



Science of Nursing
and Health Practices



Science infirmière
et pratiques en santé

Article de recherche empirique | Empirical research article

Les perceptions des professionnel·les sur les défis liés à la pratique auprès des parents en contexte pédiatrique

Professionals' Perceptions of the Challenges of Practice with Parents in a Pediatric Context

Sonia Dubé  <https://orcid.org/0000-0002-8095-7923> Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski, Campus de Rimouski, Collectif de recherche sur la santé en région, Centre de recherche du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Réseau communautés rurales et éloignées en santé, Québec, Canada

Marie Lacombe Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski (professeure retraitée), Québec, Canada

François Levasseur Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski, Campus de Rimouski, Collectif de recherche sur la santé en région, Québec, Canada

Correspondance | Correspondence:

Sonia Dubé
sonia_dube@uqar.ca



2026 S Dubé, M Lacombe, F Levasseur.
[Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

ISSN 2561-7516

Mots-clés	Résumé
soins centrés sur la famille; soins pédiatriques; familles; parents; pratique	<p>Introduction : Dans les soins aux enfants et aux adolescent·es, reconnaître le rôle des parents est incontournable. Cependant, les études démontrent un écart entre les perceptions des professionnel·les, favorables à l'adoption d'une pratique optimale auprès des parents, et leur pratique réelle. Plusieurs défis semblent limiter les sources de soutien auprès des parents en contexte pédiatrique. Objectif : Cette étude vise à décrire les perceptions des professionnel·les sur les défis liés à la pratique auprès des parents en contexte pédiatrique. Méthode : Un devis qualitatif descriptif basé sur la méthode de l'incident critique, selon une perspective écosystémique, a été utilisé auprès de 15 professionnel·les. Résultats : L'analyse des données a permis d'identifier 4 catégories de défis interreliés, c'est-à-dire, les défis: 1) dans le rapport à la pratique auprès des parents; 2) personnels dans le rapport à soi; 3) relationnels dans le rapport aux parents; et, 4) contextuels dans le rapport au dispositif institutionnel. Discussion et conclusion : Les défis rencontrés par les professionnel·les dans leur pratique auprès des parents relèvent à la fois de facteurs qui soutiennent ou entravent cette pratique. Les contraintes liées au dispositif institutionnel modulent l'offre de services, limitant la capacité des professionnel·les à déployer une pratique optimale. Cette étude souligne la spécificité et la complexité de la pratique auprès des parents en contexte pédiatrique, appelant à une attention accrue au soutien offert aux professionnel·les pour l'exercice optimal de leur rôle.</p>

Abstract

Introduction: In child and adolescent health care, recognising the role of parents is essential. However, several studies demonstrate a gap between professionals' favorable perceptions of adopting optimal practice with parents and their actual practice. Several challenges appear to limit sources of support for parents in a pediatric context. **Objective:** This study aims to describe professionals' perceptions of challenges in their practice with parents in a pediatric context. **Method:** A qualitative descriptive design based on the critical incident method, according to an ecosystem perspective, was conducted with 15 professionals. **Results:** Data analysis describes 4 categories of interrelated challenges: 1) in relation to the practice with parents; 2) personal in relation to oneself; 3) relational aspects of the relationship with parents; and 4) contextual in relation to the institutional system. **Discussion and Conclusion:** The challenges faced by professionals in their practice with parents relate to factors that support or hinder this practice. Constraints related to the institutional system modulate the provision of services, limiting the ability of professionals to deploy optimal practice. This study highlights the specificity and complexity of practice with parents in a pediatric context, calling for increased attention to the support offered to professionals for the optimal exercise in their role.

Keywords

family-centered care; pediatrics; families; parents; practice

INTRODUCTION

Dans les soins aux enfants et aux adolescent·es, reconnaître le rôle des parents est incontournable (Coyne et al., 2018; Smith, 2018). Plusieurs modèles de pratique mettent l'accent sur le partenariat de collaboration et reconnaissent, de différente manière, le rôle des parents au sein des pratiques professionnelles : participation parentale aux soins, famille-partenaire et proche-aidance, approche participative et *empowerment* (Coyne et al.; de Montigny et Lacharité, 2012; Dennis et al., 2017; Fragasso et al., 2018). Néanmoins, dans les services de santé pédiatriques, les philosophies de pratique auprès des familles les plus reconnues dans le monde se définissent dans la foulée des approches écosystémiques et des soins centrés sur l'enfant et la famille (*Child and Family Centered-Care*) ou les soins centrés sur la famille (*Family Centered-care*). Elles prennent en compte les répercussions des conditions de vie et du contexte familial sur la capacité des parents à composer avec les soins de l'enfant ou de l'adolescent·e et à s'engager dans une relation de partenariat (Foster et Shields, 2020; Gerlach et Varcoe, 2021; Lacharité et al., 2016; O'Connor et al., 2019; Smith). Des études internationales démontrent que les professionnel·les sont favorables à une telle approche, car ils ou elles ont à composer avec des parents plus susceptibles de présenter un niveau de stress élevé et une charge parentale importante en raison des exigences liées à la condition de santé de l'enfant (Dubé et al., 2021; Foster et al., 2017; Kratz et al., 2009; Lavoie et Fontaine, 2017). Ces circonstances peuvent entraîner chez les parents une détresse psychologique et influencer leur capacité à collaborer (Kaplan et al., 2022). Les professionnel·les se sentent interpellé·es à offrir des soins familiaux et à dispenser des services qui répondent aux besoins de toute la famille (Foster et Shields). L'unité familiale, dans son contexte, doit être reconnue comme un tout indissociable dans les soins aux enfants et aux adolescent·es (Foster et al., 2016; Foster et Whitehead, 2017; Foster et Shields; Smith).

Au fil des ans, la philosophie des soins centrés sur la famille (*Family Centered Care* ou FCC), a

considérablement évolué (Foster et Shields, 2020). Elle consiste en la planification, la prestation et l'évaluation des soins de santé de l'enfant en tenant compte des besoins de la famille (Foster et Shields). Elle préconise une approche sensible et humaniste qui implique le développement d'une alliance thérapeutique, des services flexibles et adaptés afin de répondre aux besoins psychosociaux des parents et de leur enfant dans la communauté et en milieu clinique (Foster et al., 2016; Smith et al., 2018). Elle centre l'intervention sur la collaboration (partenariat, pouvoir d'agir, reconnaissance des forces, dignité, respect et relation interpersonnelle); la communication (partage de l'information et prise de décision partagée); la négociation des soins avec les parents (éducation, confiance, partage des rôles et des responsabilités) et le soutien (services dans la communauté, soutien émotionnel et socioéconomique) (Coyne et al., 2018; Foster et al.; Kuo et al., 2012; O'Connor et al., 2019; Shields et al., 2012). Des recherches démontrent des bénéfices sur la santé des parents, la réduction du stress (Loufty et al., 2024), une meilleure adaptation psychologique à la situation de santé de leur enfant (Seniawati et al., 2023), et un meilleur fonctionnement familial (Smith et al.).

