permettre de donner des pistes de compréhension de la réussite ou de l'échec des soins et d'aider ou de participer à la mise en place de programmes de soins adaptés (40).

2. MATERIEL ET METHODE

L'étude a été réalisée sous la forme d'une métasynthèse qualitative (41). Dans un premier temps, une recherche systématique a révélé que la littérature qualitative décrivant l'hospitalisation en pédopsychiatrie chez les enfants de moins de 14 ans était rare. Aucune des études que nous avons identifiées n'avait été synthétisée ou publiée dans une métasynthèse. Une métasynthèse qualitative peut être décrite comme une "intégration interprétative de résultats qualitatifs qui sont eux-mêmes des synthèses interprétatives de données" (42), autrement dit c'est une étude qualitative analysant les données des études qualitatives existantes sur un sujet donné. Nous cherchons grâce à cette méthode, à développer et à affiner les théories autour du vécu de l'hospitalisation en pédopsychiatrie par les enfants, tout en conservant le caractère unique de chaque étude individuelle (41). Elle permet de donner du sens à l'expérience du sujet en préservant la complexité du phénomène étudié (43). Proposée par Thomas et Harden (45), la synthèse thématique consiste à identifier des thèmes à partir des recherches initiales et les regrouper dans des catégories dominantes qui capturent similarités, différences et relations entre ces thèmes puis de générer des hypothèses sur le phénomène étudié et ainsi proposer des pistes ou des recommandations (46).

1. Collecte des données :

Après avoir défini la question de recherche, notre objectif est de retrouver toutes les études qualitatives pertinentes sur le sujet. Cette revue systématique de la littérature suivra les recommandations PRISMA (47). Après avoir effectué des recherches génériques sur internet (Google Scholar), on interroge les bases de données électroniques suivantes : Medline, PsycINFO, Sage Journals, Cochrane Library. Nous avons créé pour chaque base de données un algorithme de recherche à partir de termes thésaurus et de free-terms, construits à partir de notre revue préliminaire (Table1. Search strategy). On récupère ainsi l'ensemble des références auquel on ajoute les articles récupérés par une recherche « latérale » (ei : à partir des bibliographies des études retenues et de la fonction « related article » sur les bases de données). Après avoir éliminé les doublons, on effectue notre premier screening en excluant par lecture du titre et de

l'abstract les articles qui ne rencontrent pas nos critères d'inclusion en termes de méthodologie, sujet et participants. Les étapes seront documentées et rapportées au sein d'un diagramme de flux dans les résultats (Figure 1).

Database	Search strategy
Pubmed	Child (Mesh) OR Children (Title) OR Child (Title) AND Hospitals, psychiatric (Mesh) OR Hospitalization (Mesh) AND Understanding (Title) OR Conceptualization (Title) OR Conception (Title) OR Child, cognition (Mesh) OR Awareness (Mesh)
Sage journals	Children (Title) AND Psychiatric (Title) AND Hospitalization (Keyword) OR Experience (Keyword) OR Consumer's view (Keyword)
PsycINFO	Child (Title) AND Children (Title) AND Children (Keyword) OR Hospitalization (Keyword) AND Psychiatry (Keyword) AND Attitude to health (Keyword) AND Awareness (Keyword)
Cochrane	Children (Title Abstract Keywords) AND Psychiatry (Title Abstract Keywords) AND Hospitalization (Title Abstract Keywords) AND Understanding (Title Abstract Keywords) OR Experience (Title Abstract Keywords) (Word variations have been searched) – TOPICS: Mental Health
Limitations	Age 4 to 14 years old (excluded), English language, Peer reviewed studies

Tableau 1. Stratégie de recherche

2. Critère d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion :

- Etudes qualitatives concernant spécifiquement le vécu des patients de 4 à 14 ans (exclus) hospitalisés en pédopsychiatrie,
- Méthodes qualitatives avec des entretiens semi-structurés, pouvant être complétés par des dessins interprétés par les enfants,
- Méthodes qualitatives avec des données recueillies au moyen de questionnaires (QCM ou questions ouvertes sur l'hospitalisation), remplis par les enfants eux-mêmes ou aidés par leur infirmière référente s'ils ne savaient pas écrire, en utilisant leurs mots,
- Etudes qualitatives comprenant le vécu des enfants et celui des parents, en excluant de l'analyse thématique le vécu des parents seuls,
- Études publiées dans des revues indexées (Peer-Reviewed) pour garantir une certaine qualité et l'assurance de la prise en compte des considérations éthiques,
- Études publiées en anglais entre 1983 et 2023.

Critères d'exclusion :

- Études exclusivement quantitatives,
- Études non anglophones,
- Études comprenant le vécu des adolescents à partir de 14 ans,
- Études comportant exclusivement le vécu des parents seuls,
- Études trouvées dans la littérature grise (cf. supra).

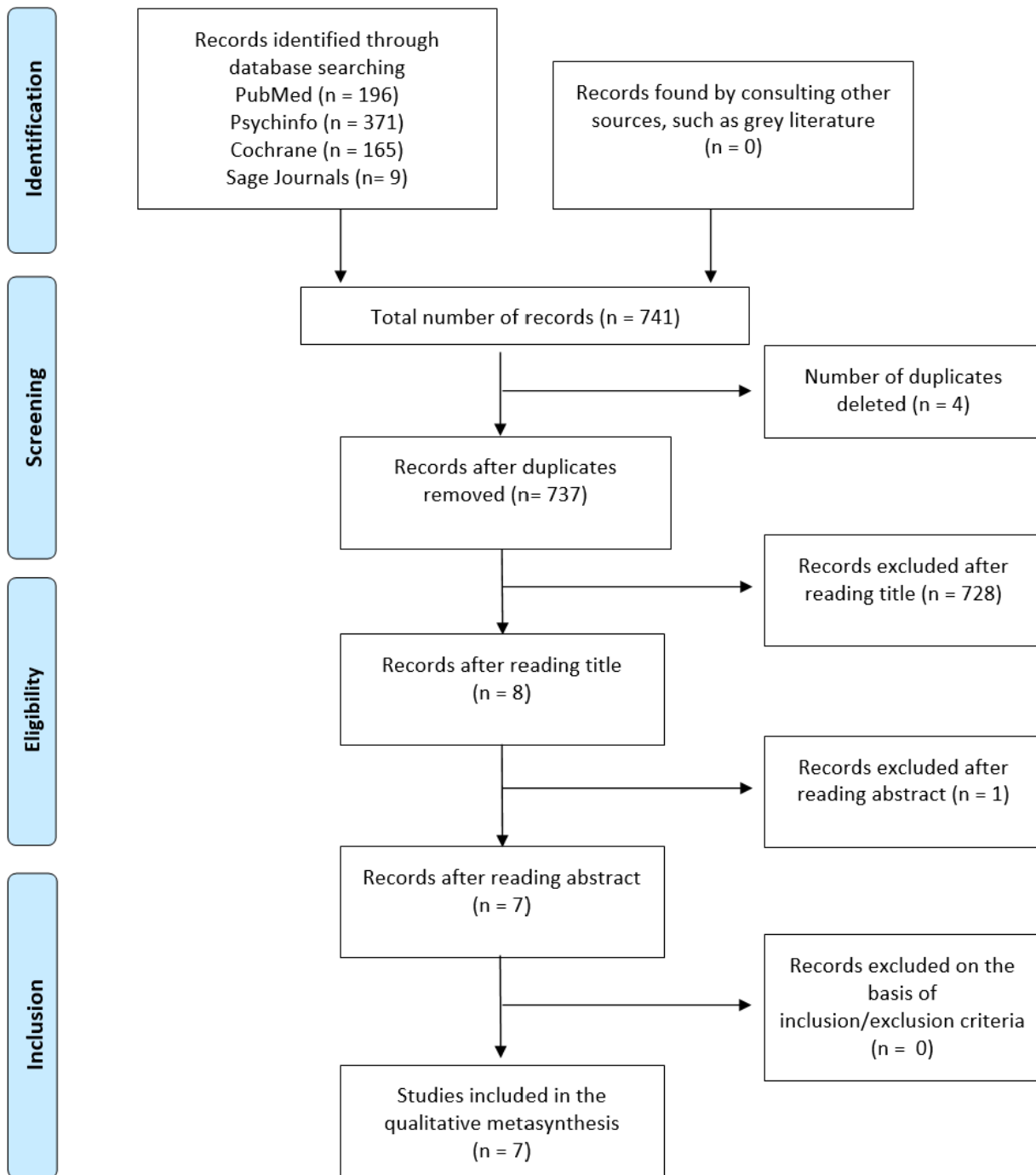


Figure 1. Diagramme de flux suivant les recommandations PRISMA

Included studies	Aim	Participants and setting	Design and analysis	Findings
Roth and Al. (1984) (USA)	To assess children's understanding and feelings over the course of psychiatric hospitalization about the nature of their illness and treatment.	20 children between 6 and 12 during their 1 st hospitalization which lasts between 60 and 90 days, from the children's unit of a university teaching hospital (the Children's Psychiatric Intensive Care Service of Western Psychiatric Institute and Clinic). All of the children were from lower class or middle-class families. Were excluded: children mentally retarded or with organic condition or a diagnosis of psychosis.	A mixed methods approach using interviews about "drawings of individuals who had an important influence on the hospitalization" at 6 different stages of the hospitalisation (before, during and after). The answers of the interview were scored to analyse the child's cognitive understanding of what professionals and children do in the hospital.	Children understanding of the roles of doctors and nurses increase through the hospitalization in their specific way (psychiatry), less stereotyped. Qualitatively, however, older children's understanding was more multidimensional and complex than younger children's understanding, which is a function of age, maturation, and experience.
Szajnborg, and Al. (1989) (USA)	To have a clearer understanding of how children conceptualize their psychiatric hospitalization and illness and whether they distinguish that understanding from parents and therapists.	22 children from 7 to 13, hospitalized at the New York Hospital-Cornell Medical Center, Westchester Division were interviewed after 6 to 7 weeks after admission, using semi structured interviews, videotaped. They were from lower to upper middle socioeconomic status.	Semi structured interview modelled after Piaget and Laurendeau and Pinard with a questionnaire, videotaped with the child's knowledge. Ratings of Videotaped Interview were done following Laurendeau and Pinard and Bibace and Walsh. The configuration of the response as a whole was used to categorize the child's answers.	Children's concepts of why they are hospitalized and what their problems are do not simply correlate with age, cognitive stage, or DSM-III diagnosis. Children could recite what adults had told them were the reasons for their hospitalization. Yet, the majority of these children believed there were other reasons why they were hospitalized. In fact, over half of these children believed they were being hospitalized for moralistic/punitive reasons.
Szajnborg and Al. (1996) (USA)	This current report is a continuation of a study (Szajnborg & Weiner, 1989) which assessed how children understood the psychiatric hospital's function and how they thought they could solve their problems. Here we focus on how children conceptualized treatment process and cure.	22 children from 7 to 13, hospitalized at the New York Hospital-Cornell Medical Center, Westchester Division were interviewed after six to seven weeks after admission, using semi structured interviews, videotaped. They were from lower to upper middle socioeconomic status.	Semi structured interview modelled after Piaget and Laurendeau and Pinard with a questionnaire, videotaped with the child's knowledge. Rating of Videotaped Interview were done. Rating of Concrete Operational Thought with the Bentler-Goldschmid Concept Assessment kit. Rating of Formal Operational Thought was administered. Rating of Videotaped Interview. With Bibace and Walsh's method.	The relationship between the child's definition of cure and conceptual age is not clear-cut. 9 children did not believe that there was a cure. The remaining 13 children gave 23 answers that were classified into 5 additional categories: behavioural reversal, internal change, being discharged, changing others, and idiosyncratic.
Bassin and Al. (1983) (USA)	To generate hypotheses about children's reactions to their psychiatric hospitalization utilizing their artwork and storytelling as the data base to help in the creation and evaluation of preadmission intervention and procedures.	12 children were interviewed, male and female, age 8 to 13. They were of Black or Hispanic ethnic background, from lower socioeconomic families. All the subjects were hospitalized 13 to 25 weeks in an inpatient unit of a psychiatric hospital with varied admitting diagnoses. The setting for this study was the children's unit of a large psychiatric facility in New York City.	Drawings and written narratives from storytelling and interview material of psychiatric hospitalized children. Drawings were used to facilitate projection of the children's feelings about psychiatric hospitalization. The 2 nd contact with the children took place a week after viewing "buddy and the monster", a 1975 psycho-educational film designed to help children identify and improve storytelling. 3 clinicians independently looked at the same data producing categories for content analysis.	These children, like their medically hospitalized counterparts, also expressed: - Anxiety over separation - Punishment and guilt - Institutional transference - Misperceptions and Fantasy Expectations Regarding Accidents, Bodily Injury and Harm/ insecurity, inferiority and Self-Degradation - Powerlessness/Abdication of Autonomy - Confinement / restriction - Flight-Fleeing: wishes to leave the hospital, have a day pass, run away

