

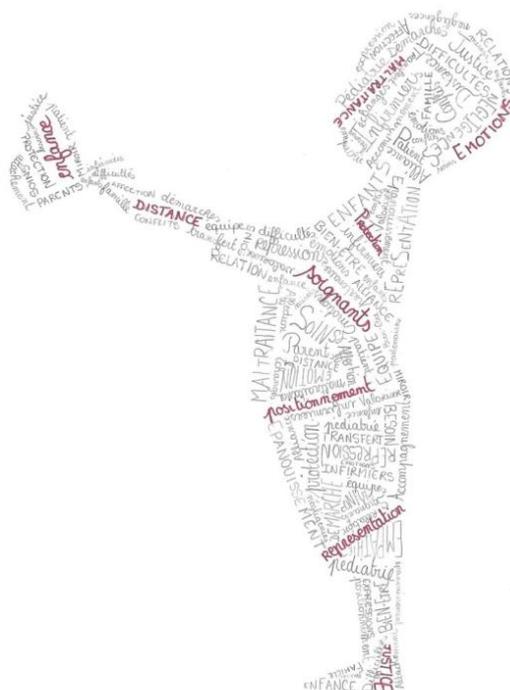
Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09



Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

L'INFIRMIER AU CŒUR DE LA RELATION
THERAPEUTIQUE
FACE AUX MALTRAITANCES INFANTILES



Océane LATIMIER

Formation infirmière

Promotion 2017-2020



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

L'infirmier au cœur de la relation thérapeutique face aux maltraitances infantiles

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture, du *Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers*, à dater et à signer

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 21/04/2020

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Sommaire

I.	Introduction	1
II.	Cadre conceptuel.....	4
1.	La complexité de la prise en soins en pédiatrie.....	4
1.1	L'enfance	4
1.1.1	Les besoins des enfants	
1.1.1.1	Les spécificités de la relation à l'enfant	
1.1.2	Les droits des enfants	
1.1.3	Le concept de vulnérabilité	
1.2	De la négligence à la violence	6
1.2.1	Définitions	
1.2.2	Différentes formes de maltraitance	
1.2.2.1	Les négligences	
1.2.2.2	Les violences	
1.2.3	Les conséquences	
2.	Les difficultés des soignants	9
2.1	La notion d'attachement.....	9
2.1.1	La théorie de l'attachement	
2.1.2	La transposabilité dans les soins	
2.1.3	La juste distance	
2.2	Les représentations.....	11
2.3	Les émotions soignantes	12
2.3.1	Généralités sur les émotions	
2.3.2	Les émotions, outils du soin en pédiatrie	
2.3.3	Transfert et contre transfert	
3.	L'alliance thérapeutique en pédiatrie	14
3.1	La relation triangulaire en pédiatrie	14
3.1.1	Place des parents dans les services de pédiatrie	
3.1.2	Rôle des soignants	
3.2	Devoirs soignants face aux situations complexes	16
III.	L'enquête.....	17
a.	Le dispositif méthodologique.....	17
b.	L'analyse des entretiens	18
IV.	La discussion.....	24
V.	Conclusion	32
VI.	Bibliographie	34
VII.	Annexes	37

Remerciements

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont soutenu pendant ces trois années de formation et lors de la réalisation de ce mémoire.

Merci à mes référents pédagogiques pour leur écoute et leur accompagnement dans mon parcours d'étudiante.

Merci à ma directrice de mémoire pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je souhaite également remercier tous les formateurs et professionnels que j'ai pu rencontrer, qui m'ont apporté les outils nécessaires à la réussite de ma formation.

Enfin, je remercie ma famille ainsi que mes amies Marie, Pauline, Amélie et Audrey pour leur soutien inconditionnel et leurs encouragements.

Introduction

Je réalise ce travail de recherche dans le cadre de ma troisième année de formation à l'institut du CHU de Pontchaillou à Rennes. Le Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers (MIRSI) s'inscrit dans le cursus par les unités d'enseignement 3.4 « Initiation à la démarche de recherche », 5.6 « Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles » ainsi que 6.2 « Anglais ».

J'ai choisi de m'intéresser au positionnement soignant dans un contexte de soins particulier chez l'enfant. Ma recherche s'articule notamment autour de l'impact des émotions et de l'adaptation du soignant sur la relation triangulaire avec l'enfant et ses parents. J'ai pu, lors d'un stage, être confrontée à des situations où le positionnement soignant est complexe : situations de maltraitances ou de suspicions de négligences parentales. Mes difficultés face à cette prise en soins m'ont poussé à choisir ce sujet pour approfondir mes connaissances. Ayant l'objectif de me diriger vers les soins pédiatriques après mes études, je pense que ces recherches me sont bénéfiques autant d'un point de vue personnel que professionnel. De plus, les concepts abordés dans ce mémoire tels que la juste distance et les émotions soignantes, peuvent également me servir à adopter un positionnement soignant adéquat auprès des adultes.

Lors de mon stage de semestre 5 dans un service de pédiatrie prenant en charge les nourrissons, deux situations m'ont interpellée quant à la relation de soins instaurée entre enfants, parents et soignants. Une première situation concerne la prise en charge de Jules*. Jules est un garçon de 3 ans, hospitalisé à cette période pour une dilatation œsophagienne. À l'âge de 13 mois, une ingestion de produit domestique caustique de type « destop » a provoqué une brûlure complète de son « haut appareil digestif ». Il y a quelques mois, Jules est ré-hospitalisé dans ce service pour noyade, accident survenu au domicile. Depuis cette date, Jules a été placé en famille d'accueil. La prise en soins de cet enfant m'a semblé particulière : les soins sont réalisés sans concerter les parents, ils ne sont pas informés sur la prise en soins s'ils ne posent pas de question.

Toujours dans ce même stage, en unité de pédiatrie, j'ai eu l'occasion de prendre en soins Noémie*, petite fille de 18 mois, hospitalisée sur la demande de la CASED (cellule d'accueil spécialisée de l'enfance en danger) pour réaliser divers examens (scintigraphie osseuse, bilan sanguin, IRM cérébrale...). Cette demande est effectuée à la suite de l'hospitalisation

de son petit frère (3 mois) en réanimation pour des signes du syndrome de bébé secoué. Les parents de Noémie se relaient auprès de leurs enfants et dorment à la maison des parents. Ils s'occupent des soins d'hygiène de Noémie ainsi que de l'alimentation, mais dès qu'un soignant entre dans la chambre ils se mettent à l'écart, préférant nous laisser libre choix pour l'organisation des soins. Lors de la pose de cathéter obturé pour préparer l'examen de scintigraphie, je propose à son père de nous aider à tenir le masque de MEOPA (anxiolytique procurant une analgésie). Mais après 2 sollicitations de ma part, celui-ci refuse, préfère sortir de la chambre et réplique « vous le ferez mieux que moi ». **Prénoms modifiés pour préserver l'identité des enfants.*

Ces situations m'ont permis d'établir un questionnement de départ. Je me suis alors demandé quelle place donne-t-on aux parents ? Alors qu'en pédiatrie le soin nécessite une collaboration entre parents et soignants, l'équipe, au vu de ses expériences et de ses représentations, arrive t-elle à faire confiance aux parents ? Et inversement ? Quelle-est la place des émotions des soignants dans ces situations ? De quelle manière les soignants peuvent-ils prendre de la distance au vue de la situation pour optimiser la prise en charge ? Quel est l'impact dans la relation triangulaire enfant/parents/soignants ?

Ce sont également les conséquences pour l'enfant qui m'ont interpellée. Quels sont les besoins d'un enfant en bas-âge au niveau affectif ? Comment la prise en charge uniquement soignante influence t-elle le développement de l'enfant ? Vous pourrez retrouver les situations d'appel ainsi que le questionnement en version longue dans l'annexe I.

Ces situations mettent en avant beaucoup de problématiques mais j'ai choisi de travailler exclusivement sur l'impact du positionnement soignant. En effet, c'est un facteur influençant fortement la relation de confiance. Le ressenti des parents est un facteur à prendre en compte à mon sens, car ils sont également acteurs de la relation, mais il me paraît difficile de recueillir des informations. Ce cheminement m'a alors permis de mettre en lumière la question de départ suivante :

En quoi le positionnement soignant peut-il influencer l'alliance thérapeutique dans un contexte d'hospitalisation complexe du nourrisson ?

Le terme de « contexte d'hospitalisation complexe » comprend ainsi les situations de suspicions de maltraitances ou de négligences qui peuvent mettre à mal la relation du trio enfant/parents/soignants.