Malgré l'importance accordée à cette pratique, les études mettent en évidence des pratiques inégales, plus ou moins adaptées aux besoins des parents (Feeg et al., 2016; Mirlashari, 2020) et révèlent un écart entre une pratique FCC optimale et la pratique réelle (Al-Oran et Al-Frejat, 2025). À titre d'exemple, au Canada, une étude, réalisée auprès de 191 parents, a révélé que 74,9 % d'entre eux étaient prêts à prendre en charge les soins de l'enfant, mais n'y arrivaient pas par manque de soutien, 15,2 % des parents se sentaient contraints à une prise en charge des soins pour lesquels ils ne souhaitaient pas participer en raison de leurs obligations familiales ou en regard de leur emploi. Enfin, seuls 9,9 % des parents participaient aux soins comme ils l'entendaient (Romanuk et al., 2014). Certaines familles se sentent ignorées alors qu'elles sont la principale source de soutien pour l'enfant.

Une approche FCC est censée favoriser une pratique inclusive à l'endroit des familles dans leur contexte (Al-Motlaq et al., 2019). À cet égard, les

professionnel·les font face à plusieurs défis (Alabdulaziz et al., 2017; Coyne et al., 2013; Dall’Oglio et al., 2018), susceptibles d’affaiblir la qualité des soins et la relation avec les parents (Rosenthal et al., 2023). Certaines études sur le sujet notent que le manque de collaboration interprofessionnelle, le manque de formation et de mentorat ainsi que l’organisation des services peu flexible et des barrières à l’implantation de cette philosophie constituent des défis importants (Alabdulaziz et al.; Boztepe et al., 2017; Dall’Oglio et al.; Mikkelsen et Frederiksen, 2011; Mirlashari, 2020). Les recherches soulignent aussi l’importance de mieux comprendre les défis, du point de vue des professionnel·les, sur les plans personnel et contextuel dans chaque contexte (Al-Motlaq et al.; Al-Oran et Al-Frejat, 2025). Dans cette perspective, la présente étude s’intéresse aux perceptions des professionnel·les sur les défis personnels, relationnels et contextuels susceptibles d’influencer leurs pratiques auprès des parents en contexte pédiatrique.

CADRE DE RÉFÉRENCE

Cette étude a utilisé le modèle écosystémique du développement humain (Bronfenbrenner, 2005), car il permet de prendre en compte les conditions qui influencent la pratique FCC sur les plans personnel, relationnel et contextuel. Il met en relief les interrelations des systèmes imbriqués de l’individu dans son rapport à l’environnement, et l’objet en développement, soit la pratique FCC auprès des parents. Comprendre les perceptions des défis nécessite de placer la personne professionnelle qui adapte sa pratique FCC au centre de l’analyse écosystémique, parce qu’elle se situe à l’intersection de la réponse aux besoins des parents et des exigences institutionnelles. Ainsi, l’ontosystème permet de mettre en lumière les caractéristiques personnelles exerçant une influence sur la capacité à assumer son rôle auprès des parents, tandis que le microsystème met en perspective les facteurs qui contribuent ou nuisent à l’objet en développement, soit la pratique FCC. Le mésosystème, pour sa part, constitue une dimension relationnelle dans laquelle s’établit la relation parent-professionnel·le, nécessaire au partenariat, à la communication et à la prise de décision partagée. Cette dimension met en

évidence les sources d’interactions entre les caractéristiques des parents et celles des professionnel·les dans leur réalité et leur expérience spécifiques. L’exosystème, expliquant une dimension contextuelle, complète le modèle en mettant en relation les pressions exercées par le dispositif institutionnel, telles que les règles ou les normes qui soutiennent ou inhibent la pratique.

OBJECTIF

Cette étude vise à décrire les perceptions des professionnel·les sur les défis liés à la pratique auprès des parents en contexte pédiatrique. Plus spécifiquement, deux sous-questions interrelées orientent cette recherche : 1) « Comment les professionnel·les, qui œuvrent dans les soins aux enfants et aux adolescent·es, perçoivent-ils les défis qui contribuent à l’écart entre les pratiques optimales et leur pratique réelle auprès des parents sur les plans personnel, relationnel et contextuel? » 2) « Quels éléments, selon les professionnel·les, pourraient favoriser la mise en œuvre de pratiques optimales auprès de ces parents? ».

MÉTHODE

DEVIS

Un devis descriptif qualitatif basé sur la méthode de l’incident critique a été utilisé (Butterfield et al., 2005; Woosley, 1986). Le but de cette méthode consiste à porter une réflexion sur les actions professionnelles et les éléments qui influencent ces actions, c'est-à-dire les défis qui influencent la pratique auprès des parents (Deslauriers et al., 2017). Elle vise à dégager les propos des participant·es dans la narration de situations réelles significatives, qu’elles soient positives ou négatives. Cette méthode à l’avantage de limiter la désirabilité sociale, c'est-à-dire la tendance à répondre de manière à paraître plus socialement acceptable, car, les situations racontées doivent être circonscrites dans le temps et à travers des interactions, des exemples vécus avec les parents (Leclerc et al., 2010). Ainsi, elle permet de mieux comprendre l’écart, voire le décalage, entre ce qu’on appelle la théorie (ce que

l'on connaît d'une pratique) et la pratique réelle (ce que l'on fait) (Deslauriers et al.).

SÉLECTION DES PARTICIPANT·ES

Le recrutement des participant·es s'est déroulé sur une période de 6 mois entre septembre 2021 et mars 2022. Pour des raisons de faisabilité liées à la pandémie COVID-19, une sélection de professionnel·les, par boule de neige, a été effectuée sur le réseau social professionnel LinkedIn par le biais d'une invitation à participer à l'étude. Les participant·es devaient contacter la chercheuse principale par courriel. Les critères d'inclusion étaient d'œuvrer en milieu pédiatrique comme infirmier·ère ou médecin au Québec (Canada), et d'avoir au moins 1 année d'expérience.