Tableau 2. Description des études incluses dans la méta-synthèse

<p>Hepper and Al. (2005) (UK)</p>	<p>To develop greater understanding about children's conceptualizations of an in-patient admission, in order to create recommendations about how children might be involved in treatment decisions in the context of in-patient admission.</p>	<p>The in-patient unit is a specialist provision in West London, which accepts referrals from local Child and Adolescent Mental Health Services of children aged 5-13, for the assessment and treatment of severe psychiatric and neurodevelopmental disorders.</p> <p>All children aged 8 years of age or over who were admitted during a 1-year recruitment period were considered eligible for the study: 18 Children (aged 8-13) admitted to an in-patient unit, were interviewed shortly after admission and before discharge.</p>	<p>Semi-structured interviews were conducted by a junior doctor working on the unit. He or she met with each child within 2 weeks of admission to complete the first semi-structured interview (phase I). The second (phase II) interview was undertaken shortly prior to discharge.</p> <p>To achieve this, transcripts were analysed using a thematic approach rooted in the tradition of interpretive phenomenological analysis.</p>	<p>Children understood the reason for admission to relate to gaining control over 'out of control' emotions and behaviours that they perceived, in many cases, as leading to rejection by family, school or peers. At admission, the children expected to be passive recipients of 'help', with staff 'taking charge'. They valued the experience of containment provided by the unit. By the end of admission, children's conceptualization of their role in 'getting better' had shifted to incorporate an increasing sense of their own agency. Being taught strategies for anger- or anxiety-management was particularly valued. However, children perceived themselves as excluded from goal setting.</p>
<p>Chesson, and Al. (1997) (UK)</p>	<p>To establish how both child and parent from the same family viewed psychiatric input, its functioning and effects, and whether they shared similar perceptions.</p>	<p>20 children from 5.6 to 13.5, with various psychiatric disorders, hospitalized from 6 to 67 weeks (mean range 27,8 weeks) in the Lowit unit in the north of Scotland, in the Royal Aberdeen Children Hospital. Children IQ score was measured with the Weschler Intelligence III for children: mean range 80-89.</p>	<p>Semi-structured interviews were conducted carried out together with a concurrent series of interviews with their parents.</p> <p>Prior to admission, 6 weeks after admission, and 2 to 4 weeks following discharge.</p> <p>Interviews were carried out by 3 author who had no clinical involvement with the children. They lasted 30 minutes for the children.</p> <p>In this metasynthesis, we will include data from interviews with children only.</p>	<p>A third of the children had not been informed by parents about admission, only two children saw the unit as a hospital and parents and children were not able to provide a clear reason for admission. Limited understanding of treatment and the work of multidisciplinary team was evident. A graduation emerged from younger/less intelligent children having a less accurate perception of reasons for inpatient stay to older/more intelligent children having one of greater accuracy.</p>
<p>Sorsa, and Al. (2006) (Finland)</p>	<p>To describe children's views on their own hospitalization at a child psychiatric ward. The research tasks are: (1) to describe the reasons for hospitalization and (2) to describe the care outcomes from the children's viewpoint and as experienced by them.</p>	<p>29 children, aged from 4 to 12, with various psychiatric disorders, hospitalized from one to 12 months and + at two different child psychiatric wards.</p> <p>The inclusion happened during one selected month in three separate years.</p>	<p>The participants of this study were asked about factors dealing with hospitalization. The data were collected by a questionnaire consisting of multiple choice and open-ended questions dealing with hospitalization. The children filled in the answers themselves, whilst others, who could not write, were helped by their primary nurse to fill in the form in the child's own words. The data were analysed using qualitative content analysis by the Atlas-ti 4.1. soft-ware program.</p>	<p>The children felt guilt, they experienced difficulties at home and at school, they recognized their own behaviour as a reason for hospitalization. After spending at least one month at the ward the children said they could handle better with homework, school, other children and in everyday life situations. The children felt unconfident about their relationships with other children, and they wished being helped more in the social relationships with others.</p>

Tableau 2. (suite)

3. Evaluation de la qualité

Ces dernières années ont vu l'inclusion de la recherche qualitative dans le mouvement des revues systématiques. En 2012, la Cochrane a mis en place un groupe « Cochrane Qualitative & Implementation Methods Group » (40) qui mène une réflexion sur la diffusion et l'incorporation des résultats qualitatifs (qualitative evidence synthesis) dans les revues systématiques. Il s'agit de donner à la recherche qualitative une place au sein de l'EBM (48). Pour cela, les résultats d'une métasynthèse doivent être crédibles et dignes de confiance, d'où la nécessité d'inclure une évaluation critique et transparente des études (49).

Il n'existe pas de consensus sur la nécessité de cette étape, sur comment évaluer la qualité et sur ces conséquences dans le processus de métasynthèse. Pour Thomas et Harden (45), évaluer la qualité permet d'éviter de dessiner des conclusions non fiables. A la différence d'une revue systématique d'essais où cette étape d'évaluation de la qualité cherche à exclure les mauvaises études sur lesquels on ne peut se fier, ici, en l'absence de consensus et de méthodes claires pour exclure des études qualitatives, nous choisissons de ne pas exclure d'études mais nous nous référons à la notion de « sensitivity analyses » proposée par Dixon-Woods et al. En 2006 (50). Parmi les nombreuses échelles existantes, nous utiliserons l'échelle CASP (45).

Criteria	Example	Quality assessment of studies (summary)		
		Met criterion	Partially met	Did not meet
Aims	Explicitly stated aims/objectives of research	7	0	0
Method	Appropriate use of qualitative methods	7	0	0
Research design	Justification of the specific research design	6	1	0
Sampling	Appropriate sampling strategy, description of recruitment, discussion around recruitment	4	3	0
Data collection	Appropriate description of data collection methods	4	3	0
Reflexivity	Critical examination of researcher's own role and potential bias in data collection and analysis	3	1	3
Ethical issues	Evidence of approval by an appropriate body	5	0	2
Data Analysis	Adequate and in-depth description of analysis process, sufficiently rigorous data analysis	6	1	0
Findings	Clear statement of the findings, discussion of evidence, credibility, integrity	7	0	0
Value of research	Contribution to existing knowledge, transferability	4	3	0

Tableau 3. Résumé de l'évaluation de la qualité selon les critères d'évaluation CASP

Nous n'excluons aucune étude au terme de cette évaluation mais nous faisons en sorte d'avoir un regard critique sur les résultats. Dans une méta-analyse il y a un risque de biais si l'on n'a pas retrouvé tous les essais à inclure, dans une métasynthèse, un risque similaire n'existe pas mais est remplacé par une interrogation sur la qualité de la synthèse. Ainsi, nous nous limiterons aux études publiées dans des revues peer-review indexées pour garantir une certaine qualité et l'assurance de la prise en compte des considérations éthiques. Nous présentons également les résultats de cette évaluation CASP dans un tableau (Table 3.).

Nous rédigerons cette métasynthèse sous la forme d'un article scientifique afin de promouvoir sa diffusion. Nous appliquons les critères de l'ENTREQ (51), une liste de 21 items, permettant d'assurer une transparence de l'article, pour aider les lecteurs à juger de la rigueur et de la crédibilité des résultats. Cependant, à l'instar du CASP pour les études qualitatives, elles améliorent surtout la qualité de l'article et non de la recherche. Il s'agit davantage de standardiser et d'améliorer la qualité du rapport écrit de la recherche plutôt que la conduite de la recherche en elle-même.

A.P. (Albanie Pajot) et B.N. (Benjamin Naccache) ont élaboré le protocole de recherche. A.P. a mené la collecte et l'analyse des données pour produire une première version du manuscrit. B.N. a supervisé A.P. pour assurer la triangulation des données et la convergence des perspectives sur les thèmes émergents. B.N. a également contribué à l'interprétation des résultats et révisé le manuscrit pour son contenu intellectuel. Tous les auteurs ont participé à la rédaction du manuscrit final et l'ont approuvé.

4. Analyse des données

Nous nous basons sur la méthode d'analyse proposée par Thomas et Harden (45) qui reprennent entièrement les parties rapportant des « résultats » des articles et les phrases de l'abstract évoquant les résultats, et nous examinerons la section « discussion » des études pour obtenir une compréhension plus approfondie du contexte des résultats (interprétations, mises en contexte, implications, recommandations). Nous utiliserons le logiciel Nvivo© v.12 afin de nous aider à analyser ces données. La synthèse thématique à

proprement parler s'effectue en 3 étapes : premièrement, un codage inductif ligne à ligne des données brutes qui consiste en l'émergence de catégories, deuxièmement une organisation de ces codes en thèmes descriptifs et enfin le développement de thèmes analytiques, c'est-à-dire un regroupement hiérarchique et structuré des codes selon leurs différences et leurs similitudes. Ils aboutissent à une synthèse descriptive des résultats, qui seront exposés dans un arbre thématique.