Pour répondre à cette question, nous aborderons dans un premier temps la complexité de la prise en soins en pédiatrie puis les différentes difficultés éprouvées par les soignants. Enfin, nous découvrirons l'impact que tous ces facteurs peuvent avoir sur l'alliance thérapeutique en pédiatrie.

Cadre conceptuel

1. La complexité de la prise en soins en pédiatrie

1.1 L'enfance

Alors que la notion d'enfance évolue à travers les siècles, la Convention internationale relative aux droits de l'enfant de 1989 affirme qu'il s'agit de "tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable".

1.1.1 Les besoins des enfants

Depuis le consensus de 2016/2017, les besoins fondamentaux sont cartographiés autour de 7 catégories. Le "méta besoin de sécurité", comprend les besoins physiologiques et de santé, les besoins de protection et le besoin d'une continuité affective et relationnelle. Les autres besoins décrits par l'auteur sont le besoin d'expérience et d'exploration du monde, le besoin d'un cadre de règles et de limites, le besoin d'identité et enfin le besoin d'estime et de valorisation de soi. (Martin-Blachais, 2019, p. 6).

C. Lacharié, L. Ethier et P. Nolin, rejoignent cet avis et avancent que tous les besoins fondamentaux cités précédemment sont basés sur un besoin primaire d'ordre psychologique : le besoin d'attention et de disponibilité de la part de son entourage. (2019, p.13).

Pour répondre aux besoins nécessaires à un développement harmonieux des enfants, les soignants doivent adapter leurs postures afin de créer une relation saine lors les soins.

1.1.1.1 Les spécificités de la relation à l'enfant

Instaurer une relation avec le patient est une mission clé pour les soignants. Mais les outils pour mener à bien celle-ci sont quelques peu modifiés lorsque le patient n'est autre qu'un enfant.

Selon M. Formarier (1984), la mise en place d'une relation entre un soignant et un enfant passe d'abord par la connaissance de l'enfant. Il est alors question de cerner cet enfant, et pour cela l'observation longue, régulière et répétée au cours des soins est primordiale. L. Lagarde (2014) ajoute que la relation avec un nouveau-né se construit autour d'une activité de communication paraverbale. "La compréhension du message envoyé par l'enfant nécessite une connaissance de ses compétences relationnelles ainsi qu'une démarche

d'interprétation et de décodage de la part du récepteur.” (p. 14). M. Formarier (1984), B. Boulet Denblyden (1998) et L. Lagarde (2014), s'accordent dans leurs propos pour dire que le toucher et le regard sont deux éléments clés pour instaurer une relation avec l'enfant. En effet, le regard est la première interaction de l'enfant avec le monde et B. Boulet Denblyden (1998) précise que par le regard, le soignant manifeste une attention bienveillante et ininterrompue auprès de celui-ci. Pour cette auteur, une intonation douce et calme, que l'enfant reconnaît est également favorable à l'instauration d'une relation car celle-ci contient l'enfant et forme une “enveloppe protectrice” dont il a besoin pour s'épanouir. (p. 119).

Enfin, le toucher est, selon L. Lagarde, “le sens le plus opérant chez le nouveau-né et c'est également la manière la plus instinctive d'entrer en contact” (2014, p. 16) surtout dans le domaine du soin ou l'activité est avant tout manuelle.

La relation instaurée est alors basée sur les besoins de l'enfant. Le soignant doit constamment s'adapter sans entrer dans une relation maternelle avec l'enfant. (M. Formarier, 1984, p. 29)

Les soignants et les parents ont donc un rôle d'appréhension des besoins de l'enfant à travers une relation spécifique enfant/adulte. Ce rôle est régi par certaines lois créées pour mettre en avant les droits des enfants et les devoirs parentaux.

1.1.2 Les droits des enfants

La convention internationale des droits de l'enfant, signé en 1990, sert de référence en ce qui concerne les droits et les besoins de l'enfant. Ces droits ont ensuite été renforcés par la la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance et la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

Les parents sont également régis par la loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale. Elle précise que : “L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.”

De plus, selon l'article 371-1 du code civil , il “appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne.”

Garantir les besoins fondamentaux des enfants est donc un devoir parental.

Marie-paule Martin-Blachais introduit ces lois en précisant :

« Elles accordent une importance majeure à la prise en compte de l'intérêt supérieur de l'enfant, à la réponse à ses besoins fondamentaux au service de son développement physique, affectif, intellectuel et social, aux fins de préservation de sa santé, de sa sécurité, de sa moralité et de son éducation, ainsi qu'au respect de ses droits. » (Martin-Blachais, 2019, p. 5).

Ainsi, les droits des enfants sont soumis à ces lois pour les protéger face à la vulnérabilité qu'ils représentent.

1.1.3 Le concept de vulnérabilité

Marie Liendle définit la vulnérabilité comme "une situation de faiblesse à partir de laquelle l'intégrité d'un être est ou risque d'être affectée, diminuée, altérée". (2012, p. 304). De plus, l'auteur rappelle que les capacités de l'individu en situation de vulnérabilité ne sont pas remises en question, mais que certaines périodes du développement sont considérées comme des situations de vulnérabilité : la grossesse, la naissance, l'enfance et l'adolescence entre autre. (2012, p. 305).

Ferdinand Buisson et Émile Durkheim disaient déjà en 1911 :

"Au physique, qu'est-ce que l'enfant? le plus chétif des êtres, un petit corps que le moindre choc peut briser, que la plus légère maladie met en péril, des muscles, des nerfs, des organes qui sont de lait pour ainsi dire et qui ne se forment, ne se développent, ne se fortifient que grâce à un entourage merveilleux de soins, de ménagements, de circonstances favorables, d'influences protectrices." (Enfance, 1911).

L'enfant est un être sans défense (autant physique que psychologique) : cette vulnérabilité innée représente alors un facteur de risque supplémentaire à l'apparition de mauvais traitements, volontaires ou non, au sein d'un foyer.

1.2 De la négligence à la violence

1.2.1 Définitions

Le conseil de l'Europe définissait, en 1990, la maltraitance comme "tout acte ou omission commis dans le cadre de la famille par l'un de ses membres, lequel porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, ou à la liberté d'un autre membre de la famille ou qui compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière." (Catherine Defresne, 2009, p. 282).

L'Organisation Mondiale de la Santé propose une définition plus récente de la maltraitance :

“L’abus ou la maltraitance à enfant consiste dans toutes les formes de mauvais traitement physique , émotionnel ou sexuel, la négligence ou le traitement négligent, ou les formes d’exploitation, dont commerciales, résultant en un mal effectif ou potentiel à la santé de l’enfant, à sa survie, à son développement ou sa dignité dans le contexte d’une relation de responsabilité, confiance ou pouvoir” (Ou commence la maltraitance ?, S.d.).

En effet, l’auteur distingue 2 types de mauvais traitements. Les mauvais traitements commis volontairement à l’égard de l’enfant, qui entraînent des dommages parfois irréversibles, peuvent être assimilés au terme de violence. Les mauvais traitements par omission correspondent eux, à une difficulté à répondre aux besoins physiques, émotionnels ou éducatifs de l’enfant, ou à une incapacité à protéger l’enfant d’un danger. C’est ce que l’auteur qualifie de négligences lourdes.

La négligence est, quant à elle, définie comme “une difficulté significative ou incapacité (circonstancielle ou chronique) du réseau social proche de l’enfant à agir conformément aux normes minimales de soins physiques, psychologiques ou éducatifs auprès de l’enfant”. (C. Iacharité, L. Ethier et P. Nolin, 2019, p. 13).

La maltraitance peut alors s’illustrer sous différentes formes et il est important de toutes les considérer pour protéger les enfants.

1.2.2 Différentes formes de maltraitance

1.2.2.1 Les négligences

Quatre types de négligences sont rapportés par C. Iacharité, L. Ethier et P. Nolin. La négligence physique regroupe les carences en alimentation ou en logement alors que la négligence éducative prend en compte le manque de stimulation, de surveillance et d’encadrement. Il est également possible d’être face à une négligence multiple : les besoins physiques et éducatifs ne sont pas assouvis. Enfin, ces auteurs parlent de négligence affective lorsque les figures parentales ne manifestent que peu d’attention ou de disponibilités psychologiques. (2019, p 13).