COLLECTE DE DONNÉES

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés et enregistrés à distance, avec la plateforme Zoom, par les chercheuses. La durée moyenne variait entre 60 à 90 minutes. Au début des entrevues, les participant·es étaient avisé·es que leur pratique ne faisait pas l'objet d'une évaluation, ni de jugement de la part des chercheuses. Cela a permis de limiter la désirabilité sociale. Le but était de réfléchir aux défis rencontrés dans leur pratique. Ce qui est conforme à la méthode de l'incident critique. Par la suite, les participant·es ont été invité·es à dévoiler des données sociodémographiques portant sur le nombre d'années d'expérience, leur niveau d'éducation, leur statut comme professionnel et leur statut familial (ont-ils ou ont-elles des enfants ou non?). Le guide d'entrevue a été développé selon le modèle écosystémique et les questions portaient sur leurs perceptions des défis rencontrés, les plus significatifs tant positifs que négatifs, à travers le récit d'expériences personnelles. Les défis qui, selon les participant·es, influençaient (positivement ou négativement) leur pratique auprès des parents d'un point de vue personnel, relationnel et contextuel. Les participant·es étaient également invité·es à réfléchir aux conditions qui favoriseraient une pratique optimale.

ANALYSE DES DONNÉES

Les entrevues ont été transcrrites et analysées à l'aide du logiciel NVivo 20. Les défis (incidents) ont été identifiés selon un processus itératif, de manière inductive, mais en cohérence avec le modèle écosystémique. Puis, les thèmes ont été déterminés et comparés à des fins de codification. Enfin, une synthèse des thèmes a été réalisée selon leur degré de spécificité (général ou spécifique) pour regrouper l'ensemble des défis (Butterfield et al., 2005). Les verbatims ont été relus par l'équipe de recherche afin de valider la codification. Certains incidents ont été réajustés lors d'une rencontre d'équipe où chaque membre avait préalablement émis son accord ou son désaccord, notamment pour les thèmes liés aux dimensions personnelles et relationnelles.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les participant·es ont consenti à participer à l'étude, sur une base volontaire, et ont signé un formulaire d'information et de consentement lors de la prise de contact. Une compensation financière de 20 dollars leur était donnée. Les participant·es étaient libres de se retirer à tout moment. Les données ont été analysées et conservées de manière confidentielle dans un fichier protégé par un code. Ce projet a reçu l'approbation éthique du Centre intégré de santé et services sociaux du Bas-Saint-Laurent (MP-54-2021-283) et de l'Université du Québec à Rimouski.

RÉSULTATS

Les résultats ont été analysés auprès de 15 professionnel·les, soit 14 femmes et un homme (pédiatre ($n = 1$), infirmières cliniciennes ($n = 13$) et infirmière praticienne spécialisée en pédiatrie ($n = 1$)), et elles et il provenaient de cinq régions du Québec, dont le Bas-Saint-Laurent, la Capitale nationale, Chaudière-Appalaches, l'Estrie et l'Île de Montréal. L'âge des professionnel·les variait entre 27 et 54 ans ($M = 37,3$ ans) et leur expérience en pédiatrie variait entre 1 et 30 ans ($M = 13,2$ ans). L'ensemble des participant·es avaient une formation universitaire et 73,3 % ont mentionné avoir un ou des enfants à leur charge contre 26,7 %

n'ayant pas d'enfant. De plus, 46,7 % des participant·es œuvraient en milieu urbain (centre spécialisé) et 53,3 % œuvraient en milieu rural.

L'analyse a permis d'identifier quatre catégories de défis à l'intérieur desquelles 12 thèmes rassemblent près de 214 incidents critiques distincts, c'est-à-dire les défis : 1) dans le rapport à la pratique auprès des parents; 2) personnels dans le rapport à soi; 3) relationnels dans le rapport aux parents; 4) contextuels dans le rapport au dispositif institutionnel.

1) LES DÉFIS DANS LE RAPPORT À LA PRATIQUE AUPRÈS DES PARENTS

L'analyse a d'abord consisté à recueillir, au niveau du microsystème, les défis perçus pour une pratique optimale. Dès lors, trois défis ont été soulignés : la posture des professionnel·les, les connaissances scientifiques, et les habiletés de communication.

1.1 LA POSTURE DES PROFESSIONNEL·LES

L'une des croyances des professionnel·les pour une pratique optimale concerne l'importance d'intervenir auprès des parents et de les soutenir. « On ne réalise pas à quel point on peut changer quelque chose, un petit geste peut faire une grande différence » (Part. 10). Cette croyance a des répercussions sur l'issue favorable de reconnaître les parents comme un tout indissociable des soins à l'enfant. « Ben c'est vraiment le client-famille, c'est vraiment un ensemble, c'est un tout. En pédiatrie, tu ne peux pas dissocier l'enfant de ses parents » (Part. 4). Puis, adopter une approche sensible à leur réalité, et faire preuve de présence et d'écoute. « Reconnaître que pour eux, ça peut être la première fois [l'expérience d'hospitalisation], ça peut être traumatisant. [...], fait que faut vraiment être sensible, puis être à l'écoute » (Part. 2). Malgré ces attitudes favorables, les participant·es remarquent que d'autres collègues n'ont pas la même conception d'une approche optimale auprès des parents, comme le reflète ce propos : « Attends un petit peu, cette maman-là, elle a besoin de soutien, elle n'a pas besoin de se faire taper sur la tête parce qu'elle n'a pas les bonnes interventions, on va l'inclure [établir une relation de soutien] » (Part. 5). Ou encore, lorsque les participant·es sont témoins

de pratiques inadaptées au développement de l'enfant lors des procédures invasives ou envers les parents. « Je pense qu'il y a un gros manque là-dessus [pratiques inadaptées], je pense qu'il y a beaucoup de choses à améliorer à ce niveau-là » (Part. 2). Les professionnel·les reconnaissent qu'il existe d'autres défis à surmonter, notamment l'accès aux connaissances scientifiques et le développement d'habiletés de communication.