3. RÉSULTATS

Thème 1. Anxiété de séparation et sensation d'emprisonnement : un enjeu de l'hospitalisation

L'institution comme objet de transfert

Le transfert institutionnel, qui se réfère au processus par lequel les sentiments, les expériences et les dynamiques relationnelles d'une personne sont transférés d'une relation préexistante à une institution telle qu'un hôpital psychiatrique, est particulièrement explorée dans une des études à travers les dessins des enfants (32). Ces dessins (cf. Annexe) mettent en évidence l'importance symbolique du bâtiment hospitalier, représenté avec une grande taille et de nombreux détails (32). Les patients semblent développer une relation avec l'hôpital en tant qu'institution, et les chercheurs pensent que le transfert institutionnel tend à amplifier les distorsions émotionnelles déjà présentes chez l'enfant avant son admission à l'hôpital, comme la peur et l'anxiété. Ce processus semble particulièrement dommageable lorsque des sentiments négatifs sont transférés de la relation entre le patient et un parent (32).

Certains enfants hospitalisés en pédopsychiatrie expriment un sentiment de nostalgie pour leur domicile et aspirent à y retourner rapidement (32, 34, 38), tandis que d'autres associent leur rétablissement à un retour chez eux (35). Ils craignent d'être abandonnés par leurs pairs ou par le personnel médical lorsqu'ils partent, et redoutent d'être oubliés ou laissés pour compte s'ils y demeurent trop longtemps. Ces sentiments se reflètent également dans leurs récits imaginaires, où ils se représentent seuls et abandonnés (32, 38). Le déplacement soudain vers un environnement hospitalier inconnu pourrait donc facilement réactiver le vécu abandonnique (32, 44).

Préparation psychologique des enfants à l'admission en psychiatrie

Quelques enfants font leur entrée directement depuis les urgences, tandis que la plupart ont l'occasion de visiter l'unité avant leur admission (36), ce qui semble indispensable pour se familiariser avec

l'environnement inconnu de l'unité psychiatrique. La plupart des enfants pensent que c'est leur mère qui a suggéré leur admission en psychiatrie, certains évoquent leur psychologue ou psychiatre, et quelques-uns ne savent pas (36). De la même manière, ils disent manquer d'informations préalables sur les objectifs thérapeutiques et sur les traitements: *"of the few children who were able to recall the content of pre-admission discussions, there were no accounts of conversations about what treatment involved or what their treatment goals might be"* (37), ce qui pourrait être expliqué en se mettant à la portée de leur compréhension lors de la visite préalable de l'unité ou le jour de l'admission. En ce qui concerne les attentes concernant le personnel et les activités: certains enfants ne s'attendent pas à trouver de médecin ni d'infirmier dans l'unité, tandis que d'autres anticipent la présence d'enseignants plus que celle du personnel soignant (36). Quand ils sont interrogés sur leur futur emploi du temps en unité psychiatrique, les enfants évoquent une gamme d'idées, allant du jeu à l'école, mais beaucoup peinent à se projeter dans les activités à venir (37).

Dépossession d'autonomie de l'enfant : entre contenance et manque d'intimité

Les enfants hospitalisés expriment un sentiment de restriction et de confinement, comparant parfois l'hôpital à une prison: *"In addition, many stated that they thought the hospital was a prison and clearly many of their drawings of buildings looked less like the reality of the building they were housed in and more like cold and inaccessible structures"* (32). Ils ressentent une profonde impuissance, une immobilité et une passivité, se sentant paralysés par leur situation et le représentent parfois dans leurs dessins (Cf. Annexe) par des personnages paralysés ou immobilisés par des plâtres (32,36). Ils éprouvent le sentiment d'être contraints par les adultes, de ne pas avoir un contrôle total sur leurs soins ou leur guérison (32, 36). De plus, ils ressentent parfois le besoin de s'isoler ou de se protéger des soignants, qu'ils peuvent considérer comme une menace extérieure (37, 38).

La surveillance constante en milieu hospitalier présente un double aspect d'après les jeunes patients: elle assure une certaine contenance mais peut également être perçue comme contraignante. Cela leur procure un sentiment de sécurité et de protection (37). La surveillance constante peut les rassurer en sachant qu'il y a toujours quelqu'un à proximité pour répondre à leurs besoins et intervenir en cas de problème. Les

chercheurs avancent que la présence constante de professionnels de santé qui veillent sur eux peut renforcer le lien thérapeutique et favoriser un sentiment de soutien et d'accompagnement tout au long de leur séjour à l'hôpital (37).

Cette surveillance perpétuelle peut également susciter de l'exaspération chez les patients, qui expriment souvent le sentiment de ne pas avoir suffisamment d'intimité, e.g. *“You know, when you're here you can't have your own privacy at all”* (37, *Child O*). Cela entraîne souvent un souhait d'évasion et un désir de retourner chez soi se manifestant fréquemment à travers les créations artistiques des enfants hospitalisés. De nombreux dessins représentent le vol dans le ciel, avec des images de super-héros, de cerfs-volants, de vaisseaux spatiaux (Cf. Annexe) ou d'oiseaux. De même, la fuite est souvent évoquée à travers des dessins de camions, de limousines se dirigeant vers l'aéroport, ou de personnages en dehors du bâtiment hospitalier (32). Les enfants expriment leur désir de s'échapper de l'hôpital et envient ceux qui ont pu rentrer chez eux (32, 34, 38). Ils expriment également le souhait d'avoir des jours de congé de l'hôpital: *“the interview material was filled with wishes to leave the hospital, desires to have a day pass, desires to run away and comments about children who had already gone home”* (32).

Thème 2. Stigmatisation : le coût social de l'hospitalisation

Réduction de la souffrance psychique à des troubles du comportement dans l'imaginaire commun

Les enfants expliquent à partir d'une étude en particulier que la distinction entre la maladie mentale et les problèmes émotionnels se fait souvent dans la perspective collective en fonction de la déviation de leur comportement par rapport à la norme (37). Les comportements considérés comme inexplicables sont attribués à la maladie mentale, tandis que ceux qui peuvent être compris comme des réponses aux circonstances de la vie sont perçus comme de simples problèmes (37).

La perception de la maladie mentale varie selon l'attitude des pairs et les stéréotypes véhiculés par les médias, ce qui peut entraîner des étiquetages et des rumeurs dégradantes. Selon les jeunes patients, leurs

pairs peuvent douter de la légitimité de l'absence prolongée de l'école due à une maladie mentale, ce qui peut entraîner une perte de contrôle identitaire et une stigmatisation accrue. La non-observance du traitement peut également être influencée par la stigmatisation des pairs concernant la prise de médicaments, e.g., *“I said to Dr * that I didn't want to take it but he said it's good for you”. He would have liked to be able to explain the reason for his non-compliance, which was the stigma of being teased about taking a 'chill pill' at school* (37).

Certains enfants perçoivent même leur admission comme une forme de punition, associée à des comportements jugés inappropriés tels que l'agitation, l'énurésie, des actes de méchanceté ou de violence (32, 34, 36, 38), ou à une infériorité intellectuelle: *“One eight year-old thought he was hospitalized because e.g., “I am stupid and dumb” ”* (34). Les chercheurs soutiennent que ces perceptions sont souvent exacerbées par des difficultés familiales dont font part plusieurs enfants comme des problèmes relationnels ou un manque de capacité des parents à fournir des soins adéquats: *“Another child described his mother's illness as the reason for the mother not managing taking care of the child. Some children didn't have a home to return to, because of illness in the family or even death of a close family member”* (38). Les enfants relatent également des difficultés rencontrées dans l'environnement scolaire, telles que le harcèlement ou des difficultés d'adaptation en classe (32, 34, 38). En somme, ces diverses interprétations semblent alimenter un sentiment d'exclusion et de marginalisation, exacerbant ainsi l'auto dépréciation et un sentiment d'infériorité constaté dans plusieurs études: *“One child said that he feared he would fail in school because he was a dummy. Another child said he needed to be cared for and helped but he wasn't sure “the hospital would care about someone like me.””* (32).

De multiples stratégies pour faire face au regard des autres et se l'approprier

Les enfants hospitalisés en pédopsychiatrie déploient une gamme de stratégies ingénieuses pour contrer la stigmatisation de leurs pairs. Ils peuvent, par exemple, inverser les stéréotypes de la folie en symboles de puissance, en présentant les soignants comme des individus musclés nécessaires pour les maîtriser, une façade qui sert à dissiper les idées préconçues sur les soins psychiatriques: e.g., *“I kind of tell the truth, I say ‘they've got a padded room for when we go psycho and they shut us in so we can't hurt*

ourselves' [...] but I also told them that if we do hurt ourselves when we're put in there, they'll put us in a straight jacket. (Laugh) I told them that they have hidden cameras everywhere." (37). En outre, ils tentent de rendre l'hôpital psychiatrique attrayant en mettant en avant son équipement moderne, comme la télévision, la Playstation et le baby-foot, afin de changer la perception négative de leurs pairs: "*glamorizing the unit by emphasizing the 'cool' equipment available on the unit, such as the Playstation, wide screen TV, pool table, etc.*" (37). L'idée de normaliser l'unité en la faisant passer pour une école est également avancée, souvent indirectement véhiculée par les parents pour réduire le sentiment de marginalisation de leur enfant. En revêtant l'hôpital psychiatrique d'un voile de glamour, en le comparant à une émission de télé-réalité par la surveillance constante de l'unité, ils tentent de transformer les perceptions négatives en quelque chose de plus positif "*[...] by referring to the camera surveillance and comparing admission with being on a reality TV show such as Big Brother*" (37). De même, ils cherchent à préserver leur identité sociale en rendant la maladie mentale et le traitement "cool", et minimisent souvent leurs troubles en les qualifiant de simples "petits soucis". Enfin, ils décident souvent de ne partager leur hospitalisation qu'avec des amis de confiance, ceux qui peuvent les comprendre et les soutenir, afin de se protéger des jugements et de préserver leur réseau social (37).