1.2.2.2 Les violences

Les violences physiques sont définies par l'association Action Enfance comme "tout usage délibéré et non accidentel de la force contre un enfant, de telle manière que l'enfant soit blessé ou risque de l'être". Elles regroupent les actes comme frapper, étrangler, secouer mais aussi empoisonner et induire délibérément une maladie. Il existe également les violences psychologiques, qui sont elles, plus subjectives, telles que les menaces verbales, l'isolement volontaire, l'intimidation ou encore l'exposition à la violence. Ces dernières impliquent l'abus des émotions de l'enfant. ("Ou commence la maltraitance ?", S.d.).

Les séquelles de la maltraitance chez les enfants en bas âge sont nombreuses, parfois irréversibles et peuvent parfois apparaître plusieurs années après les actes.

1.2.3 Les conséquences

Le décès est la conséquence la plus lourde de la maltraitance. Selon l'OMS, 155 000 enfants de 15 ans ou moins décèdent chaque année des suites de maltraitances et de négligences (enquête faussée par le manque d'analyse post-mortem).

La santé physique est directement mise en péril lors de maltraitances : les traumatismes de type lésions ou fractures à répétition peuvent entraîner un handicap ou une incapacité lourde. ("Ou commence la maltraitance ?" S.d.). Les troubles causés par l'exposition prénatale à l'alcool, les retards de staturo-pondéral résultant de malnutrition et les dommages générés par l'absence de soins médicaux sont également considérés comme des conséquences physiques de la négligence. (C. Lacharié, L. Ethier et P. Nolin, 2019, p. 14)

De plus, des liens entre la violence physique ou psychologique et les problèmes de développement et d'apprentissage (niveau scolaire plus faible) ont été établis. Les mauvais traitements peuvent affecter l'image de soi des enfants, leur aptitude à faire confiance et à entrer dans la vie sociale ainsi que leur capacité à établir des relations personnelles. ("Ou commence la maltraitance ?" S.d.) Ces idées sont reprises par S. Lachaussée, S. Bednarek, G. Absil et M. Vanmeerbeek : il peut apparaître chez l'enfant maltraité un retard psychomoteur et un déficit cognitif. L'intégration dans un groupe et les échanges seront difficiles au sens où le fonctionnement émotionnel de la victime sera altéré et pourra engendrer un retrait social, des comportements agressifs ou des difficultés dans le monde du travail. (2012, p. 4)

Le nombre de cas de maltraitance envers les enfants est encore important de nos jours. Les soignants peuvent donc être confrontés régulièrement à des situations de suspicion de maltraitance ou de placement d'enfants. La prise en soins de ces enfants présente une difficulté pour les infirmières qui, entre attachement, représentations et émotions, doivent privilégier l'alliance thérapeutique et le bien-être de l'enfant.

2. Les difficultés des soignants

Les soignants doivent appréhender certaines difficultés spécifiques dans les services de pédiatrie comme l'inclusion des parents et la gestion de leurs émotions.

2.1 La notion d'attachement

2.1.1 La théorie de l'attachement

Bowlby, précurseur de la théorie de l'attachement et cité par Anne-Marie Mottaz et Agnès Pyz (2012, p. 79), affirme que l'attachement est un besoin primaire inné pour le nourrisson, qui par ses pleurs, regards ou sourires cherche la proximité avec l'adulte. Selon Aurélie Dubrulle et Pascale Wanquet-Thibault, une figure d'attachement est "une figure vers laquelle l'enfant dirigera son comportement d'attachement" et "toute personne qui s'engage dans une interaction sociale animée avec le bébé, qui répondra à ses signaux et à ses approches" sera susceptible de devenir cette figure. (2018, p. 12). Il est donc possible pour un enfant d'avoir plusieurs figures d'attachement qui seront hiérarchisées en fonction de la qualité et la quantité de la présence et des soins effectués. (Nicole Guedeney et Antoine Guedeney. 2002, p 17).

Les travaux de M. Ainsworth (1989), cités par Nicole Guedeney et Antoine Guedeney (2002) et par Aurélie Dubrulle (2018, p. 13), introduisent que la relation d'attachement se base sur quatre principes : la recherche de proximité, le besoin de sécurité, la possibilité de "refuge" lorsqu'une menace apparaît et l'apparition de réactions accentuées lors de la séparation. La psychologue identifie alors trois types d'attachement : l'attachement sécurisé, lorsque la figure d'attachement est sensible et répond aux besoins de l'enfant, et les attachements insécures évitants ou insécures ambivalents.

Ce concept sert à l'origine dans la relation mère/enfant. Néanmoins, dans la pratique professionnelle, Anne-Marie Mottaz et Agnès Pyz précisent : "Disponible et attentionnée, la

professionnelle prend soin de l'enfant de manière privilégiée et devient pour lui une personne ressource." (2012, p 80).

2.1.2 La transposabilité dans les soins

Lors de l'hospitalisation, les bases de la théorie sont bousculées : l'enfant recherche un lien auprès des personnes qui donnent des réponses adéquates à ses besoins et le soignant devient potentiellement une figure d'attachement. Ce lien peut devenir, lors d'hospitalisation longue, de plus en plus fusionnel, laissant place à un investissement affectif mutuel dans la relation. (Aurélié Dubrulle et Pascale Wanquet-Thibault, 2018, p. 13) Les soignants peuvent eux, réagir de deux manières différentes : certains s'impliquent fortement dans la relation avec l'enfant, quitte à être touchés dans la vie personnelle, d'autres préfèrent mettre de la distance, au risque de regarder l'enfant de "trop haut". (Silvana Monello Houssin. 2011, p. 14)

Néanmoins, Aurélié Dubrulle et Pascale Wanquet-Thibault mettent en garde contre les risques d'une relation aussi fusionnelle dans les soins. L'enfant "développe des liens d'attachement avec chacun des soignants à travers le bien-être qu'ils lui apportent" (2018, p.14), mais il fait également face à de nombreuses ruptures (départ d'un soignant, changement de service...). Lorsque le lien qui relie l'enfant à sa figure d'attachement temporaire est rompu brutalement, l'enfant va entamer un processus en trois phases : la phase de protestation pendant laquelle il refuse les contacts, la phase de désespoir où l'enfant se replie sur lui-même et enfin la phase de détachement. (V. Mistycki et N. Guedeney, 2007, p. 44). Ainsi des signes précoces peuvent alerter les soignants : tristesse, troubles du sommeil, hypotonie... .

Enfin, les soignants risquent de perdre leur objectivité dans les soins, de s'investir excessivement et ainsi avoir des difficultés à séparer la vie privée de la vie professionnelle. (Aurélié Dubrulle et Pascale Wanquet-Thibault, 2018, p.15).

Pour pallier à ces conséquences, certaines attitudes sont pertinentes.

2.1.3 La juste distance

Cette relation soignant-enfant nécessite de trouver la "juste distance" afin d'éviter toutes conséquences pour l'enfant comme pour le soignant.

Cette notion est définie par Pascal Prayez comme "la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places." (2016, p. 213) Il ajoute que la juste distance

est “une qualité de présence favorisant la rencontre et le contact. L’affect n’est pas absent [...] mais reste contenu, sans débordement de la part du professionnel, qui n’oublie pas le cadre de la rencontre.”

Pour Silvana Monello Houssin, le point de distance idéal est pertinent pour le soignant mais inapproprié dans la relation de soin avec un enfant. Il s’agit plutôt d’adapter la relation aux besoins de l’enfant, ainsi qu’au tandem enfant/mère en se situant en tiers personne. Il est alors important d’observer les modes relationnels établis entre l’enfant et ses parents pour respecter ces échanges sans s’interposer.

Dans le cadre d’une situation familiale complexe, la proximité d’un soignant avec l’enfant dépend également du degré de sécurité de l’enfant. En effet, plus l’enfant est dépendant et vulnérable (lié à son âge, à sa situation sociale et familiale ou simplement à l’hospitalisation), plus le soignant doit savoir s’approcher de lui. (Silvana Monello Houssin, 2011, p. 14) Pour Aurélie Dubrulle et Pascale Wanquet-Thibault (2018), il est indispensable, si les parents sont absents, de mentionner leur existence ou d’inclure toute autre figure d’attachement extérieure à l’équipe (famille, parrain/marraine...). Il faut également discuter en équipe, analyser ces comportements et surtout prendre conscience de sa propre position en tant que soignant. (p. 15-16).