1.2 LES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES

Au cours des entretiens, certain·es participant·es ont évoqué l'importance des connaissances scientifiques, notamment en regard du développement de l'enfant et des soins familiaux. Certains jugent un manque de connaissance qui s'explique par des difficultés d'accès à des programmes de formation. « Moi dans mon bac[calauréat], [ces connaissances-là], on les a vues comme 20 minutes, j'ai zéro connaissance là-dessus » (Part. 12). Pour d'autres, les connaissances sont si spécifiques qu'ils sont d'avis que la pratique auprès des parents et les soins aux enfants et aux adolescent·es devraient être reconnus comme une expertise professionnelle. « [...] de nous reconnaître comme une expertise puis comme une spécialité [...] » (Part. 8).

1.3 LES HABILETÉS DE COMMUNICATION

En dépit du fait que les professionnel·les disent se montrer sensibles et à l'écoute des parents, d'autres maintiennent que la communication dans le but d'établir une relation de collaboration et de négocier le partage des soins avec les parents ne fait pas partie d'une pratique généralisée dans les unités de soins. « [...] que le personnel infirmier communique un peu plus. Souvent, on rentre dans la chambre, on fait les soins, on parle de tout et de rien » (Part. 10). Pour d'autres, le défi se présente lorsque la communication doit s'établir avec les adolescent·es. « Faut toujours les considérer [les parents], mais avec l'adolescent, le défi c'est quand il y a un déséquilibre dans la prise de position par rapport aux soins [...] quand le parent prend toute la place » (Part. 6). Ces situations mettent en lumière la nécessité de développer des habiletés de communication plus avancées.

2) LES DÉFIS PERSONNELS DANS LE RAPPORT À SOI

Sous l'angle des caractéristiques personnelles (ontosystème), les participant·es ont rapporté certains aspects de leur vécu personnel, comme des défis susceptibles d'interférer avec leur rôle professionnel, soit l'expérience d'être soi-même parent, se sentir confronté·e, et la charge émotionnelle associée aux situations à caractère traumatisante.

2.1 L'EXPÉRIENCE D'ÊTRE SOI-MÊME PARENT OU NON

Un des constats largement évoqués est que les parents se sentent moins en confiance lorsque le ou la professionnel·le n'a pas d'enfant. « Puis le père qui me regarde et qui me dit – Toi t'as-tu des enfants? Toi t'as pas d'enfant hein! il me répond ça comme ça » (Part. 14). D'autres, perçoivent que leur propre expérience d'avoir un enfant a bonifié leur pratique : « Moi quand j'ai eu mon premier enfant, il y a un médecin qui m'a dit, tu ne soigneras plus jamais de la même façon. Puis ça, je le crois profondément [...] ça change ta façon de faire » (Part. 7). Alors que pour certain·es, le fait de ne pas avoir d'enfant a permis d'être plus disposé à intervenir : « Je pense que c'était mieux que je n'aie pas mes enfants à ce moment-là, parce que j'aurais paniqué » (Part 2).

2.2 SE SENTIR CONFRONTÉ·E

Dans certaines circonstances, le sentiment de se sentir confronté·e par la réaction des parents survient fréquemment. Par exemple, lorsque l'on doit faire face à leur insatisfaction. « Ben ce qui a été le plus difficile [...], je faisais face vraiment à des parents mécontents, fait que c'était de gérer mon stress » (Part. 12), ou encore, lorsqu'ils sont témoins de comportements des parents qui vont à l'encontre de leurs valeurs. « L'enfant est parti tout seul [en ambulance] au [Centre hospitalier], eux autres, ils ont décidé qu'ils allaient s'en aller chez eux se reposer [...]. Ça, je trouve ça épouvantable [...] » (Part. 9). On comprend à la lumière de leur réflexion que ces propos exposent leurs propres conceptions de ce que devrait faire un parent.

2.3 LA CHARGE ÉMOTIONNELLE ASSOCIÉE AUX SITUATIONS À CARACTÈRE TRAUMATIQUE

Un des défis qui interfère avec la capacité d'être à l'aise dans son rôle professionnel concerne la gestion de la charge émotionnelle relative à certaines circonstances particulières. « Quand on fait de l'acharnement sur un enfant puis [...], c'est vraiment difficile de faire des arrêts de soins, fait que j'ai de la misère » (Part. 7). Pour d'autres, les émotions trop envahissantes deviennent une source inhibitrice. « Mais sur le moment, c'était, moi, je n'étais pas disponible, il y avait trop d'émotions, j'aurais regretté ce que j'aurais dit. Donc, c'est une bonne chose que je sois partie rapidement » (Part. 14). « J'étais ressortie apeurée. [...], mais je comprends que ce père est triste [...], je suis retournée à la chambre, il s'est mis à pleurer, ça comme désamorcé la crise » (Part. 8). Ces situations exposent un contexte de la pratique particulièrement exigeant sur le plan émotionnel, qui implique la mobilisation de stratégies d'adaptation personnelles.

3) LES DÉFIS RELATIONNELS DANS LE RAPPORT AUX PARENTS

La relation avec les parents s'inscrit dans un contexte (mésosystème) à l'intérieur duquel il importe d'établir une relation cohérente en partenariat de collaboration avec les parents afin de partager les soins de l'enfant et favoriser une prise de décision commune. Or, pour établir cette relation, trois défis se présentent : reconnaître les besoins des parents, composer avec les conditions de vie des parents, et les attentes élevées.

3.1 RECONNAÎTRE LES BESOINS DES PARENTS

Les participant·es reconnaissent facilement les besoins éducatifs de la famille, par exemple, « Plusieurs parents éprouvent souvent de la difficulté à gérer l'information » (Part. 2). Les professionnel·les reconnaissent aussi les besoins différents entre les mères et les pères en raison de leur participation différente aux soins. « Les pères sont là, [...], mais la plupart du temps, c'est la mère qui va pourvoir aux soins de l'enfant » (Part. 1).

Or, ne pas reconnaître les besoins spécifiques à chacun peut envenimer la relation parent-professionnel malgré les soins de qualité : « Ce n'est pas tout le monde qui veut les mêmes choses, elle (la mère), ça (ne) faisait pas son affaire puis je l'ai su » (Part. 6). Ces propos nous permettent de constater que, lorsque l'on omet de se soucier des besoins des parents, l'intervention, même bien intentionnée, peut comporter un effet négatif.