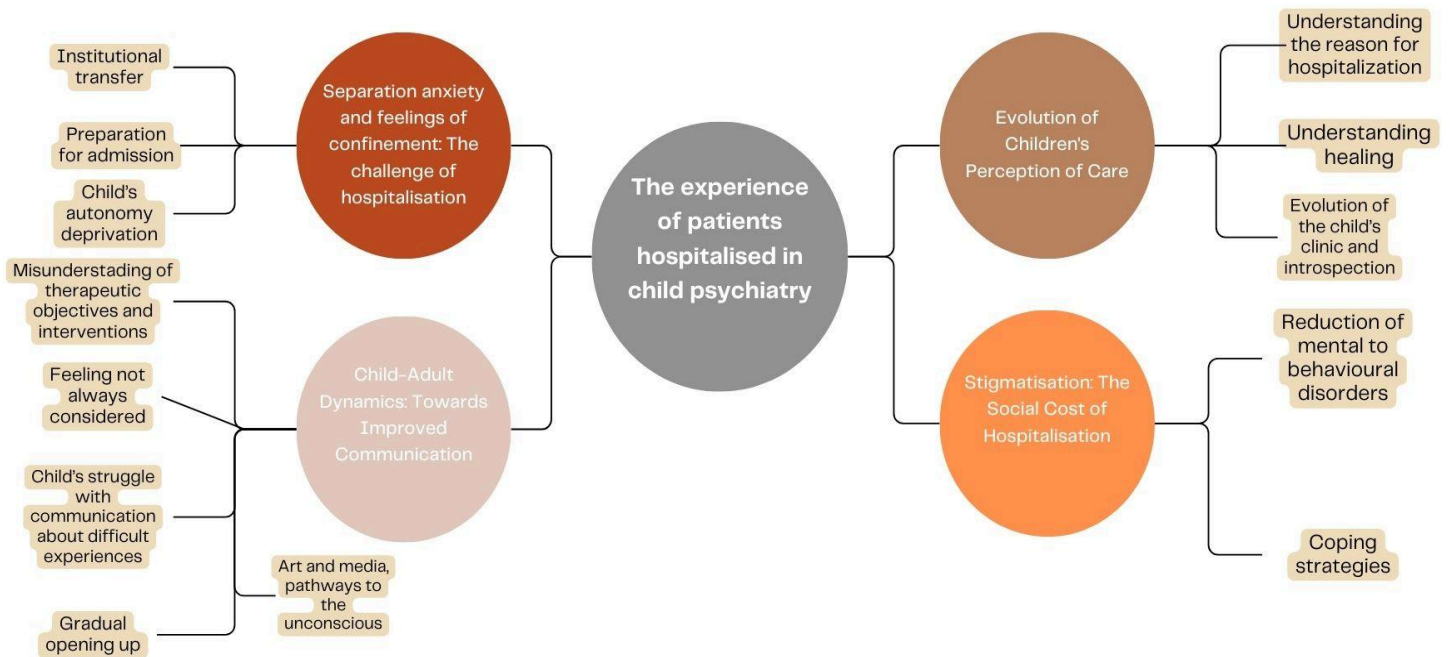


Figure 2. Résultats sous la forme d'un arbre thématique

Thème 3. Évolution de l'enfant dans l'appréhension des soins

Compréhension du motif d'hospitalisation en fonction du stade de développement cognitif de l'enfant mais aussi de sa capacité à écouter et articuler les réponses des parents à ce sujet

Dans un des articles, les chercheurs pointent qu'entre 2 et 7 ans les enfants peuvent comprendre l'hospitalisation comme une punition ou avoir des réponses idiosyncrasiques: e.g., « *I was hospitalized because of a lazy eye* » (36), ils n'ont pas encore acquis la pensée logique et concrète, et leurs réponses sont en général égocentriques, et n'ont de sens que pour eux. Ils peuvent penser que la maladie survient par contagion, comme par magie, et ils sont fortement influencés par leurs perceptions, étant donné que leurs

connaissances sont limitées (36). Entre 7 et 11 ans le motif d'hospitalisation donné par les enfants est à peu près correct mais simple. Les enfants ont acquis une pensée plus logique et répètent souvent ce qu'ils entendent de leurs parents: “ [...] *children could recite what he/she had learned over several weeks of stay in a psychiatric unit* ” (35). A partir de 11 ans la compréhension du motif d'hospitalisation serait plus juste et multifactorielle: e.g., “*because I'm not going to school, I'm going to the toilet a lot and I need relaxation and talk*”, “*to take the pressure off me, I couldn't cope with school, I took knives and I was hearing voices* ” (36).

Appréhension de la guérison en fonction du stade de développement de l'enfant au moment de l'hospitalisation

Dans ce même article, on constate qu'entre 2 et 7 ans, les réponses à la question "qu'est-ce que guérir?" reflètent souvent une pensée magique ou idiosyncrasique, propre à chaque enfant : par exemple, pour un enfant souffrant d'alopécie, cela signifie porter un chapeau (36), ou pour un autre enfant avoir un véhicule tout terrain (36). Entre 7 et 11 ans, les enfants pensent pouvoir guérir en adoptant des comportements opposés à ceux qu'ils avaient précédemment, comme ne pas mentir, ou bien agir. Ils peuvent également envisager la guérison en souhaitant des changements chez les autres, comme être aimé par les autres e.g. “*being liked by others*”, que ses parents arrêtent de l'insulter e.g. “*getting his family to stop calling him names*” ou être cru par les autres (36). A partir de 11 ans, les enfants pourraient envisager la guérison comme résultant d'un changement interne, tel que la capacité à contrôler leur frustration, à s'ouvrir aux autres ou à renforcer leur résilience émotionnelle: e.g., “ [...] *helped with changing my behavior* ” (35).

Evolution de la clinique et de l'introspection de l'enfant à travers l'expérience hospitalière

Un des articles met en avant que le regard des enfants sur la cause de leur hospitalisation en psychiatrie évolue au fil de l'hospitalisation (35). Plusieurs enfants interrogés rapportent que cette expérience a été un catalyseur positif dans plusieurs aspects de leur vie, notamment grâce à l'application de stratégies apprises comme aide à la gestion scolaire, sociale et environnementale. Tout d'abord, elle les a aidés à mieux gérer leur comportement en évitant les conflits en classe et en réduisant les débordements

émotionnels. Elle a amélioré leurs compétences relationnelles en leur apprenant à respecter l'opinion des autres: e.g., *“I decided to make my goal respecting other people’s opinions”* (37). Sur le plan scolaire et social, ils déclarent que l’hospitalisation leur a permis de mieux apprendre, de faire leurs devoirs, d'améliorer leur langage, de comprendre l'importance de l'amitié et de passer moins de temps seul. En outre, les enfants ajoutent que l'hospitalisation a facilité la gestion de leur vie quotidienne en établissant un cadre de vie structuré.

Compréhension progressive des rôles spécifiques des différents acteurs du soin au cours de l’hospitalisation, y compris de leur rôle de patients

À mesure que l'hospitalisation psychiatrique progresse, les chercheurs soulignent que les enfants développent une meilleure compréhension du rôle spécifique des professionnels de la santé mentale, ainsi que de la distinction entre un hôpital général et un établissement psychiatrique: *“children’s understanding of the role of doctors in the hospital increased significantly to include understanding of the doctor’s role in relationship to specific psychiatric or psychological treatment (e.g., “Doctors talk to you about your problems”)*” (33). Bien qu'ils aient une connaissance limitée du rôle des médecins en psychiatrie, les enfants saisissent pleinement le rôle des enseignants, étant donné qu'ils identifient clairement l'école au sein de l'unité hospitalière.

Thème 4. Dynamique enfant-adulte, vers une meilleure communication

Incompréhension autour des notions d’interventions et d’objectifs thérapeutiques

Il existe une incompréhension généralisée entourant les concepts d'interventions et d'objectifs thérapeutiques. Les enfants préfèrent souvent des récompenses immédiates et il est compliqué de se concentrer sur des résultats à long terme: *“The reason children gave for doing the goals was in order to get a prize or reward if you were seen to be working hard at doing the goal, rather than developing skills to*

manage their problems” (37). De plus, il est difficile pour beaucoup d'identifier les interventions thérapeutiques spécifiques ainsi que les traitements qui leur sont proposés, ce qui peut entraver le processus de traitement et de récupération.

Sensation de ne pas être toujours pris en compte par les soignants

Certains enfants expriment un sentiment de ne pas être écoutés dans les prises de décisions cliniques, se sentant incapables de partager ce qui leur importe vraiment: *“Child G echoed the feeling of not being able to talk about what really mattered to her”* (37). Ils regrettent de ne pas avoir eu l'opportunité d'expliquer au médecin les raisons de leur non-observance au traitement, et souhaiteraient parfois obtenir l'avis d'une personne extérieure à l'équipe médicale. Ils estiment que les infirmiers décident des objectifs thérapeutiques sans leur participation, et que leur ressenti n'est pas pris en compte avant l'instauration d'un traitement. De plus, ils perçoivent souvent l'admission comme précipitée, sans leur laisser le temps de réfléchir: *“several children reported feeling that the admission plans had been rushed through without giving them time to think about, or respond to, the proposed plan”* (37) et regrettent que le personnel médical ne les consulte pas sur les objectifs à travailler. Enfin, ils se sentent parfois réconfortés par des activités ludiques, mais estiment que cela occulte les véritables enjeux de leur hospitalisation: *“Rather, what they remembered was parents and professionals reassuring them ‘not to worry’ and telling them about the fun activities such as horse riding and swimming”* (37).

Lutte de l'enfant contre une communication autour des vécus difficiles

Une étude montre que le fait d'aborder en face à face le sujet de l'hospitalisation peut être compliqué pour l'enfant (37). Il arrive qu'ils résistent aux questions directes en changeant de sujet ou en se référant à des personnages de dessins animés pour se sentir moins vulnérables. Ils peuvent également avoir du mal à rester assis pendant les questions et peuvent même répondre au soignant que cela ne le concerne pas:

“Many found it impossible to sit still during the questioning. They often attempted to change the discussion to some other less threatening topic. When the interviewers attempted to elicit personal reactions rather than to pursue answers in the third person, the children would quickly redirect the conversation back to the projective drawing character. One child responded directly by politely telling the interviewer he didn't think his answers were any of her business.” (32)

Ouverture graduelle spontanée au fil de l'hospitalisation

Les chercheurs remarquent que les réponses des enfants deviennent plus élaborées et détaillées et que le nombre de sujets abordés spontanément augmente progressivement. Ils se sentent également de plus en plus à l'aise pour discuter des questions liées à leur hospitalisation. Ils décrivent un certain recul et une prise de conscience de leur propre comportement en étant immergés dans un environnement avec d'autres enfants ayant des troubles psychiques: e.g.,

“ Because before I came here I was always getting angry and beating the crap outa my door but when I came here and saw other children getting angry I saw it was quite pointless [...] cos you see it like from how your Mum or Dad would see you getting all upset.” (37)

L'art et les médias comme voie.x d'accès à l'inconscient

Les chercheurs mettent en avant l'utilisation de médias comme les dessins animés pour permettre aux enfants d'exprimer leurs pensées de manière plus spontanée et personnalisée en se référant aux personnages. À travers leurs dessins, les enfants semblent moins enclins à se protéger et à ériger des barrières émotionnelles. L'utilisation de l'art comme langage de l'inconscient offre une méthode d'investigation de l'intériorité des enfants en faisant tiers dans la dualité avec l'adulte. Le dessin, en particulier, permet aux enfants de raconter une histoire de manière moins intimidante que lors d'un entretien adulte-enfant:

“The Children’s own artwork served as a stimulus for storytelling, providing a less threatening object for the children to speak about. As unconscious material found a means of expression through symbolic images [...] there was less of a need for the children to resort to stultifying defenses.” (32)

Les chercheurs constatent qu’il offre un moyen pour les enfants de matérialiser leurs émotions, telles que la terreur ou la colère, de manière symbolique et moins passagère que les troubles du comportement. En exprimant leur monde intérieur à travers des images, les enfants seraient moins enclins à utiliser des mécanismes de défense. Il est donc suggéré d’explorer davantage le dessin comme outil de communication chez les enfants afin de mieux comprendre leur vécu et leurs ressentis.

4. DISCUSSION

L’objectif de cette étude était de décrire le vécu des enfants hospitalisés en service de psychiatrie. Sept études portant sur des enfants âgés de 4 à 14 ans ont été incluses.