2.2 Les représentations

Les difficultés soignantes peuvent également être liées à l’impact des représentations sociales comme professionnelles face aux situations délicates de doutes, de maltraitances ou de négligences. La définition de maltraitance n’est pas la même pour tous, chacun à sa propre perception des choses. En effet, les normes sociales et l’éducation personnelle influencent le jugement et la prise de conscience face à ces actes. (Pauline Hauvuy, 2018, p. 28). Néanmoins, la connaissance des conséquences des négligences sur l’enfant peut aider les soignants à garder un avis neutre et objectif.

De plus, Pauline Hauvuy (2018, p. 28) explique que lors de situations complexes, certains aprioris, autant soignants que parentaux, peuvent engendrer la peur, l’inquiétude et l’impression de jugement de la part des soignants qui se voient attribuer une responsabilité dans l’évaluation des risques pour l’enfant. La méconnaissance des structures d’aide et de soutien, de leur rôle, peut être préjudiciable à la mise en oeuvre de la collaboration entre soignants et parents.

Les représentations ne sont pas le seul frein à la prise en soins en pédiatrie, une charge émotionnelle importante peut apporter des difficultés supplémentaires aux soignants.

2.3 Les émotions soignantes

“Aucun processus mental n’est dépourvu de charge affective émotionnelle, de même qu’il n’existe pas d’émotion sans représentations.” (Nicolas Georgieff, 2013, p. 23).

2.3.1 Généralités sur les émotions

Le terme “émotion” est défini comme une “réaction affective transitoire d’assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l’environnement” (Larousse, S.d.). L’intelligence émotionnelle, étroitement liée à la notion d’émotion, est décrite par Salovey et Mayer, cités par Elisabeth Couzon et Françoise Dorn, comme “l’habileté à percevoir et à exprimer les émotions, à les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions” (2007, p. 14). Ce mécanisme, étant largement mis à profit dans le cadre de la profession infirmière, sert également à orienter la communication et l’interaction sociale avec autrui. (Elisabeth Couzon et Françoise Dorn, 2007).

2.3.2 Les émotions, outils du soin en pédiatrie

Selon D. Le Breton, cité par F. Bourdeaut, “certaines professions exigent dans leur pratique une solide maîtrise de soi pour ne pas se laisser emporter dans la douleur de l’autre et maintenir jusqu’au bout l’attitude adéquate sans tomber dans l’indifférence ou la routine.” (2006, p. 133). C’est l’une des missions permanentes des soignants en service de soins, notamment en service de pédiatrie. En effet, il existe un profond malaise dans les équipes lorsque l’expression de la tristesse est évoquée alors que les sentiments de joie sont exprimés librement. La pédiatrie est indéniablement une discipline à forte potentialité émotionnelle de part le pouvoir des enfants à nous émouvoir. Les émotions ressenties lors de la prise en charge des enfants sont étroitement liées à l’attachement réciproque avec les soignants : ceux-ci nous transmettent autant d’émotions qu’ils en ressentent, joie comme tristesse, angoisse... (F. Bourdeaut, 2006, p. 134).

Selon Lydia Fernandez (2012, p. 165), les émotions peuvent être perçues de différentes manières par les professionnels de santé. Premièrement, certains considèrent qu’elles sont nécessaires pour la prise en soins, sont même “moteur pour le soin”. D’autres reconnaissent leurs émotions mais s’avisent de les contrôler pour ne pas se laisser “submerger” et

dépasser son rôle de soignant. Enfin, quelques-uns affirment devoir mettre de côté leurs propres émotions, les réprimer afin de pouvoir prendre soin de l'autre.

L'expression des émotions dans les soins pédiatriques peut être appréciée et considérée par les familles. En effet selon F. Bourdeaut, elle est la preuve qu'au delà de la technicité, les soignants sont pourvus de compétences humaines. Au contraire, leur répression peut être vécue comme un manque d'attention à l'égard du patient. Les émotions incarnent alors "toute la raison d'être, toute l'origine et toute la finalité de la relation de soin". (2006, p. 137). Mais les émotions peuvent également avoir un effet néfaste sur la prise en charge. Norbert Elias, cité par F. Bourdeaut, nous dit : "pris au piège de la compassion, l'individu affecté voit réduire ses chances de mettre le processus critique sous contrôle." (2006, p. 135). Pour certains, les capacités à raisonner autour d'une situation sont altérées par des émotions dominantes, le risque étant de créer un contre-transfert envers l'enfant.

2.3.3 Transfert et contre transfert

Morfaux (1980), cité par Françoise Molière et Dominique Friard définit le transfert comme un : "processus par lequel les sentiments formés par le sujet dans le passé à l'égard de ses parents ou de personnalités marquantes [...] se déplacent sur une autre personne de son environnement actuel" (2012, p. 322), en l'occurrence sur un soignant dans le contexte de soins. Freud distingue ainsi le transfert positif, se composant de sentiments amicaux et conscients, et le transfert négatif comprenant l'agressivité et la méfiance. Les transferts sont alors omniprésents dans les services où les soins effectués par l'infirmière se rapprochent des soins maternels pour un enfant en bas âge. (2012, p. 324).

La réaction inconsciente de l'adulte face au transfert d'un enfant est le contre transfert. Ce concept, introduit par Freud, cité par C. Frisch-Desmarez et C. De Vriendt-Goldman (2011, p. 312), s'établit chez le soignant "par suite de l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscient de celui-ci". F. Molière et D. Friard (2012), confirme que "l'infirmière peut investir affectivement le patient et ses troubles quels que soient les efforts qu'elle met en oeuvre pour rester objective." (p 325). Cette théorie est d'abord considérée comme une incapacité du professionnel à séparer la relation thérapeutique de ses sentiments personnels (C. Frisch-Desmarez et C. De Vriendt-Goldman, 2011), mais plus tard, F. Molière et D. Friard ajoutent que c'est également "un processus particulièrement précieux qui permet d'obtenir une meilleure compréhension du patient et de ses besoins" (2012, p. 326).

Le contexte de la prise en soins d'un enfant victime de négligences ou de maltraitances, s'ajoutant aux difficultés des soignants, peut ainsi avoir un impact sur l'alliance thérapeutique entre soignants, parents et enfant.

3. L'alliance thérapeutique en pédiatrie

Selon Marie-Claude Mateo (2012), l'alliance thérapeutique est un concept concernant la collaboration entre le patient et le thérapeute et se compose de quatre aspects fondamentaux : la négociation, la mutualité, la confiance et l'acceptation. Ricoeur (2001), cité par Marie-Claude Mateo, ajoute que "ce pacte est basé sur la présence, la confiance et la conscience comme une alliance scellée entre deux sujets et orientée vers un ennemi commun : la maladie." (2012, p 65). En pédiatrie, ce partenariat s'effectue non seulement avec l'enfant malade mais également avec ses parents.

3.1 La relation triangulaire en pédiatrie

La relation soignant/soigné en pédiatrie est particulière. En effet, un troisième acteur peut s'ajouter à ce binôme : les parents. Mais quel peut-être leur rôle lors de l'hospitalisation de leur enfant ?

3.1.1 Place des parents dans les services de pédiatrie

L'hospitalisation peut s'avérer être bouleversante dans le quotidien d'un nourrisson. La présence des parents est nécessaire à ce qu'il garde certains repères : rythme de vie, habitudes familiales... De la même manière, certains besoins sont bien mieux assouvis par ses parents : confort, chaleur, douceur et sécurité. (Célia Gounin, 2016, p 32).

E. Debelleix (2011, p. 14) rapporte également que les parents sont une ressource pour les soignants et peuvent rester auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent : ils aident à mieux comprendre leur enfant et garantissent le suivi des soins à la sortie. La présence des parents est alors un bonus ! En effet, laisser leur rôle aux parents : c'est d'abord préserver la relation parents/enfant puis partager les soins. (Célia Gounin, 2016, p. 31). D'un point de vue législatif et d'après Thomas Bonnet (2015, p. 227), la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, est emblématique en ce qui concerne le droit des patients d'être acteurs de leur santé. De ce fait, les parents sont décisionnaires en ce qui concerne la santé et les soins de leur enfant.

Cependant, certains soignants s'opposent à la présence des parents pendant les soins car ils considèrent qu'ils sont parfois source de tension. De plus, réaliser un soin technique en étant observé et évalué par les parents n'est pas à la portée de tout soignant en pédiatrie. C'est pourquoi certains parents peuvent parfois avoir l'impression d'être mis à l'écart. (E. Debelleix, 2011, p. 14).