3.2 COMPOSER AVEC LES CONDITIONS DE VIE DES PARENTS

Au cours des entretiens, plusieurs participant·es se sentent mis au défi à composer avec les parents lorsque des conditions limitent leur capacité à s'engager dans les soins. Par exemple, des parents aux prises avec des difficultés psychosociales. « La mère ne travaillait pas, mais elle était toujours fatiguée, elle avait deux autres enfants [...], moi j'ai trouvé ça très difficile [...] » (Part. 9), ou encore des parents aux prises avec une charge parentale élevée, un épuisement parental et qui démontrent peu d'implication. « Je dirais [...] quand ils sont vraiment épuisés ou quand ils ont une charge mentale élevée, [...], on voit que c'est un peu plus difficile [pour eux] » (Part. 10).

Une mère un peu dépassée, qui n'a pas de temps à mettre pour les soins à son enfant, [...] quand on fait une rencontre [...], elle travaille en même temps, en télétravail [...], c'est comme si la mère (ne) voyait pas. (Part. 5)

Aussi, avoir à composer avec des perceptions divergentes entre les parents dans la prise de décision aux soins peut s'avérer un défi. « Je vous dirais que c'est surtout quand les parents ont des objectifs de soins différents » (Part. 15). Autant de réalités qui illustrent la nécessité d'un soutien plus adapté aux circonstances de vie des parents.

3.3 DES ATTENTES ÉLEVÉES

Au sein de la relation, les participant·es reconnaissent que les attentes sont parfois trop élevées envers les parents. Plusieurs professionnel·les s'attendent à ce que le parent soit un expert soignant et partenaire, accompagne l'enfant, participe aux soins, partage l'information, soutienne l'enfant, participe à la surveillance clinique, observe l'état de l'enfant, et assume un

rôle protecteur. « Ils [les parents] deviennent des experts soignants, ils ont une grosse charge sur les épaules » (Part. 11). Ces attentes peuvent leur paraître irréalistes, surtout lorsque les parents ne disposent pas de toutes les ressources nécessaires. « Ce qu'on leur demande va excéder leurs ressources, c'est dangereux après qu'ils se retrouvent épuisés, traumatisés ou que les soins ne soient pas adéquats » (Part. 3). En revanche, ces circonstances soulèvent, à leur tour, les attentes des parents à l'endroit des professionnel·les. « Parfois, les parents s'attendent à plus que ce qu'on peut offrir [...] » (Part. 4).

4) LES DÉFIS CONTEXTUELS DANS LE RAPPORT AU DISPOSITIF INSTITUTIONNEL

Dans le rapport au dispositif institutionnel, des aspects contextuels viennent exercer une pression sur les conditions de la pratique auprès des parents. Trois défis ont été identifiés : des services limités ou peu adaptés, des directives organisationnelles limitantes, et la non-reconnaissance de leur pratique.

4.1 DES SERVICES LIMITÉS OU PEU ADAPTÉS

Les participant·es, œuvrant en milieu rural, constatent une inégalité dans la répartition des services « L'accessibilité aux services, je vous dirais que c'est difficile, elle est déficiente, on est en première ligne, on est là pour dépister des choses, on voit beaucoup de choses malheureusement » (Part. 3). Pour ceux et celles œuvrant en milieu urbain, certain·es remarquent que les services ne sont pas toujours adaptés « Ben, je pense que les parents arrivent tellement en détresse là, qu'on garde [lance] toutes nos équipes dessus en même temps, fait qu'ils ont comme pas le temps de [s'adapter] » (Part. 7).

4.2 LES DIRECTIVES ORGANISATIONNELLES

Les participant·es évoquent des difficultés à répondre aux besoins des familles en raison d'une application rigide des normes hospitalières. Par exemple : « On a des médicaments à telle heure, mais les parents ne les donnent pas à la même heure, fait que je me dis – Ça changerait quoi qu'on suive vraiment la routine des parents » (Part. 10). Les participant·es ont aussi exprimé que le manque de temps et la lourdeur des tâches administratives

nuisent à une pratique optimale « Quand ça fait plusieurs jours que l'enfant est hospitalisé, je m'assure qu'ils (les parents) s'occupent de leur santé mentale [...], mais on aimerait ça prendre plus de temps avec les parents, fait que tu ne peux pas » (Part. 12). D'autres ont souhaité travailler avec des ratios plus sécuritaires. Ces incohérences se manifestent par un sentiment d'impuissance et font pression pour appliquer des normes qui ne tiennent pas compte de certains besoins particuliers ni du caractère spécifique de l'intervention auprès des parents dans les soins aux enfants et aux adolescent·es.

4.3 UNE PRATIQUE NON RECONNUE

Enfin, plus de la moitié des participant·es ont manifesté leur découragement en constatant que leur pratique n'est pas reconnue au sein de leur organisation. « On nous fait dire – Ben dans le fond, un enfant c'est un petit adulte. Non! On a de la misère à se faire entendre, c'est pas du tout la même offre de services » (Part. 8). « Ça ne s'est jamais vu d'être obligé de jouer du coude pour défendre un peu la pédiatrie, nos besoins sur certains comités » (Part. 9).

DISCUSSION

Cette étude visait à décrire les perceptions des professionnel·les sur les défis liés à la pratique auprès des parents en contexte pédiatrique. En prenant en considération le cadre conceptuel écosystémique, l'ensemble des résultats mettent en perspective que les professionnel·les œuvrant au sein de services pédiatriques sont confronté·es à de multiples défis qui influencent le développement d'une pratique optimale auprès des parents. Autrement dit, des défis surgissent dans le rapport à la pratique elle-même (microsystème), dans le rapport à soi sur le plan personnel (ontosystème), dans le rapport aux parents sur le plan relationnel (mésosystème) et dans le rapport au contexte organisationnel sur le plan contextuel (exosystème). Ces défis contribuent à maintenir un écart entre une approche jugée optimale (ce qu'ils savent sur le plan théorique) et la pratique clinique (ce qu'ils peuvent faire réellement).

LES DÉFIS DANS LE RAPPORT À LA PRATIQUE AUPRÈS DES PARENTS

Au niveau du microsystème, notre étude révèle que, malgré la posture des professionnel·les de reconnaître favorablement la famille comme un tout indissociable dans les soins aux enfants et aux adolescent·es, le déploiement d'une pratique optimale auprès des parents, dans la pratique réelle, peut être difficile en raison des défis rencontrés. Une pratique optimale en contexte pédiatrique nécessite le développement d'habiletés professionnelles spécifiques (Jung-Eun et Mi-Young, 2024). Cette étude expose l'importance d'avoir des habiletés de communication afin de partager l'information de manière authentique et tenir compte des besoins des parents tout au long d'une trajectoire de soins. Toutefois, les propos des professionnel·les confirment que cette perception ne semble pas toujours comprise. En ce sens, les connaissances scientifiques et la communication constituent des dimensions essentielles au développement de la pratique optimale que les professionnel·les interrogé·es ont évoqué comme parfois satisfaisantes, parfois manquantes, comme le souligne d'autres études (Dall'Oglio et al., 2018; Foster et al., 2016; Foster et al., 2013). Plusieurs professionnel·les soulignent l'importance de mieux appliquer une pratique fondée sur les données probantes en regard des soins aux familles, mais cette dimension de la pratique en pédiatrie figure peu au sein des programmes académiques de formations initiales (Maaskant et al., 2013; Water et al., 2018), ce qui limite le développement d'une pratique optimale auprès des parents.