Synthèse et interprétations des résultats

Les résultats de cette analyse qualitative mettent en lumière des enjeux majeurs qui ont été illustrés dans de précédentes études en pédiatrie (52) et en pédopsychiatrie (3), parmi lesquels la manière dont l’anxiété de séparation chez les enfants se reflète durant leur séjour en hôpital. De manière unanime, il ressort que les jeunes patients se sentent impuissants, contraints, emprisonnés, et que leurs liens avec des figures d’attachement antérieures sont réactivés. Dans son étude sur l’expérience de l’hospitalisation psychiatrique, J. L. Cohen (53) suggère que le modèle d’Herman (54) proposé en 1992 autour du trauma créé par la captivité pourrait s’appliquer à l’hospitalisation dans une unité psychiatrique. Cela peut engendrer un sentiment d’abandon lorsque les enfants sont séparés de leurs proches, que leurs camarades quittent l’hôpital, ou que le personnel soignant change de poste. Le traitement résidentiel, basé sur la stabilité du personnel soignant et du lieu, vise à restaurer ces relations d’attachement précoces (25, 25b). Toutefois, même si la volonté des soignants est de réinstaurer un cadre de vie sain, la soumission à des règles de vie, des horaires précis, la vie en communauté avec des pairs non choisis, ainsi que la surveillance constante sont autant

d'éléments non familiaux qui peuvent être vécus comme exposants ou intrusifs (53). Malheureusement, la question du stress lié à l'hôpital est souvent négligée dans les unités psychiatriques en raison de la tendance à se concentrer sur le stress lié à la maladie, au diagnostic ou à l'environnement familial (55).

Pour répondre à toutes ces craintes projetées sur l'hôpital, il est essentiel de préparer et rassurer les enfants en leur fournissant des informations claires et adaptées à leur niveau de compréhension (38, 70). Une approche consiste à s'assurer que les enfants puissent exprimer leurs craintes (70) lors des entretiens de préadmission et lors de la visite de l'unité. Il serait intéressant d'impliquer les parents dans ce processus (36), puisque qu'il est probable que les enfants de parents anxieux en rapport avec les soins sont en général plus préoccupés et s'agitent davantage (56). Lors de cette étape, il est important de s'assurer que l'on puisse aborder le cadre de vie, les interventions et objectifs thérapeutiques ainsi que les traitements. Plusieurs études ont démontré l'efficacité d'interventions pédagogiques en amont de l'hospitalisation en pédiatrie (70), sur le niveau d'anxiété anticipatoire des enfants et de leurs parents. En chirurgie par exemple, le visionnage de films mettant en situation d'autres enfants hospitalisés pourrait réduire davantage le stress préopératoire qu'une visite de pré-admission ou une visite au domicile d'un soignant (57, 58).

En écho avec le sentiment d'emprisonnement, les enfants peuvent imaginer qu'ils sont hospitalisés pour être punis de leurs comportements (32, 34, 36, 38). L'enfant sait qu'il risque d'être ostracisé par ses pairs en renvoyant une image dégradante de lui, véhiculée par les médias, la société, et souvent relayée par les proches. Dans une étude de Pescosolido et Al. de 2007 (60) interrogeant plus de 1300 adultes aux USA, 45 % imaginent que les enfants ayant des soins psychiatriques sont rejetés à l'école, et 43 % que la stigmatisation continue d'avoir des répercussions négatives à l'âge adulte. Plus d'un tiers s'attendent à ce que leurs parents subissent une auto-stigmatisation. La plupart des répondants croient que les médicaments psychiatriques affectent le développement (68 %), donnent aux enfants un effet "zombie" (53 %) et la plupart (86 %) croient que les médecins surmédiquent les enfants pour des problèmes comportementaux courants. Il est important de les aider à faire face à la stigmatisation en encourageant leurs stratégies afin d'anticiper le regard des autres et de se l'approprier, notamment pour préserver leur identité sociale (37).

Les parents, également touchés par la stigmatisation associée à leur enfant (60, 61, 62) ont tendance à présenter l'hospitalisation comme une sorte "d'école spécialisée" (37), ce qui vient renforcer l'idée d'un tabou autour de la psychiatrie. La récente étude de Telesia et Al. (22) indique que les personnes associées à un individu stigmatisé, telles que les amis et la famille, connaissent le "stigmatisme associatif". Lorsque ce stigmatisme secondaire est intériorisé, il est connu sous le nom de "stigmatisme affilié". En les impliquant davantage dans le processus de prise en charge, ils pourraient acquérir des ressources pour améliorer l'expérience de l'hospitalisation, bénéfiques pour leurs enfants et eux-mêmes, de manière indirecte. En effet, l'augmentation de la compétence parentale perçue par les parents eux-mêmes atténue leur sentiment de stigmatisation (63, 64), ce qui favorise leur implication dans les soins, engendrant un cercle vertueux (65).

La compréhension du motif d'hospitalisation et la perception de la guérison chez les enfants évoluent en fonction de leur stade de développement et de leur capacité à écouter et à articuler les réponses des adultes. Les enfants commencent par apprendre à réciter les propos des adultes, puis développent leur esprit critique pour devenir des interprètes compétents du monde qui les entoure (36). De fait, Carson et Al. (1992) avaient démontré que le développement cognitif était un facteur important pour anticiper l'hospitalisation. Les enfants plus vieux seront plus en mesure de conceptualiser la maladie ce qui facilitera une meilleure adaptation à l'hospitalisation (59). Les habiletés cognitives permettent de mieux maîtriser la peur et la perception des stressors liés à l'environnement hospitalier (3). Les chercheurs émettent l'hypothèse que l'hospitalisation peut favoriser la transition des enfants vers un stade développemental plus élevé: selon la théorie de Cicchetti et Toth en 1992, une expérience cruciale à un moment critique favoriserait le passage vers un stade de développement cognitif ultérieur (66). Bien que guidés par les adultes, les enfants aspirent à être pleinement impliqués dans leur prise en charge pour en devenir acteurs. Leur proposer d'atteindre les objectifs thérapeutiques à leur manière, en utilisant les moyens qu'ils ont envisagés, pourrait être une approche bénéfique. Discuter d'objectifs hebdomadaires, favorisant la compréhension des perspectives et l'obtention de récompenses immédiates, pourrait motiver davantage les enfants (37).

Au fil de leur séjour à l'hôpital, les enfants s'ouvrent progressivement, se sentant moins vulnérables et plus à l'aise avec les soignants (32). Cette évolution est favorisée par l'établissement d'une relation de

confiance et par le fait d'être entourés de pairs en difficulté, ce qui leur permet de prendre du recul (37). Pour contourner leurs stratégies de défenses émotionnelles, la création de supports ludiques tels que des cahiers afin d'aborder les problèmes émotionnels de manière détournée, l'utilisation de ressources comme des livrets et des vidéos pour soutenir mutuellement leurs expériences, et l'adoption de techniques d'entretien adaptées centrées sur les actions et les événements plutôt que sur des concepts abstraits sont suggérées dans plusieurs études (37, 67). Nous supposons à travers cette métasynthèse que l'utilisation de l'art ou des médias comme intermédiaires dans la relation thérapeutique aide à abaisser les barrières communicationnelles et à accéder au monde intérieur des enfants (32, 36). Leitch montre en 2008 que les histoires et les récits de l'expérience des enfants sont rendus plus facilement accessibles par l'utilisation de la création d'images visuelles que par des méthodes d'investigation orientées verbalement. Les dessins ont le potentiel de les aider à narrer des aspects de leur expérience vécue consciemment ainsi que de découvrir les récits non reconnus, non avoués ou "inexprimables" qu'ils détiennent (68). L'art utilisé comme thérapie peut aussi aider les enfants à réduire leur colère et améliorer leur estime de soi (16).

Évidemment, le choix d'outils méthodologiques appropriés dépend de la question de recherche en cours. Cependant, les méthodes visuelles, et surtout les méthodes de dessin, sont particulièrement utiles lorsqu'il s'agit d'investiguer des pratiques telles que les soins. Dans une étude de 2013, Elden S. (67) fait l'interprétation sociologique d'une méthode mixte avec une première étape "draw your day" utilisant la séparation d'une feuille en 4 cases pour que l'enfant dessine sa journée, ainsi qu'un cercle de proximité dans lequel il doit placer les gens qui prennent soin de lui et/ou qui sont importants pour lui. Cette méthode mixte invite l'enfant à la réflexion, notamment autour de ses relations (Cf. Annexes). Naturellement, l'analyse sociologique de dessins ne peut jamais être séparée de la conversation, sinon elle perdrait de son sens.

En combinant les observations sur le rôle bénéfique de l'art et des médias dans la relation thérapeutique avec la lutte des enfants contre la stigmatisation, il pourrait être utile de développer un outil visuel et ludique comme un livre ou une bande-dessinée sur le thème de "l'hospitalisation en psychiatrie des enfants". Cela pourrait leur permettre de se projeter plus sereinement dans leur hospitalisation, mais

également de se réapproprier leur expérience et de partager un récit qui contribue à désamorcer ce sujet délicat avec leurs pairs.

Limitations et points forts de l'étude

Peu d'études ont été réalisées pour explorer la façon dont les enfants vivent les soins psychiatriques (69) et comment ils perçoivent la qualité de ces soins, surtout en hospitalisation. Malgré une recherche bibliographique exhaustive, le peu de données qualitatives existantes et leur ancienneté représentent une des limitations de notre analyse. Cependant cela nous a donné l'occasion d'effectuer une analyse approfondie du verbatim. Le temps d'hospitalisation long (au minimum un mois) est également un atout pour explorer le vécu des enfants en hospitalisation.

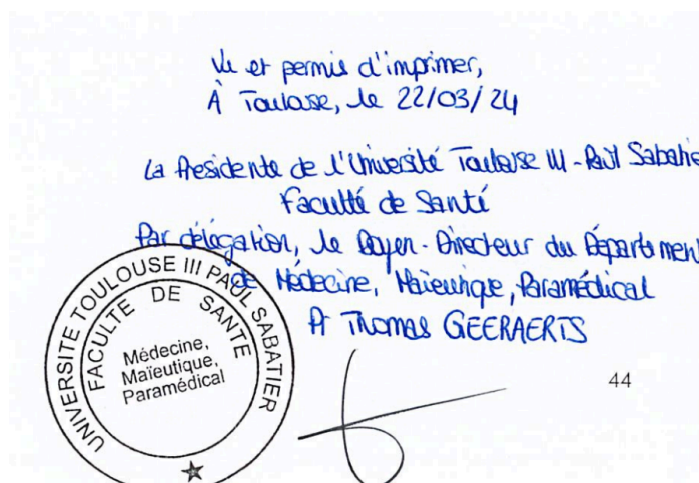
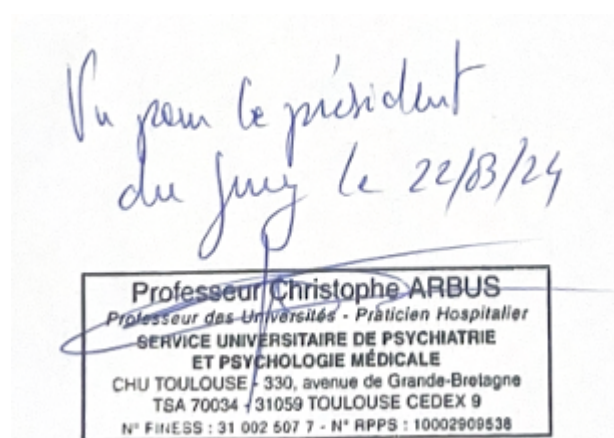
Enfin, la dernière limite de cette étude est la comparaison des différents vécus qui est rendue difficile par le large éventail d'âges et de causes d'admission, par exemple, la différence psychologique entre les enfants d'âge préscolaire (4-5 ans) et les enfants prépubères (12-13 ans) est conséquente. Cela laisse penser qu'il est nécessaire de réaliser des études plus ciblées en prenant en compte les différents stades de développement des patients avant d'analyser leur vécu de l'hospitalisation.