Malgré tout, lors de l'hospitalisation d'un enfant, c'est une famille dans sa globalité que les soignants prennent en soins, dont l'anxiété des parents. (E. Debelleix, 2011, p. 14). Thomas Bonnet reprend cette idée en ajoutant que l'angoisse, la fatigue et l'agressivité sont autant de facteurs présents chez les parents, pouvant générer l'échec du soin. (2015)

D'après E. Debelleix, "les équipes sont aujourd'hui nombreuses à s'être engagées dans une réflexion sur la place des parents" (2011, p. 12) et le rôle de l'équipe soignante est alors primordial pour entretenir une relation saine et efficace autour de l'enfant.

3.1.2 Rôle des soignants

Pour Célia Gounin (2016), l'équilibre familial est un atout dans la prise en charge d'un enfant, il est donc important de ne pas bousculer leurs habitudes mais d'introduire les soins dans cet environnement stable. Le rôle de soutien des soignants est alors d'autant plus présent en pédiatrie. L'empathie, définie comme la capacité de ressentir les émotions, les sentiments ou les expériences d'une autre personne, est un concept pour lequel les soignants peuvent utiliser l'écoute active. La présence soignante doit être discrète mais efficace pour faire en sorte de proposer des soins adaptés aux besoins de l'enfant, en accord avec ses parents. Thomas Bonnet (2015), en accord avec les propos de Célia Gounin (2016), précise que les soignants, dont l'infirmière, doivent adapter une attitude sereine, au cours de laquelle ils transmettent les informations attendues et donnent un rôle à jouer aux parents. L'intervention de ceux-ci pendant les soins doit néanmoins rester une proposition et non une obligation. De ce fait, les soins restent sous la responsabilité des soignants, qui deviennent à leur tour une ressource pour les parents. De cette posture naîtra la relation de confiance nécessaire à la prise en soins de l'enfant.

Ainsi, Célia Gounin ajoute : "Travailler en pédiatrie dans cette approche humaniste consiste à changer ses habitudes et à travailler sous le regard soucieux des parents sans prendre leur place. Les parents deviennent ainsi de véritables partenaires des soins." (2016, p. 32).

Mais lorsque les capacités des parents sont remises en question lors de l'hospitalisation, le rôle des soignants est particulier.

3.2 Devoirs soignants face aux situations complexes

Le soignant se doit, dans les situations de suspicion de négligences, d'assurer la sécurité de l'enfant, de repérer les situations à risque et d'orienter les familles vers les structures afin qu'une évaluation et une intervention de qualité soit prodiguées. (S. Lachaussée, S. Bednarek, G. et M. Vanmeerbeek, 2012, p. 6). Ainsi, "le soignant évalue la situation en mettant de côté son propre jugement de valeur." (Célia Gounin, 2016, p. 32). Mais selon Pauline Hauvuy (2018), il existe un quiproquo dans le rôle des soignants face à la maltraitance. Beaucoup se sentent fautifs, pensant à l'avenir des familles si signalement il y a. Mais le rôle soignant se limite à transmettre l'information, les impressions, sans débiter d'enquête. Le moindre doute sur la mise en sécurité de l'enfant doit pousser le soignant à réagir. (p. 28)

Le devoir des soignants est d'ailleurs régi par certaines lois. L'article 226-14 (Modifié par LOI n°2015-1402 du 5 novembre 2015 - art. 1) indique que ne sont pas concernés par le secret professionnel : le médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constaté, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire.

C'est alors toute la difficulté de la posture de soignant de s'immiscer dans une dynamique familiale complexe au risque de dépasser son rôle de soignant. (Pauline Hauvuy, 2018, p. 27). Selon Célia Gounin (2016), il est important d'apprécier le bon fonctionnement de la famille, les capacités parentales à répondre aux besoins de l'enfant et de recueillir les informations sur la dynamique familiale mise en place.

Mais les soignants ne sont pas les seuls à devoir signaler tout acte de maltraitance. Le devoir de signalement apparaît comme un devoir légal et moral qui fait appel à la responsabilité de tout un chacun.

L'enquête

a) Le dispositif méthodologique

Pour le recueil de données auprès des professionnels, j'ai fait le choix de réaliser deux entretiens semi directifs afin d'optimiser les réponses des infirmières en leur laissant la possibilité d'exprimer librement leurs idées et expériences. J'ai réalisé ces entretiens à partir d'un guide d'entretien préalablement conçu (annexe II). Ils ont d'abord pour objectif de définir la spécificité des soins en pédiatrie et de connaître et illustrer le vécu des soignants dans la relation soignant/soigné en identifiant la place des émotions soignantes dans la prise en soins. Ensuite, ces questions ont également pour but d'identifier le rôle des parents pendant l'hospitalisation et appréhender le rôle soignant dans les situations complexes. Enfin, je souhaite recueillir le ressenti des soignants à travers leurs expériences professionnelles.

J'ai eu l'opportunité, grâce à ma référente, d'interviewer une première infirmière exerçant aux urgences pédiatriques. C'est un service où l'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) doit appréhender rapidement la dynamique familiale tout en repérant les signes d'alerte pour adapter les soins à l'enfant. J'ai ensuite contacté le service d'hospitalisation pour les nourrissons où j'ai effectué un stage, afin de pouvoir rencontrer une infirmière qui côtoie les familles au quotidien et qui a pu être confrontée aux situations de suspicions ou de maltraitances avérées.

J'ai donc rencontré ces professionnelles au sein de leur service de soins afin de leur poser mes questions. Après avoir garanti l'anonymat pour chaque entretien et demander leurs accords aux infirmières, j'ai utilisé la fonction dictaphone de mon téléphone pour enregistrer les échanges. J'ai réalisé les deux entretiens le même jour. Néanmoins, après réflexion, je remarque qu'il aurait été plus judicieux d'interroger les IDE à deux moments distincts de façon à pouvoir réajuster la construction de mes entretiens en ciblant ou modifiant certaines questions. Malgré tout, je suis satisfaite des informations recueillies auprès des professionnelles qui semblaient intéressées par le sujet.

b) L'analyse des entretiens

Pour l'analyse des entretiens, j'ai distingué 3 grands thèmes répondant aux différents objectifs de l'entretien, à savoir : le vécu et les difficultés des soignants, la relation triangulaire entre l'enfant, ses parents et le soignant et l'enfance maltraitée. Ainsi, pour faciliter la lecture de l'analyse, j'ai décidé de nommer les deux infirmières par des noms d'emprunts : Stéphanie est l'infirmière exerçant aux urgences pédiatriques et Elisa l'infirmière travaillant dans un secteur d'hospitalisation.

1. Vécu et difficultés des soignants en service de pédiatrie

Dans un premier temps, mes questions étaient ciblées sur la prise en soins globale de l'enfant et sur l'adaptation des soignants face à la population soignée.

1.1. Spécificités de la prise en soins

Les infirmières interviewées ont apporté des réponses variées concernant la spécificité de la prise en soins en pédiatrie. Selon Elisa, il faut prendre soin du duo enfant/parents pour pouvoir "soigner dans toute la globalité, c'est à dire dans l'éveil et l'épanouissement". Elle avance qu'une relation doit être d'emblée instaurée pour que l'enfant et ses parents aient confiance pour la suite de la prise en soins. Stéphanie ajoute même que "c'est l'accueil qui prime", l'infirmière doit se présenter à l'enfant ainsi qu'aux parents en donnant son prénom et sa fonction. Pour Stéphanie, il est plutôt primordial de "se mettre à la portée de l'enfant, en fonction de son âge et de ses capacités" et d'informer les parents en toutes circonstances.

1.2. Difficultés dans la prise en soins

Pour ces deux infirmières, la principale difficulté des soignants en pédiatrie est de s'adapter au caractère de l'enfant, en présence ou non de ses parents, ainsi qu'aux comportements des parents dans le contexte anxiogène de l'hospitalisation. Elles s'accordent pour dire que les situations "d'agitations où l'enfant pleure beaucoup et ne voit que par ses parents" (Stéphanie) sont plus complexes à appréhender. En effet, comme le dit Elisa, la relation enfant/parents est obligatoirement perturbée par la maladie : la fatigue et le stress sont des facteurs à prendre en compte car ils peuvent devenir un obstacle aux échanges nécessaires entre les professionnels et la famille. De plus, Stéphanie et Elisa remarquent que "les séparations et les conflits entre les parents"

ainsi que la misère sociale et les diverses constructions familiales recomposées, sont fréquemment source de difficultés en service de soins. Dans ce sens, Elisa ajoute que l'enfant ressent tout ce qu'il se passe autour de lui : les émotions, la détresse d'un parent pourra détériorer l'état de santé de son enfant, d'où l'importance pour elle de ne pas dissocier le duo enfant/parents.