LES DÉFIS RENCONTRÉS SUR LES PLANS PERSONNEL, RELATIONNEL ET CONTEXTUEL

Un des faits marquants constatés sur le plan relationnel, dans la dimension du mésosystème (parent-professionnel), est la sensibilité des professionnel·les à l'endroit des parents aux prises avec des conditions de vulnérabilité. Notre étude corrobore les résultats d'autres études à l'effet que les professionnel·les reconnaissent les besoins psychosociaux des parents et jugent important d'adopter un rôle d'accompagnement et de soutien auprès des familles (Seniwati et al., 2023).

Les participant·es de notre étude se sentent interpellé·es à prendre le temps de négocier le partage des soins et communiquer de manière cohérente avec eux. Or, les professionnel·les ont des attentes élevées envers les parents (Mikkelsen et Frederiksen, 2011; Romaniuk et al., 2014), et certaines difficultés à répondre aux besoins et à composer avec la réalité des parents peuvent se présenter (Foster et al., 2017; Foster et al., 2016). Les résultats portent à croire que les professionnel·les, lorsque confronté·es aux conditions de vulnérabilité des parents, se sentent plus ou moins disposé·es à répondre à leurs besoins, et ce, pour deux raisons.

La première fait référence aux défis personnels dans le rapport à soi (ontosystème) qui se sont révélés significatifs considérant l'aspect émotif et confrontant que la relation avec les parents peut générer. Il s'agit d'une résonance que l'on peut expliquer comme un effet miroir qui semble menacer un aspect personnel et qui empêche le ou la professionnel·le d'intervenir de manière objective (Elkaïm, 2001). Selon les témoignages, le fait d'avoir des enfants, de se sentir confronté·e, et d'agir en situation d'urgence sont des aspects personnels susceptibles d'interférer avec la pratique. La seconde raison concerne les défis contextuels dans le rapport au dispositif institutionnel (exosystème) qui font pression sur la pratique et peuvent se résumer à un manque de flexibilité organisationnelle. Plusieurs études dénoncent la persistance des barrières à l'implantation de l'approche FCC au sein des services pédiatriques (Al-Oran et Al-Frejat, 2025; Mirlashari et al., 2020). Les professionnel·les perçoivent un manque de temps, une lourdeur des tâches administratives et une pratique non reconnue au sein de leur organisation. Cela suggère que la pratique réelle auprès des parents ne permet de répondre que partiellement à leurs besoins de soutien (O'Connor et al., 2019; Tsironi et Koulierakis, 2019).

En somme, en raison de tous ces défis, un écart, voire un décalage entre la philosophie FCC optimale et la pratique réelle auprès des parents semble toujours persister. À l'instar d'une autre étude canadienne, ces défis perçus mettent en lumière des conditions de pratique qui maintiennent une posture professionnelle

nommée un dilemme d'aidant (Bruce et al., 2002). C'est-à-dire que les professionnel·les se sentent face à un dilemme en adoptant une posture favorable à une pratique FCC à l'endroit de ces familles, puisque les défis personnels, relationnels et particulièrement contextuels semblent limiter son déploiement. Adopter une approche FCC remettrait en question les modèles organisationnels dominants et la manière de dispenser les soins en pédiatrie (Bruce et al.).

LES RETOMBÉES

Les résultats de cette étude permettent d'envisager des retombées pour la recherche, la pratique, l'organisation des services et la formation. D'abord, il apparaît important de poursuivre les recherches empiriques sur les défis des professionnel·les afin de réduire l'écart entre une pratique optimale et la pratique réelle auprès des parents. Cela générera des données probantes pour mieux soutenir les parents. Les besoins des parents surgissent à plusieurs niveaux de leur écologie (relation parent-enfant, relation coparentale, relation parent-professionnel, conditions de vie) et l'implantation d'une pratique axée sur les familles devrait être proposée, comme le suggère la philosophie FCC (Gerlach et Varcoe, 2021; Shields, 2020). Cette pratique renouvelée pourrait justifier, auprès des pouvoirs décisionnels, la nécessité d'assouplir les règles qui régissent l'organisation des services. Par exemple, en permettant aux professionnel·les de répondre aux besoins des parents, de négocier les rôles et d'offrir des services dans la communauté qui soient adaptés aux besoins de ces familles, tel que le propose la pratique FCC. De plus, le soutien offert aux professionnel·les, pourtant indispensable (Smith, 2018), semble insuffisant. Il serait pertinent d'ajouter une forme de soutien clinique centrée sur la charge émotionnelle associée aux situations traumatiques (Gingras et Lacharité, 2019). Enfin, le développement d'un programme de formation spécifique pour mieux outiller les professionnel·les serait à envisager.

LIMITES DE L'ÉTUDE

Parmi les limites, il importe de reconnaître le recrutement non probabiliste et le nombre restreint de participant·es non représentatif de

l'ensemble des professionnel·les. Aussi, l'étude n'a pas tenu compte des différences en regard du genre dans la pratique, de même que les différents rôles entre les professionnel·les. La sélection des participant·es, soit un pédiatre et des infirmières cliniciennes et praticiennes, démontre certaines caractéristiques non homogènes susceptibles de limiter les analyses. Enfin, l'étude a connu des délais de recrutement en raison de la pandémie de COVID-19 et seules 15 personnes participantes ont été recrutées.

CONCLUSION

Une pratique optimale auprès des parents s'inscrit dans une écologie où plusieurs défis permettent d'expliquer un écart entre la volonté des professionnel·les de mieux soutenir les parents et leur pratique réelle, qui, par conséquent, ne répond que partiellement aux besoins des parents. L'approche FCC auprès des parents s'avère plus efficace lorsqu'elle prend en compte les besoins de toute la famille selon les systèmes écologiques qui la compose. Les défis devraient guider les activités de soutien clinique et les politiques organisationnelles à mettre en place pour mieux agir sur les enjeux de la pratique auprès des parents. Cette étude met ainsi de l'avant la spécificité et la complexité de la pratique FCC en contexte pédiatrique. Elle souligne la nécessité d'un meilleur soutien aux professionnel·les pour l'exercice optimal de leur rôle.