5. CONCLUSION

Notre étude a identifié et décrit la manière dont les enfants de 4 à 14 ans font face à l'expérience de l'hospitalisation en psychiatrie. Les défis les plus importants semblent être de faire face à leurs nombreuses craintes comme celle de l'inconnu, de se livrer aux soignants, d'être abandonnés ou stigmatisés. Ils mettent en place de nombreuses stratégies, aidés des professionnels de la santé pour parvenir à dépasser leurs inquiétudes. Pour les adultes, cela nécessite des compétences en matière de communication et une connaissance du développement psychologique de l'enfant, qui évolue au cours de l'hospitalisation.

Les soignants doivent s'efforcer de créer un environnement de sécurité émotionnelle, de responsabilisation et de connexion sociale. Les recherches futures devraient se pencher davantage sur les moyens de mettre en confiance l'enfant et de construire une alliance solide pour travailler plus aisément sur les objectifs thérapeutiques. Faire participer les parents, qui sont en général les figures d'attachement principales, ainsi que les enfants eux-même, permettrait de rendre les familles actrices du mieux être des patients. L'art et l'utilisation de média sont des sources inépuisables d'échange et de travail thérapeutique auprès des enfants, qui se sentent moins menacés à l'aide de ce tiers dans la relation, et qui peuvent exprimer leurs positions changeantes et différentes de celles des adultes.

La création de ressources pédagogiques autour de l'hospitalisation en psychiatrie chez l'enfant serait idéale pour compléter leurs stratégies de défenses contre le regard des autres, formatés par la société. De nombreux sujets complémentaires au vécu de l'hospitalisation en pédopsychiatrie comme la collaboration entre les parents et les soignants, le travail en équipe multidisciplinaire, le travail du milieu thérapeutique, pourraient être soulevés dans de futures études qualitatives.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(1) UNICEF (2021). On my mind : Promoting, protecting and caring for children's mental health. UNICEF.

(2) Shepperd, S., Doll, H., Gowers, S., James, A., Fazel, M., Fitzpatrick, R., & Pollock, J. (2009).

Alternatives to inpatient mental health care for children and young people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD006410. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006410.pub2>

(3) Causey, D. L., McKay, M., Rosenthal, C., & Darnell, C. (1998). Assessment of hospital-related stress in children and adolescents admitted to a psychiatric inpatient unit. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing: Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 11(4), 135-145. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.1998.tb00029.x>

(4) Branik, E. (2001). [Dangers and possible negative effects of inpatient child and adolescent psychiatric treatments—Recognition and prevention]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, 372-382.

(5) Forsyth, D. (1934). PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF BODILY ILLNESS IN CHILDREN. *The Lancet*, 224(5784), 15-18. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)90088-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)90088-6)

(6) Biering, P., & Jensen, V. H. (2010). The Concept of Patient Satisfaction in Adolescent Psychiatric Care : A Qualitative Study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(3), 143-150. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00236.x>

(7) Great Britain. Ministry of Health, & Platt, H. (1959). Welfare of children in hospital. HMSO. <http://archive.org/details/op1266065-1001>

(8) Robertson, J. (1958a). Children in hospital. Letter to the editor. *The Lancet*, November 8, 1018.

- (9) Bowlby, J., Miller, E., & Winnicott, D. W. (1939). Evacuation of Small Children. *British Medical Journal*, 2(4119), 1202-1203.
- (10) Spitz RA. Hospitalism. *The Psychoanalytic Study of the Child*. 1945;1(1):53-74.
<http://doi:10.1080/00797308.1945.11823126>
- (11) Nagera, H. (1978). Children's reactions to hospitalization and illness. *Child Psychiatry and Human Development*, 9(1), 3-19. <https://doi.org/10.1007/BF01463215>
- (12) Rokach, A. (2016). Psychological, emotional and physical experiences of hospitalized children. *Clinical Case Reports and Reviews*, 2. <https://doi.org/10.15761/CCRR.1000227>
- (13) Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care: For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 10(4), 326-336.
<https://doi.org/10.1177/1367493506067884>
- (14) Silva, V. L. S. D., França, G. V. A. D., Munhoz, T. N., Santos, I. S., Barros, A. J. D., Barros, F. C., & Matijasevich, A. (2018). Hospitalization in the first years of life and development of psychiatric disorders at age 6 and 11 : A birth cohort study in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(5).
<https://doi.org/10.1590/0102-311x00064517>
- (15) Van der Horst, F. C. P., & van der Veer, R. (2009). Changing attitudes towards the care of children in hospital : A new assessment of the influence of the work of Bowlby and Robertson in the UK, 1940-1970. *Attachment & Human Development*, 11(2), 119-142. <https://doi.org/10.1080/14616730802503655>
- (16) Alavinezhad, R., Mousavi, M., & Sohrabi, N. (2014). Effects of Art Therapy on Anger and Self-esteem in Aggressive Children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 113, 111-117.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.016>

- (17) Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(3), 276-282. <https://doi.org/10.1097/00004583-200403000-00008>
- (18) Milin, R., Coupland, K., Walker, S., & Fisher-Bloom, E. (2000). Outcome and follow-up study of an adolescent psychiatric day treatment school program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(3), 320-328. <https://doi.org/10.1097/00004583-200003000-00014>
- (19) Alain MILON, Michel AMIEL, & Sénateurs. (2017). Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France (Rapport d'information N° 494; p. 547). Sénat.
- (20) Haut Comité de Santé Publique. (1992). Stratégie pour une politique de santé - Rapport au Ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire (p. 109) [Propositions préalables à la définition de priorités]. HSCP.
- (21) Ouvry, O., & Basquin, M. (1992). L'hospitalisation est-elle une passe? : De l'accueil au traitement de l'adolescent: Passages et transmissions. *Neuropsychiatrie De L'enfance Et De L'adolescence*, 40(11-12), 613-616.
- (22) Telesia, L., Kaushik, A., & Kyriakopoulos, M. (2020). The role of stigma in children and adolescents with mental health difficulties. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 571-576. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000644>
- (23) Chapitre Ier : De l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant Article 371-1—Code civil—Légifrance. (s. d.).
- (24) Euillet, S. (2010). Les enfants face à la séparation : Une affaire de reconstruction. *Le Journal des psychologues*, 277(4), 46-49. <https://doi.org/10.3917/jdp.277.0046>

- (25) Delaney, K. R. (1992). Nursing in child psychiatric milieus : Part I: What nurses do. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(1), 10-14.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.1992.tb00106.x>
- (25 b) Delaney, K. R. (2017). Nursing in child psychiatric milieus : What nurses do: An update. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing: Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 30(4), 201-208. <https://doi.org/10.1111/jcap.12204>
- (26) Coyne, I., Amory, A., Kiernan, G., & Gibson, F. (2014). Children's participation in shared decision-making : Children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 18(3), 273-280. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.01.006>
- (27) Quaye, A. A., Castor, C., Coyne, I., Söderbäck, M., & Hallström, I. K. (2021). How are children's best interests expressed during their hospital visit?-An observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23-24), 3644-3656. <https://doi.org/10.1111/jocn.15886>
- (28) Ireland, L., & Holloway, I. (1996). Qualitative Health Research with Children. *Children & Society*, 10(2), 155-164. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.1996.tb00465.x>
- (29) *Conceptual Change In Childhood*. (s. d.). MIT Press. Consulté 16 juillet 2023, à l'adresse <https://mitpress.mit.edu/9780262530736/conceptual-change-in-childhood/>
- (30) Keil, F. C. (1989). *Concepts, kinds, and cognitive development* (p. xv, 328). The MIT Press.
- (31) Sibeoni, J. (s. d.). L'apport des méthodes qualitatives dans la recherche sur les soins en psychiatrie de l'adolescent. 250.
- (32) Bassin, D. I., Wolfe, K. M., & Thier, A. (1983). Children's reactions to psychiatric hospitalization : Drawings and storytelling as a database. *The Arts in Psychotherapy*, 10(1), 33-44.
[https://doi.org/10.1016/0197-4556\(83\)90016-3](https://doi.org/10.1016/0197-4556(83)90016-3)

- (33) Ellen A. Roth & Loren H. Roth. (1984). Children's understanding of psychiatric hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 141(9), 1066-1070. <https://doi.org/10.1176/ajp.141.9.1066>
- (34) Szajnborg, N. M., & Weiner, A. (1989). Children's conceptualization of their own psychiatric illness and hospitalization. *Child Psychiatry & Human Development*, 20(2), 87-97. <https://doi.org/10.1007/BF00711656>
- (35) Szajnborg, N. M., & Weiner, A. (1996). The child's conception of psychiatric cure. *Child Psychiatry and Human Development*, 26(4), 247-254. <https://doi.org/10.1007/BF02353241>
- (36) Chesson, R., Harding, L., Hart, C., & O'Loughlin, V. (1997). Do Parents and Children have Common Perceptions of Admission, Treatment and Outcome in a Child Psychiatric Unit? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2(2), 251-270. <https://doi.org/10.1177/1359104597022006>
- (37) Hepper, F., Weaver, T., & Rose, G. (2005). Children's Understanding of a Psychiatric In-patient Admission. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(4), 557-573. <https://doi.org/10.1177/1359104505056318>
- (38) Sorsa, M., Ranta, T., Hartikainen, A.-L., & Paavilainen, E. (2006). Children's Views on Their Own Hospitalization at a Child Psychiatric Ward. *Nordic Journal of Nursing Research*, 26(3), 14-23. <https://doi.org/10.1177/010740830602600304>
- (39) Wood, D. (2022). Children's experiences of hospitalization over time : An evaluation of using poetry and creative writing by children to assess their experiences of hospitalization. *Patient Experience Journal*, 9(3), 55-61. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1688>
- (40) Hannes, K., & Lockwood, C. (2012). Synthesizing Qualitative Research : Choosing the Right Approach. <https://doi.org/10.1002/9781119959847>
- (41) Finlayson, K., & Dixon, A. (2008). Qualitative meta-synthesis : A guide for the novice. *Nurse researcher*, 15, 59-71. <https://doi.org/10.7748/nr2008.01.15.2.59.c6330>