1.3. La question de l'attachement

Concernant l'attachement entre soignants et soigné, les avis des deux infirmières interrogées divergent. Stéphanie explique alors que son objectif est d'accompagner cet enfant dans les meilleures conditions, dans un climat de confiance, en lui apportant sécurité et réconfort et qu'il n'est pas question d'attachement mais plutôt de satisfaction lorsque "l'enfant repart en vous faisant un bisou ou un dessin". Pour elle, l'interaction et le lien de confiance ne mènent pas à de l'attachement. Alors que son avis semble tranché : "Non, je ne m'attache pas", Elisa nuance sa réponse : "on connaît beaucoup plus l'enfant, on le voit grandir, on voit aussi les parents qui passent par différentes étapes de l'hospitalisation". De plus, selon elle, l'investissement des soignants est d'autant plus important lorsque l'enfant a peu de visite. Elle précise alors : "humainement on est sensible à ces petits enfants qui demandent de l'attention de la tendresse". Néanmoins ces deux professionnelles sont d'accord pour dire qu'il est préférable d'adopter une attitude professionnelle en prenant du recul face à ces situations.

1.4. La gestion des émotions en pédiatrie

Lors des entretiens, je me suis également intéressée aux perceptions des infirmières quant à la gestion de leurs émotions. Elles laissent alors entendre que l'expérience permet d'apprendre à gérer ces émotions car comme le dit Elisa "on est humain avant tout et il y a des enfants qui vont plus nous toucher de d'autres et il faut l'accepter". Les propos d'Elisa et Stéphanie, de part leurs diverses expériences, se rejoignent sur deux points. Le premier étant la nécessité de prendre du recul lorsque la situation devient trop difficile à gérer, en étant capable de dire "je ne suis plus en capacité de" (Stéphanie). Le deuxième concerne la nécessité de s'appuyer sur l'équipe de professionnels. Stéphanie conseille alors : "on est une équipe, c'est comme quand il y a des soins ou on n'arrive pas, on passe le relai à une collègue ..."

Enfin elles estiment toutes les deux que certaines périodes de leur vie personnelle, dont la maternité, favorisent le transfert avec l'enfant. Elisa précise alors qu' "il y a toujours un effet miroir avec votre enfant, avec votre propre histoire."

2. La relation triangulaire

Lorsque j'évoque la relation triangulaire avec Stéphanie, infirmière aux urgences pédiatriques, elle me confirme que l'enfant doit sentir qu'il existe une triangulation et "que ça fonctionne", triangulation dans laquelle l'enfant se sentira alors en confiance.

2.1. Le rôle des parents

Seule Stéphanie a su, à mon sens, apporter des réponses à mes questions concernant la place des parents dans les soins (les réponses d'Elisa étant plus pertinentes pour d'autres thèmes). Elle considère alors que la présence des parents est obligatoire. En effet, leur accompagnement permet d'assurer la sécurité de l'enfant dans un service ou "il y a beaucoup de personnes, beaucoup de soins et que ça tourne beaucoup". De plus, l'autorisation de soins doit être signée par les parents pour que la prise en soins puisse débuter, sauf en cas d'urgences vitales comme le précise Stéphanie. Elle estime alors que "9 fois sur 10 c'est quand même un avantage" même si dans certaines situations plus difficiles, la présence des parents peut être "préjudiciable pour l'enfant".

2.2. Le rôle des soignants

J'ai ensuite abordé pendant l'entretien, le rôle que peut avoir le soignant auprès du couple enfant/parents pour optimiser la relation soignant/soigné. Les dires des deux infirmières interrogées semblent alors se compléter. Stéphanie et Elisa évoquent dans un premier temps l'importance des capacités à "s'adapter à chaque situation en respectant le rôle de chacun". Le soignant doit également, selon Elisa, "impliquer les parents dans les soins tout en respectant leur position". Elle estime qu'il faut les "inviter sans les forcer". Cette infirmière développe davantage en précisant que le parent peut être fatigué ou peut "avoir peur du regard soignant, peur de mal faire les choses". Elisa explique alors qu'il est nécessaire de les valoriser dans leur rôle de parents afin de restaurer leur confiance. Enfin, Stéphanie suggère qu'il faut savoir prendre des décisions comme "demander aux parents de sortir lors d'un soins [...] quand on n'y arrive pas et qu'on sent que le parent n'est pas aidant".

3. L'enfance maltraitée

Dans la dernière partie des entretiens, j'ai voulu confronter le ressenti des infirmières face à l'enfance maltraitée.

3.1. Signes et conséquences

Selon les infirmières, le repérage des signes de négligences ou de maltraitements passe par l'observation de l'enfant et de son entourage. Malgré tout, elles portent un regard différent sur les signes à observer : Stéphanie est alors attentive "aux hématomes", "aux fractures" et à "l'attitude de l'enfant". Elle dit même que l'enfant peut "être amené à parler tout simplement". Elisa, infirmière en service de soins continus, concentre plutôt son discours sur le comportement des parents. En effet, les signes d'alerte sont pour elle "un enfant qui n'a pas de visite" ou "un enfant dont les parents tiennent des propos inadaptés". Elle met aussi l'accent sur le besoin pour l'équipe de ressentir que les parents soient investis dans la prise en soins, qu'ils "connaissent leur enfant".

Enfin, Stéphanie évoque les conséquences de la maltraitance : "ça peut aller jusqu'à la mort de l'enfant". Elle prend l'exemple du syndrome du bébé secoué, qui peut mener à certaines cécités, à un développement psychomoteur et neurologique affecté ou encore à des retards d'acquisition.

3.2. Le positionnement soignant

Concernant la position à adopter lors de situations telles que la suspicion ou la maltraitance avérée, les propos des deux soignantes concordent. Elles estiment d'abord qu'il est nécessaire de garder une posture professionnelle, d'être neutre, impartiale et de "ne pas juger, ne pas prendre parti" (Elisa). Elles admettent qu'il est parfois contradictoire de garder cette posture lorsque les émotions s'en mêlent mais elles "gardent en tête que c'est pour l'enfant" (Elisa). Car en effet, l'enfant et les soins prodigués restent leur priorité : Elisa pense alors qu'il ne faut pas oublier l'enfant, qu'il faut lui expliquer les choses en mentionnant toujours ses parents. Leur but est alors de trouver un équilibre entre "avoir un œil sur l'enfant" (Elisa), "avoir les signes d'alerte en tête" (Stéphanie) et "essayer de maintenir quand même une vie la plus "normale" pour l'enfant." (Elisa). Il s'agit également, pour ces deux professionnelles, d'adopter une posture accompagnante : "on est là, présent, à écouter les parents, pas forcément à parler.." (Stéphanie). Elisa complète cette idée en rappelant que parfois le parent peut avoir besoin de s'isoler le temps

de la procédure et qu'il est important de respecter cette décision tout en l'informant sur la procédure et en restant à l'écoute si besoin.

Enfin, j'ai appris au cours de ces entretiens quels étaient les partenaires avec lesquels les infirmières travaillent dans ces situations. Elles nomment alors la cellule d'accueil spécialisée de l'enfance en danger (CASED), à qui sont remis les dossiers en cas de suspicions ainsi que le centre départemental d'action sociale (CDAS) qui peut prendre en charge certains enfants en cas de placement. Elisa complète ces informations en mentionnant le lien avec la protection maternelle et infantile (PMI), les psychologues et les assistantes sociales du service.

Au sein de cette organisation, les deux infirmières semblent se sentir impuissantes. Entre le soin et la justice Elisa affirme "on ne fait qu'appliquer". Stéphanie, elle, précise tout de même que s'il y a violence ou risque de violence au sein du service, elle "protège l'enfant, demande aux parents de sortir ou à un médecin de s'interposer".

3.3. Impact dans la relation de soins

Pour ce qui est de l'influence du positionnement soignant sur la relation thérapeutique, Stéphanie, qui exerce aux urgences, ne peut illustrer cet impact puisque les enfants ne sont présents que pour une courte durée dans le service. Néanmoins, Elisa m'a apporté une réponse complète à ce sujet. En effet, elle avoue que dans ces situations, le parent "renvoie quelque chose d'insupportable" car l'enfant est considéré comme une figure d'innocence dans la société. Mais elle reconsidère ensuite ses propos en mettant en garde contre les représentations qu'il peut y avoir dans les médias "où il y a quand même des violences faites aux enfants avec des situations dramatiques". De plus, elle affirme que l'hospitalisation peut avoir un effet fragilisant sur la dynamique familiale, ce qui peut "donner une vision erronée de la situation". Elisa arrive également à se mettre à la place des parents : "j'imagine que dans la tête des parents il y a tout qui se mélange". Pour elle, il faut ainsi comprendre que les parents ne tolèrent pas le fait qu'on puisse les accuser, que quelqu'un ait pu faire du mal à leur enfant.