Contribution des auteur·trices : SD a conçu l'étude, collecté les données, fait l'analyse, l'interprétation des données et a rédigé l'article. ML a collaboré à la collecte des données, à l'interprétation des résultats, a relu l'article et approuvé la version finale qui sera publiée. FL a collaboré à l'analyse des données.

Remerciements : Les auteur·trices remercient les professionnel·les de la santé qui ont accepté de participer à l'étude. Leurs réflexions sur la pratique professionnelle en contexte pédiatrique ont été d'une grande richesse.

Sources de financements : La chercheuse principale a bénéficié du soutien financier des Fonds institutionnels de recherche de l'Université du Québec à Rimouski.

Déclaration de conflits d'intérêts : Les auteur·trices déclarent qu'il n'y a pas de conflits d'intérêts.

Déclaration d'intelligence artificielle (IA) générative et de technologies assistées par IA : Les auteur·trices déclarent qu'aucun outil d'IA générative et de technologies assistées par IA n'a été utilisé dans la création de cet article.

Reçu/Received: 01 Juillet/July 2025 **Publié/Published**: 04 Fév/Feb 2026

RÉFÉRENCES

- Al-Motlaq, M. A., Carter, B., Neill, S., Hallstrom, I. K., Foster, M., Coyne, I., Arabiat, D., Darbyshire, P., Feeg, V. D. et Shields, L. (2019). Toward developing consensus on Family-Centred Care: An international descriptive study and discussion. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*, 23(3), 458–467. <https://doi.org/10.1177/1367493518795341>
- Al-Oran, H. M. et Al-Frejat, M. A. (2025). A scoping review of the perceptions and practices of pediatric nurses' toward Family-Centered Care. *Frontiers of Nursing*, 12(2), 177–183. <https://doi.org/10.2478/FON-2025-0019>
- Boztepe, H. et Kerimoğlu Yıldız, G. (2017). Nurses perceptions of barriers to implementing family-centered care in a pediatric setting: A qualitative study. *Journal for specialists in pediatric nursing : JSPN*, 22(2), 10.1111/jspn.12175. <https://doi.org/10.1111/jspn.12175>
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*. Sage Publications.
- Bruce B., Letourneau N., Ritchie J., Larocque S., Dennis C. et Elliott M. R. A. (2002). A Multisite Study of Health Professionals' Perceptions and Practices fo Family-Centered Care. *Journal of Family Nursing*, 8(4), 408–429. <https://doi.org/10.7484002237515>
- Butterfield, L. D., Borgen, W. A., Amundson, N. E. et Maglio, A. S. T. (2005). Fifty years of the critical incident technique: 1954-2004 and beyond. *Qualitative research*, 5(4), 475–497. <https://journals-sagepub.com.ezproxy.uqar.ca/doi/10.1177/1468794105056924>
- Coyne, I., Holmström, I. et Söderbäck, M. (2018). Centeredness in Healthcare: A Concept Synthesis of Family-centered Care, Person-centered Care and Child-centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 45–56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001>
- Coyne, I., Murphy, M., Costello, T., O'Neill, C. et Donnellan, C. (2013). A survey of nurses' practices and perceptions of family-centered care in Ireland. *Journal of Family Nursing*, 19(4), 469–488. <https://doi.org/10.1177/1074840713508224>
- Dall'Oglio, I., Di Furia, M., Tiozzo, E., Gawronski, O., Biagioli, V., Di Ciommo, V. M., Paoletti, S., Bianchi, N., Celesti, L., Raponi, M., OPBG Nursing and Allied Health Professionals Research Group, Antonielli, G., Baronio, B., Bergami, A., Cianchi, D., Ciliento, G., Vittoria Di Toppa, M., Fabbiani, A., Fagioli, D., Frillici, C., ... Ventura, M. (2018). Practices and Perceptions of Family Centered Care among Healthcare Providers: A Cross-sectional Study in a Pediatric Hospital. *Journal of pediatric nursing*, 43, e18–e25. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.015>
- de Montigny, F. et Lacharité, C. (2012). Perceptions des professionnels de leurs pratiques auprès des parents de jeunes enfants. *Enfances, Familles, Générations*, 16, 53–73. <https://doi.org/10.7202/1012801ar>
- Dennis, C., Baxter, P., Ploeg, J. et Blatz, S. (2017). Models of partnership within family-centred care in the acute paediatric setting: A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 361–374. <https://doi.org/10.1111/jan.13178>.
- Deslauriers, J. M., Deslauriers, J. P. et LaFerrière-Simard, M. (2017). La méthode de l'incident critique et la recherche sur les pratiques des intervenants sociaux. *Recherches qualitatives*, 36(1), 94–112. <https://id.erudit.org/iderudit/1084358ar>
- Dubé, S., Lacharité, C. et Lacombe, M. (2022). La perspective des parents sur le contexte de soin et sur l'adaptation sociale de leur enfant après un séjour hospitalier : une étude par méthodes mixtes. *Recherche en soins infirmiers*, 147(4), 27–41. <https://doi.org/10.3917/rsi.147.0027>
- Elkaïm, M. (2001). *Panorama des thérapies familiales*. Éditions du Seuil.
- Feeg, V. D., Parasczuk, A. M., Çavuşoğlu, H., Shields, L., Pars, H. et Al Mamun, A. (2016). How is Family Centered Care Perceived by Healthcare Providers from Different Countries? An International Comparison Study. *Journal of pediatric nursing*, 31(3), 267–276. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.007>
- Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C. et Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury*, 48(1), 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>
- Foster, M. et Shields, L. (2020). Bridging the Child and Family Centered Care Gap: Therapeutic Conversations with Children and Families. *Comprehensive Child*, 43(2), 151–158. <https://doi.org/10.1080/24694193.2018.1559257>
- Foster, M. et Whitehead, L. (2017). Family entered are in the paediatric high dependency unit: Parent's and staff's perceptions. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 53(4), 489–502. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1410067>