- (42) Ludvigsen, M. S., Hall, E. O. C., Meyer, G., Fegran, L., Aagaard, H., & Uhrenfeldt, L. (2016). Using Sandelowski and Barroso's Meta-Synthesis Method in Advancing Qualitative Evidence. *Qualitative Health Research*, 26(3), 320-329. <https://doi.org/10.1177/1049732315576493>
- (43) Whitley, R., & Crawford, M. (2005). Qualitative research in psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 50(2), 108-114. <https://doi.org/10.1177/070674370505000206>
- (44) Cohen, Y. (2000). [Attachment theory as the basic principle for understanding psychopathological development and inpatient treatment]. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 49(7), 511-521.
- (45) Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- (46) Introduction to Qualitative Evidence Synthesis. (s. d.). The Arnold P. Gold Foundation. <https://www.gold-foundation.org/programs/research/mtl/introduction-qualitative-evidence-synthesis/>
- (47) Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & for the PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses : The PRISMA statement. *BMJ*, 339(jul 21), b2535-b2535. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>
- (48) Carroll, C. (2017). Qualitative evidence synthesis to improve implementation of clinical guidelines. *BMJ*, 356, j80. <https://doi.org/10.1136/bmj.j80>
- (49) McInnes, E., & Wimpenny, P. (2008). Using Qualitative Assessment and Review Instrument software to synthesize studies on older people's views and experiences of falls prevention. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6(3), 337-344. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2008.00104.x>
- (50) Prompts for assessing quality in primary research (Dixon-Woods et al.... (s. d.). https://www.researchgate.net/figure/Prompts-for-assessing-quality-in-primary-research-Dixon-Woods-et-al-2004-p-224_fig3_301911127

- (51) Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices ENTREQ pour l'écriture et la lecture des synthèses de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 55-58.
<https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.007>
- (52) Germain, P., Esquivel, A., & Brault, R. (2021). *Se bricoler une famille : Incursion dans le monde de la recherche en adoption*. 147-164.
- (53) Cohen, L. J. (1994). Psychiatric hospitalization as an experience of trauma. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(2), 78-81. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(94\)90037-x](https://doi.org/10.1016/0883-9417(94)90037-x)
- (54) HERMAN J. L. (1992). *Trauma and recovery* (Basic Books).
- (55) Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1988). Mental patients' attitudes toward hospitalization : A neglected aspect of hospital tenure. *The American Journal of Psychiatry*, 145(1), 29-34.
<https://doi.org/10.1176/ajp.145.1.29>
- (56) Bush, J. P., Melamed, B. G., Sheras, P. L., & Greenbaum, P. E. (1986). Mother-child patterns of coping with anticipatory medical stress. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 5(2), 137-157. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.5.2.137>
- (57) Ferguson, B. F. (1980). Preparing young children for hospitalization : A comparison of two methods. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19(3), 540-541.
[https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61080-3](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61080-3)
- (58) Melamed, B. G., & Ridley-Johnson, R. (1988). Psychological preparation of families for hospitalization. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 9(2), 96-102.
- (59) Carson, D. K., Gravely, J. E., & Council, J. R. (1992). Children's Prehospitalization Conceptions of Illness, Cognitive Development, and Personal Adjustment. **Children's Health Care*, 21*(2), 103-110.
[doi:10.1207/s15326888chc2102_6](https://doi.org/10.1207/s15326888chc2102_6)
- (60) Pescosolido, B. A., Perry, B. L., Martin, J. K., McLeod, J. D., & Jensen, P. S. (2007). Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 58(5), 613-618. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.5.613>

- (61) Kinnear, S. H., Link, B. G., Ballan, M. S., & Fischbach, R. L. (2016). Understanding the Experience of Stigma for Parents of Children with Autism Spectrum Disorder and the Role Stigma Plays in Families' lives. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(3), 942-953.
<https://doi.org/10.1007/s10803-015-2637-9>
- (62) Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents : Developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 714-734.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x>
- (63) Drent, H. M., van den Hoofdakker, B., Buitelaar, J. K., Hoekstra, P. J., & Dietrich, A. (2022). Factors Related to Perceived Stigma in Parents of Children and Adolescents in Outpatient Mental Healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12767.
<https://doi.org/10.3390/ijerph191912767>
- (64) Johnson, B., Berdahl, L., Horne, M., Richter, E., & Walters, M. (2014). A Parenting Competency Model. *Parenting*, 14, 92-120. <https://doi.org/10.1080/15295192.2014.914361>
- (65) Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological Science in the Public Interest: A Journal of the American Psychological Society*, 15(2), 37-70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- (66) Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A Developmental Psychopathology Perspective on Child Abuse and Neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(5), 541-565.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199505000-00008>
- (67) Eldén, S. (2013). Inviting the messy : Drawing methods and 'children's voices'. *Childhood*, 20(1), 66-81. <https://doi.org/10.1177/0907568212447243>
- (68) LEITCH, R. (2008). Creatively researching children's narratives through images and drawings. In *Doing Visual Research with Children and Young People*. Routledge.
- (69) Blader, J. C. (2011). Acute inpatient care for psychiatric disorders in the United States, 1996 through 2007. *Archives of General Psychiatry*, 68(12), 1276-1283. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.84>

(70) Coyne, I., & Conlon, J. (2007). Children's and young people's views of hospitalization : 'It's a scary place'. *Journal of Children's and Young People's Nursing*, 1, 16-21.

<https://doi.org/10.12968/jcyn.2007.1.1.23302>

ANNEXES

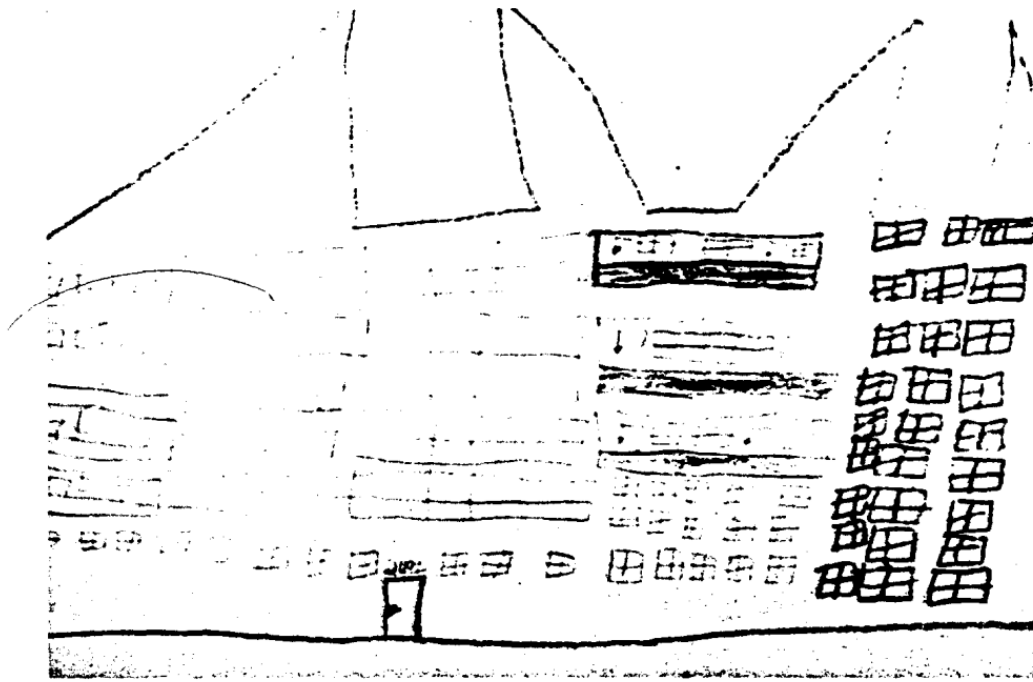


Fig. 1

Bassin and Al. (1983), dessin de l'hôpital psychiatrique par un enfant

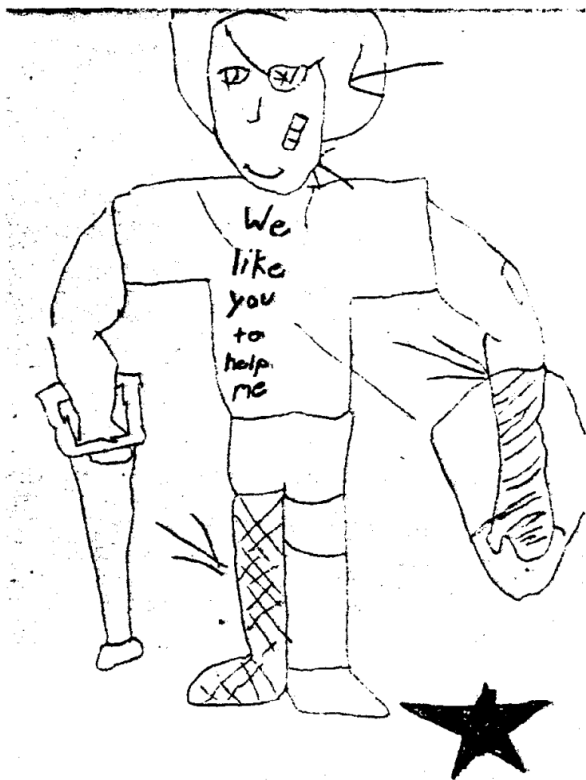


Fig. 2

Bassin and Al. (1983), dessin d'un enfant avec des plâtres et des bandages

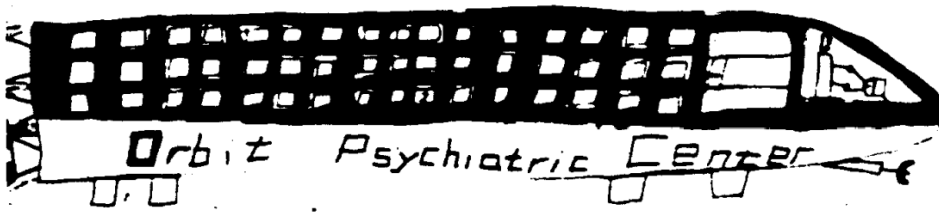


Fig. 5

Bassin and Al. (1983), dessin de l'hôpital psychiatrique par un enfant

Criteria	Example	Quality assessment of studies (summary)		
		Met criterion	Partially met	Did not meet
Aims	Explicitly stated aims/objectives of research	X	0	0
Method	Appropriate use of qualitative methods	X	0	0
Research design	Justification of the specific research design	X	0	0
Sampling	Appropriate sampling strategy, description of recruitment, discussion around recruitment	0	X	0
Data collection	Appropriate description of data collection methods	X	0	0
Reflexivity	Critical examination of researcher's own role and potential bias in data collection and analysis	0	X	0
Ethical issues	Evidence of approval by an appropriate body	0	0	X
Data Analysis	Adequate and in-depth description of analysis process, sufficiently rigorous data analysis	X	0	0
Findings	Clear statement of the findings, discussion of evidence, credibility, integrity	X	0	0
Value of research	Contribution to existing knowledge, transferability	X	0	0

Bassin and Al. (1983) CASP Criteria

Criteria	Example	Quality assessment of studies (summary)		
		Met criterion	Partially met	Did not meet
Aims	Explicitly stated aims/objectives of research	X	0	0
Method	Appropriate use of qualitative methods	X	0	0
Research design	Justification of the specific research design	0	X	0
Sampling	Appropriate sampling strategy, description of recruitment, discussion around recruitment	0	X	0
Data collection	Appropriate description of data collection methods	0	X	0
Reflexivity	Critical examination of researcher's own role and potential bias in data collection and analysis	0	0	X
Ethical issues	Evidence of approval by an appropriate body	X	0	0
Data Analysis	Adequate and in-depth description of analysis process, sufficiently rigorous data analysis	X	0	0
Findings	Clear statement of the findings, discussion of evidence, credibility, integrity	X	0	0
Value of research	Contribution to existing knowledge, transferability	0	X	0