Enfin, cette infirmière reconnaît que la relation entre les soignants et les parents est altérée dans ces situations complexes. Elle développe ainsi : "on nous renvoie des choses comme quoi nous sommes méchantes, que nous détruisons des familles, pour les équipes ce n'est

pas facile”. Elle estime alors que le soignant peut laisser paraître une “certaine lassitude” devant ces situations qui ne sont pas valorisantes pour le métier d’infirmier.

La mise en évidence des différentes informations recueillies lors des entretiens me permet de comprendre ce que les professionnelles ressentent face aux situations complexes en pédiatrie, et comment elles s’y adaptent.

La discussion

Dans cette partie, je souhaite offrir une vision globale de mon travail de recherche en confrontant les idées des auteurs à celles des professionnelles, tout en incluant mon propre point de vue. Enfin, j'introduirai la question de recherche soulevée par cette analyse.

Mes recherches sont dans un premier temps axées sur les particularités du travail en pédiatrie. En effet, la prise en soins de l'enfant est spécifique dans le sens où le soignant doit apprendre à connaître l'enfant, qui parfois ne parle pas, pour obtenir sa confiance. Les professionnelles interrogées parlent alors d'adapter leur posture en fonction de l'âge de l'enfant, de ses capacités et de son caractère. Ce qui rejoint l'avis de M. Formarier (1984) qui souligne que les soignants doivent "constamment s'adapter". Ainsi, L. Lagarde (2014) et B. Boulet Denblyden (1998) présentent différents outils de communication afin d'apprendre à cerner l'enfant dans ce nouvel environnement qui est l'hôpital. Bien que les infirmières n'aient pas donné plus de détails sur les moyens de communication qu'elles préconisent pour la relation à l'enfant, je retiens, des propos des auteurs et de mes propres expériences, que le contact entre l'enfant et l'adulte est facilité principalement par le toucher et le regard. La parole n'étant pas acquise chez le nourrisson, il est d'autant plus réceptif aux échanges visuels et tactiles. C'est également par le regard et le toucher qu'il attire l'attention de l'adulte.

Mais le "prendre soin" en pédiatrie ne s'arrête pas là. Comme le dit Elisa lors des entretiens, l'enfant forme un couple avec ses parents, et il est essentiel de les inclure dans cette triade relationnelle pour que l'hospitalisation et les soins soient profitables à l'enfant. Selon E. Debelleix (2011) et Célia Gounin (2016), les parents et leurs capacités constituent une ressource pour les soignants, tant dans la réalisation des soins quotidiens que dans la réassurance et la surveillance des enfants. Les professionnels sont également d'avis que leur présence est un avantage. Mais elles soulignent, comme E. Debelleix (2011), qu'il existe des situations exceptionnelles où le parent, parfois angoissé et fatigué, représente une source de tension au sein de la triade enfant/parents/soignants. C'est également dans ces situations que le soignant doit s'adapter.

Alors comment intégrer les parents aux soins ? Les différents auteurs cités dans le cadre de ma recherche théorique estiment que par l'empathie et l'écoute, les soignants doivent

introduire les soins dans l'environnement familial et non placer le parent en tierce personne. Pour ce faire, Elisa et Stéphanie avancent, en accord avec ce que dit Célia Gounin (2016), qu'il est nécessaire de proposer aux parents de participer aux soins sans que cela soit une obligation. Il me paraît alors important d'aborder le soin à l'enfant en ayant une attention particulière à la place des parents, pour créer une véritable alliance thérapeutique. Je pense également qu'il est indispensable, en tant que jeune professionnelle, d'apprendre à travailler avec ces nouveaux partenaires, chose que nous n'apprenons pas en théorie.

Les parents et les soignants ont d'autres missions communes : répondre aux besoins de l'enfant en bas-âge tout en respectant les droits de celui-ci. Selon M.P. Martin-Blachais (2019), les enfants ont d'abord besoin de sécurité et de protection pour s'épanouir. Elle précise qu'il est d'ailleurs du devoir des parents de protéger l'enfant pour sa sécurité et sa santé. Nous retrouvons dans les entretiens cette notion de "sécurité". Les infirmières, qui ont pour objectif d'apporter sécurité et réconfort aux enfants, comptent néanmoins sur les parents pour accompagner leur enfant dans cet environnement où elles ne peuvent être attentives à chaque instant. De plus, auteurs et professionnels s'accordent pour dire que les parents détiennent, sauf situations exceptionnelles, l'autorité parentale. Les soins ne sont donc entrepris que lorsque l'autorisation de soins est signée par au moins un des parents.

Je prends alors conscience de la nécessité d'entamer une relation sereine avec les parents, sans qui la prise en soins ne pourrait avoir lieu.

Le devoir de protection est ainsi directement lié au statut vulnérable de l'enfant. Définie par M. Liendle comme "une situation de faiblesse à partir de laquelle l'intégrité d'un être est ou risque d'être affectée, diminuée, altérée.", la vulnérabilité se rapproche du concept d'"innocence", utilisé par Elisa pour décrire l'enfant. Je me rapproche alors de l'idée des infirmières, qui estiment qu'un enfant ne grandit pas sans adulte, et qu'il est nécessaire de savoir assurer sa sécurité lorsque les compétences de l'adulte à ses côtés sont défailtantes.

Les auteurs et les infirmières m'ont davantage éclairé sur la nécessité de prendre en compte la totalité des éléments de la situation, afin d'adapter au mieux nos comportements.

Il est vrai que les représentations peuvent venir altérer l'objectivité des professionnels et des parents lors des soins. Les professionnelles complètent les propos de Pauline Hauvuy (2018) en évoquant la place des médias dans nos représentations concernant la maltraitance. Cela me semble adapté de se focaliser sur la situation de l'enfant, sans transposer diverses expériences ou aprioris et en gardant un avis neutre et objectif.

Elles évoquent également le caractère fragilisant de l'hospitalisation pour les familles. Les infirmières et l'auteur s'entendent alors pour dire que les parents peuvent ressentir, à travers leurs propres représentations, de la peur et une impression de jugement de la part des soignants. J'ai également pu observer lors de mes stages que des tensions apparaissent entre soignants et parents lorsque chacun se fait un avis sur l'autre. Je comprends donc par ces recherches, l'importance de valoriser les parents afin de restaurer la relation de confiance. De même, il faut les accompagner en leur apportant notre soutien au quotidien, comme le témoignent les dires des infirmières.

Le concept d'attachement, abordé dans la recherche théorique, semble lui, susciter divers avis de la part des auteurs et des professionnels.

Dans un premier temps, Bowlby, précurseur de la théorie de l'attachement, affirme qu'il s'agit d'un besoin primaire pour le nourrisson. Le concept d'attachement est, selon moi, directement lié au besoin de continuité affective et relationnelle, cité par M.P. Martin-Blachais (2019). L'enfant recherche alors la proximité avec l'adulte de façon à être constamment entouré. De là, naissent les liens d'attachement.

Il semblerait que lors d'une hospitalisation, les liens d'attachement de l'enfant soient perturbés. A.M. Mottaz et A. Pyz (2012) s'accordent avec A. Dubrulle et P. Wanquet-Thibault (2018) pour dire qu'un professionnel qui prend soin de l'enfant en s'investissant dans la relation, devient une personne ressource pour celui-ci. Dans ce sens, Elisa décrit un investissement d'autant plus important lorsque l'enfant a peu de visite et elle reconnaît être sensible à leur demande d'attention. Au contraire, Stéphanie, qui prend en soin l'enfant sur une durée très courte, affirme ne pas créer de lien d'attachement. Je retiens de ces données, que le fait de répondre au besoin affectif de l'enfant est, pour le soignant, un prémice à l'installation d'un lien d'attachement, d'autant plus lorsque les parents ne peuvent assouvir ce besoin par leur présence.