- Foster, M., Whitehead, L. et Maybee, P. (2016). The Parents', Hospitalized Child's, and Health Care Providers' Perceptions and Experiences of Family-Centered Care Within a Pediatric Critical Care Setting: A Synthesis of Quantitative Research. *Journal of family nursing*, 22(1), 6–73. <https://doi.org/10.1177/1074840715618193>
- Foster, M. J., Whitehead, L., Maybee, P. et Cullens, V. (2013). The parents', hospitalized child's, and health care providers' perceptions and experiences of family centered care within a pediatric critical care setting: a metasynthesis of qualitative research. *Journal of family nursing*, 19(4), 431–468. <https://doi.org/10.1177/1074840713496317>
- Fragasso, A., Pomey, M.-P. et Careau, E. (2018). Vers un modèle intégré de l'Approche famille-partenaire auprès des enfants ayant un trouble neurodéveloppemental. *Enfances & Psy*, 79(3), 118–129. <https://doi.org/10.3917/ep.079.0118>.
- Gerlach, A. et Varcoe, C. (2021). Orienting child- and family-centered care toward equity. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*, 25(3), 457–467. <https://doi.org/10.1177/1367493520953354>
- Gingras, M. A. et Lacharité, C. (2019). *L'autosupervision dialogique en intervention psychosociale*. Les Presses de l'Université Laval.
- Jung-Eun, L. et Mi-Young, C. (2024). Impact of Pediatric Nurses' Nursing Professionalism on Quality of Nursing Care: Double Mediating Effect of Clinical Decision Making and Pediatric Nurse-Parent Partnership. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 30(1), 55–66. <https://doi.org/10.11111/jkana.2024.30.1.55>
- Kaplan, S. H., Shaughnessy, M., Fortier, M. A., Vivero-Montemayor, M., Masague, S. G., Hayes, D., Stern, H., Dai, M., Heim, L. et Kain, Z. (2022). The role of parental health and distress in assessing children's health status. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 31(12), 3403–3412. <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03186-z>
- Kratz, L., Uding, N., Trahms, C. M., Villareale, N. et Kieckhefer, G. M. (2009). Managing childhood chronic illness: parent perspectives and implications for parent-provider relationships. *Families, systems & health : the journal of collaborative family healthcare*, 27(4), 303–313. <https://doi.org/10.1037/a0018114>
- Kuo, D., Houtrow, A., Arango, P., Kuhlthau, K., Simmons, J. et Neff, J. (2012). Family-Centered Care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal & Child Health Journal*, 16(2), 297–305. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>
- Lacharité, C., Calille, S., Pierce, T., et Baker, M. (2016). La perspective des parents sur leur expérience avec de jeunes enfants : une recherche qualitative reposant sur des groupes de discussion dans le cadre de l'initiative Perspectives parents. *Les Cahiers du CEIDEF*, 4, https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/portail/docs/FWG/GSC/Publication/1535/17/15405/1/619744/4/00004608544_LesCahiersDuCEIDEF_vol_4.pdf
- Lavoie, A. (2017, juin). *L'expérience des parents ayant un enfant atteint d'un problème de santé ou de développement. Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans* (publication no 20). Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-20-lexperience-des-parents-ayant-un-enfant-atteint-dun-probleme-de-sante-ou-de-developpement.pdf>
- Leclerc, C., Bourassa, B. et Filteau, O. (2010). Utilisation de la méthode des incidents critiques dans une perspective d'explication, d'analyse critique et de transformation des pratiques professionnelles. *Éducation et francophonie*, 38(1), 11–32. <https://doi.org/10.7202/039977ar>
- Loutfy, A., Zoromba, M. A., Mohamed, M. A., El-Gazar, H. E., Andargeery, S. Y., El-Monshed, A. H., Van Belkum, C. et Ali, A. S. (2024). Family-centred care as a mediator in the relationship between parental nurse support and parental stress in neonatal intensive care units. *BMC nursing*, 23(1), 572. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02258-4>
- Maaskant, J. M., Knops, A. M., Ubbink, D. T. et Vermeulen, H. (2013). Evidence-based practice: A survey among pediatric nurses and pediatricians. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(2), 150–157. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2012.05.002>
- Mikkelsen, G. et Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital - a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 67(5), 1152–1162. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x>
- Mirlashari, J., Brown, H., Fomani, F. K., de Salaberry, J., Zadeh, T. K. et Khoshkhou, F. (2020). The Challenges of Implementing Family-Centered Care in NICU from the Perspectives of Physicians and Nurses. *Journal of pediatric nursing*, 50, e91–e98. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.06.013>
- O'Connor, S., Brenner, M. et Coyne, I. (2019). Family-centred care of children and young people in the acute hospital setting: A concept analysis. *Journal of clinical nursing*, 28(17-18), 3353–3367. <https://doi.org/10.1111/jocn.14913>
- Romaniuk, D., O'Mara, L. et Akhtar-Danesh, N. (2014). Are parents doing what they want to do? Congruency between parents' actual and desired participation in the care of their hospitalized child. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 37(2), 103–121. <https://doi.org/10.3109/01460862.2014.880532>

- Rosenthal, J. L., Perez, S. L. et Young, H. M. (2023). Contextual factors influencing parents' assessments of family-centred care in the paediatric emergency department: A qualitative study. *Nursing Open*, 10(1), 297–305. <https://doi.org/10.1002/nop2.1304>
- Seniwati, T., Wanda, D. et Nurhaeni, N. (2023). Effects of Patient and Family-Centered Care on Quality of Care in Pediatric Patients: A Systematic Review. *Nurse Media: Journal of Nursing*, 13(1), 68–84. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v13i1.48114>
- Shields, L., Zhou, H., Pratt, J., Taylor, M., Hunter, J. et Pascoe, E. (2012). Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 years. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), CD004811. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004811.pub3>
- Smith, W. (2018). Concept analysis of Family-Centered Care of hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Tsironi, S. et Koulierakis, G. (2019). Factors affecting parents' satisfaction with pediatric wards. *Japan journal of nursing science : JJNS*, 16(2), 212–220. <https://doi.org/10.1111/jjns.12239>
- Water, T., McCall, E., Britnell, S., Rea, M., Thompson, S. et Mearns, G. (2018). Paediatric nurses' understanding and utilisation of evidence based practice. *Nursing Praxis in New Zealand*, 34(1), 32–45. <https://doi.org/10.36951/ngpxnz.2018.004>
- Woosley, L. K. (1986). The critical incident technique: An innovative qualitative method of research. *Canadian Journal of Counselling*, 20(4), 242–254.