Roth and Al. (1984) CASP Criteria

Criteria	Example	Quality assessment of studies (summary)		
		Met criterion	Partially met	Did not meet
Aims	Explicitly stated aims/objectives of research	X	0	0
Method	Appropriate use of qualitative methods	X	0	0
Research design	Justification of the specific research design	X	0	0
Sampling	Appropriate sampling strategy, description of recruitment, discussion around recruitment	X	0	0
Data collection	Appropriate description of data collection methods	X	0	0
Reflexivity	Critical examination of researcher's own role and potential bias in data collection and analysis	0	0	X
Ethical issues	Evidence of approval by an appropriate body	0	0	X
Data Analysis	Adequate and in-depth description of analysis process, sufficiently rigorous data analysis	X	0	0
Findings	Clear statement of the findings, discussion of evidence, credibility, integrity	X	0	0
Value of research	Contribution to existing knowledge, transferability	0	X	0

Szajnberg and Al. (1989)

Criteria	Example	Quality assessment of studies (summary)		
		Met criterion	Partially met	Did not meet
Aims	Explicitly stated aims/objectives of research	X	0	0
Method	Appropriate use of qualitative methods	X	0	0
Research design	Justification of the specific research design	X	0	0
Sampling	Appropriate sampling strategy, description of recruitment, discussion around recruitment	X	0	0
Data collection	Appropriate description of data collection methods	0	X	0
Reflexivity	Critical examination of researcher's own role and potential bias in data collection and analysis	0	0	X
Ethical issues	Evidence of approval by an appropriate body	X	0	0
Data Analysis	Adequate and in-depth description of analysis process, sufficiently rigorous data analysis	X	0	0
Findings	Clear statement of the findings, discussion of evidence, credibility, integrity	X	0	0
Value of research	Contribution to existing knowledge, transferability	X	0	0

Szajnberg and Al. (1996)

Criteria	Example	Quality assessment of studies (summary)		
		Met criterion	Partially met	Did not meet
Aims	Explicitly stated aims/objectives of research	X	0	0
Method	Appropriate use of qualitative methods	X	0	0
Research design	Justification of the specific research design	X	0	0
Sampling	Appropriate sampling strategy, description of recruitment, discussion around recruitment	X	0	0
Data collection	Appropriate description of data collection methods	X	0	0
Reflexivity	Critical examination of researcher's own role and potential bias in data collection and analysis	X	0	0
Ethical issues	Evidence of approval by an appropriate body	X	0	0
Data Analysis	Adequate and in-depth description of analysis process, sufficiently rigorous data analysis	X	0	0
Findings	Clear statement of the findings, discussion of evidence, credibility, integrity	X	0	0
Value of research	Contribution to existing knowledge, transferability	X	0	0

Chesson and Al. (1997)

Criteria	Example	Quality assessment of studies (summary)		
		Met criterion	Partially met	Did not meet
Aims	Explicitly stated aims/objectives of research	X	0	0
Method	Appropriate use of qualitative methods	X	0	0
Research design	Justification of the specific research design	X	0	0
Sampling	Appropriate sampling strategy, description of recruitment, discussion around recruitment	X	0	0
Data collection	Appropriate description of data collection methods	X	0	0
Reflexivity	Critical examination of researcher's own role and potential bias in data collection and analysis	X	0	0
Ethical issues	Evidence of approval by an appropriate body	X	0	0
Data Analysis	Adequate and in-depth description of analysis process, sufficiently rigorous data analysis	X	0	0
Findings	Clear statement of the findings, discussion of evidence, credibility, integrity	X	0	0
Value of research	Contribution to existing knowledge, transferability	X	0	0

Hepper and Al. (2005)

Criteria	Example	Quality assessment of studies (summary)		
		Met criterion	Partially met	Did not meet
Aims	Explicitly stated aims/objectives of research	X	0	0
Method	Appropriate use of qualitative methods	X	0	0
Research design	Justification of the specific research design	X	0	0
Sampling	Appropriate sampling strategy, description of recruitment, discussion around recruitment	0	X	0
Data collection	Appropriate description of data collection methods	0	X	0
Reflexivity	Critical examination of researcher's own role and potential bias in data collection and analysis	X	0	0
Ethical issues	Evidence of approval by an appropriate body	X	0	0
Data Analysis	Adequate and in-depth description of analysis process, sufficiently rigorous data analysis	0	X	0
Findings	Clear statement of the findings, discussion of evidence, credibility, integrity	X	0	0
Value of research	Contribution to existing knowledge, transferability	0	X	0

Sorsa and Al. (2006)

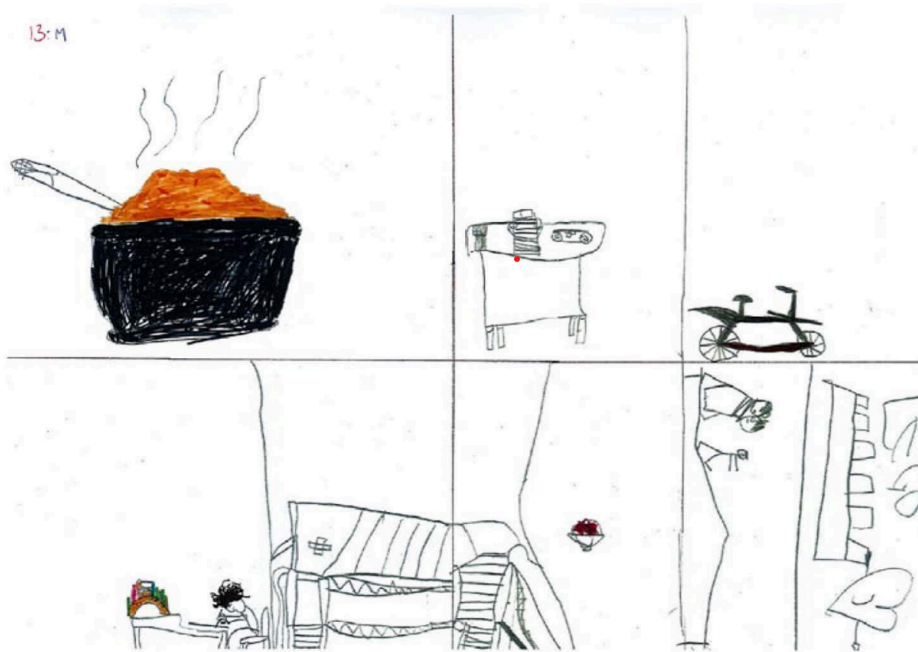


Figure 1. Milo's draw-your-day.

Elden S. (2013), "dessine ta journée" par un enfant

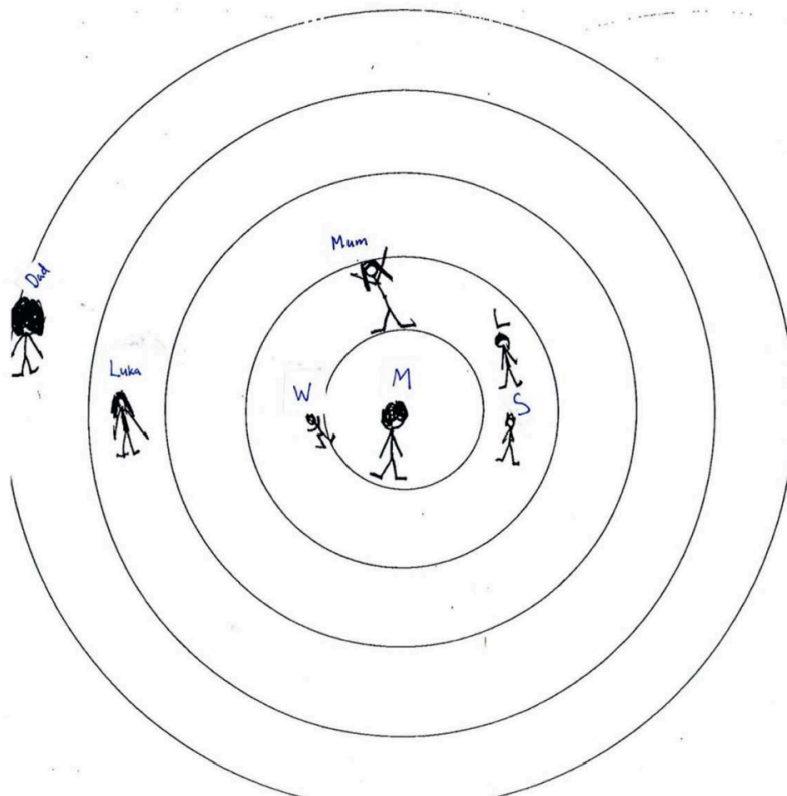


Figure 2. Milo's circles of closeness.

Elden S. (2013), cercle de proximité dessiné par un enfant

Le vécu de l'hospitalisation en pédopsychiatrie: une métasynthèse

RÉSUMÉ: La santé mentale des enfants est une préoccupation mondiale, avec 10 à 20% des enfants et adolescents affectés par divers troubles. L'évolution des soins ambulatoires en pédopsychiatrie a suscité des interrogations sur le sens et le maintien de l'hospitalisation, en parallèle des recherches qui ont souligné les potentiels préjudices psychiques d'une séparation de l'enfant d'avec son milieu d'origine. Malgré le développement de soins ambulatoires, des situations complexes ou graves peuvent justifier l'hospitalisation. Les modalités de soins évoluent vers une approche plus collaborative et centrée sur l'expérience du patient. Cependant, les études qualitatives sur l'expérience des enfants hospitalisés en pédopsychiatrie restent limitées, soulignant un besoin de recherche accru dans ce domaine. L'objectif de cette étude était d'explorer l'expérience que font des enfants de 4 à 14 ans lorsqu'ils sont hospitalisés dans une unité psychiatrique. Nous avons réalisé une métasynthèse qualitative incluant sept études après avoir effectué une recherche exhaustive de la littérature. Les données ont été analysées à travers une analyse thématique et taxonomique. Les résultats ont révélé que les enfants font face à une multitude de peurs telles que l'incertitude d'un nouvel environnement, la méfiance envers les soignants, la crainte de l'abandon ou de la stigmatisation qui représentent des défis de taille. Ils déploient une diversité de stratégies, souvent avec le soutien des professionnels de la santé, pour surmonter leurs inquiétudes. Pour les adultes, cela implique d'avoir des compétences en communication et une compréhension approfondie du développement psychologique de l'enfant, lequel évolue tout au long de son séjour hospitalier. Des outils et supports imaginés pour aider les enfants à affronter leurs craintes et pouvoir s'en libérer en communiquant autour sont proposés.

TITRE EN ANGLAIS :

The experience of hospitalization in child psychiatry: a metasynthesis

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Expérience, vécu, hospitalisation, admission, psychiatrie de l'enfant, études qualitatives, métasynthèse

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de Santé de Toulouse
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeurs de thèse : Dr Benjamin NACCACHE, Dr Maya LEVRAT, Dr Lucie ROSENTHAL