Dans un second temps, A. Dubrulle et P. Wanquet-Thibault, préviennent des risques de l'attachement dans une relation de soins. Du côté du soignant, l'attachement peut, comme les représentations, venir altérer le jugement clinique du professionnel qui risque de perdre son objectivité tout en ayant des difficultés à séparer vie privée et vie professionnelle. De plus, lorsque l'enfant développe des liens d'attachement avec les soignants, ce lien va inévitablement être rompu lors de sa sortie par exemple, un changement brutal pendant lequel l'enfant peut éprouver des difficultés (tristesse, repli sur lui-même).

Nous pouvons découvrir dans les entretiens que les infirmières ne développent pas ces conséquences mais proposent des solutions pour ne pas atteindre ce stade.

Il me paraît alors essentiel de ne pas réprimer ces comportements affectifs qui sont tout de même porteurs pour la relation avec l'enfant. Il s'agit plutôt de mettre des limites comme l'exprime Pascal Prayez (2016) : "L'affect n'est pas absent mais reste contenu, sans débordement de la part du professionnel, qui n'oublie pas le cadre de la rencontre".

C'est ce que les auteurs nomment la "juste distance".

Définie comme "la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places" par Pascal Prayez (2016), la juste distance est une notion abordée à plusieurs reprises lors des entretiens. Les infirmières évoquent alors la nécessité de "prendre du recul" et "d'adopter une posture professionnelle".

S. Monello Houssin (2011), qui ne conçoit pas l'utilisation de la distance dans la relation à l'enfant, précise qu'il existe un lien entre la proximité du soignant avec l'enfant et le degré de sécurité dans lequel il se trouve. Il me semble que la perception d'un potentiel danger pour l'enfant vient définir la place du soignant dans la triangulation enfant/parents/soignant. Le soignant doit alors ajuster son positionnement de façon pertinente en fonction des situations rencontrées.

Les auteurs cités dans le cadre de la recherche théorique associent également l'attachement aux concepts de transfert et de contre-transfert entre patients et soignants. Les auteurs expliquent que le transfert est un processus par lequel l'enfant va déplacer certains sentiments qu'il a pour ses proches vers le soignant qui effectue quotidiennement ses soins. Si les soignants n'ont pas d'outils, outre la juste distance, pour empêcher ce mécanisme naturel chez l'enfant, ils peuvent tenter de limiter le phénomène inverse : le contre-transfert. Le contre transfert est selon Freud, une réponse inconsciente de l'adulte face au transfert de l'enfant. Les professionnelles illustrent cette idée en décrivant des périodes de leur vie où "il y a toujours un effet miroir avec votre enfant, avec votre propre histoire". Mais cette situation peut aussi être bénéfique pour la relation soignant/soigné. F. Molière et D. Friard. avancent alors que le contre-transfert est un "processus particulièrement précieux qui permet d'obtenir une meilleure compréhension du patient et de ses besoins." (2012).

Je réalise, grâce à ces différentes données, que l'attachement et le contre-transfert sont des concepts forts et largement discutés. Il me paraît primordial, dans l'exercice de notre métier d'infirmier, d'être capable de s'interroger sur sa posture professionnelle et sur son investissement personnel, le but étant de créer une relation soignante et non maternelle.

Néanmoins, je pense qu'il est propre à chacun de trouver un équilibre selon ses compétences. Un équilibre dans lequel le soignant s'épanouit sans mêler vie privée et vie professionnelle, tout en garantissant des soins de qualité auprès de l'enfant et de sa famille.

Toutes ces recherches m'ont permis de me questionner sur la place des émotions dans la prise en soins d'un enfant.

La perception des émotions est liée, pour F. Bourdeaut (2006), à l'attachement réciproque entre soignants et soignés. Cet auteur considère que les émotions sont d'autant plus exprimées et sollicitées en service de pédiatrie mais il ajoute qu'il ne faut pas se "laisser emporter dans la douleur de l'autre" ni "tomber dans l'indifférence et la routine".

Alors que les différents auteurs sont partagés entre expression et répression des émotions, les infirmières illustrent lors des entretiens, la possibilité de trouver, une nouvelle fois, un équilibre adéquat. Il me semble alors nécessaire d'accepter de ressentir ces émotions et de s'en servir tant qu'elles sont bénéfiques pour le soin et pour l'enfant. Néanmoins, et comme l'explique une des infirmières, il faut être en capacité de reconnaître ses difficultés, de prendre du recul au moment où la situation nous échappe, où la relation devient néfaste pour l'enfant comme pour le professionnel.

Enfin, Elisa m'a dit pendant l'entretien "ça me touche, mais ça ne m'atteint pas". Cette phrase m'a marqué, puisqu'elle résume ce que l'on peut ressentir en tant que soignant. J'ai été confrontée à certaines difficultés lors de situations à fort potentiel émotionnel en stages, et grâce à l'accompagnement de l'équipe notamment, j'ai pu évoluer professionnellement et me servir de ces émotions pour apporter réconfort et soutien aux familles. Les infirmières que j'ai interrogées m'ont également confirmé que le travail en équipe était un véritable atout en service de pédiatrie où il faut savoir "passer le relai" lorsque l'on ne se sent pas en capacité de poursuivre les soins.

Pour avoir des éléments de réponse adaptés au contexte de la question de départ, j'ai ensuite orienté mes recherches sur les différentes formes de négligences et de maltraitements reconnus dans la société et dans les soins. Je tiens à rappeler que l'Organisation Mondiale de la Santé définit la maltraitance comme "toutes formes de mauvais traitement physique, émotionnel ou sexuel, la négligence ou le traitement négligent, ou les formes d'exploitation, dont commerciales, résultant en un mal effectif ou potentiel à la santé de l'enfant, à sa survie, à son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité,

confiance ou pouvoir”. Il apparaît alors deux formes différentes de maltraitance : les violences, commises volontairement et les négligences, résultant d’une incapacité pour l’adulte (qui n’est pas forcément le parent) à répondre aux besoins de l’enfant.

J’ai également questionné les deux infirmières sur ce sujet. En ce qui concerne les signes d’alerte qui peuvent évoquer une mise en danger de l’enfant, les soignantes relèvent, comme les auteurs, les hématomes et les fractures à répétition. Mais Elisa aborde cette question d’un autre point de vue et estime que nous devons également être attentifs à l’environnement de l’enfant qui peut nous apporter des indices concernant les conditions dans lesquelles il grandit. Elle parle notamment de déceler des comportements inadaptés chez le parent. Il aurait été intéressant que je demande à cette infirmière de préciser le terme de “comportements inadaptés” puisqu’elle dit plus tôt dans l’entretien que par la peur et l’angoisse de l’hospitalisation, les parents peuvent être “un peu perdus”, ce qui fausse notre observation.

Enfin, parmi les conséquences citées par les infirmières, nous retrouvons le décès de l’enfant suite aux violences et un développement psychomoteur et neurologique altéré par la maltraitance. Les auteurs complètent cette liste en s’intéressant de manière plus détaillée aux conséquences à long terme, comme les difficultés à établir des relations personnelles, la prédisposition au retrait social et aux comportements agressifs et les difficultés scolaires puis professionnelles. Il est alors essentiel d’avoir ces connaissances afin de prioriser la protection de l’enfant et d’orienter la prise en soins dans ces situations.

Les soignants en pédiatrie peuvent en effet être confrontés à des situations où la relation thérapeutique est bouleversée par le contexte.

Je me suis alors intéressée au positionnement soignant à adopter dans ce contexte. Les auteurs et les infirmières affirment, dans un premier temps, que leur objectif est d’assurer la sécurité de l’enfant. Pour cela, ils estiment qu’il est nécessaire de ne pas interpréter la situation et de ne pas porter de jugement de valeur afin d’évaluer au mieux les conditions d’hospitalisation de l’enfant et d’instaurer les interventions adéquates. En effet, S. Lachaussée, S. Bednarek et M. Vanmeerbeek (2012) parlent de “repérer les situations à risque et d’orienter les familles vers les structures”.

Ces structures sont alors partenaires des soignants lors de suspicions de maltraitances. Les professionnelles ont pu les citer lors des entretiens : il s’agit alors de la cellule d’accueil spécialisée de l’enfance en danger (CASED), du centre départemental d’action sociale

(CDAS) et de la protection maternelle et infantile (PMI). Dans cette organisation, Elisa décrit le rôle soignant comme un rôle d'application des mesures décidées par d'autres autorités comme la justice. C'est ce que reprend Pauline Hauvuy (2018), qui précise que certains soignants se sentent fautifs lors de signalements bien que leur rôle se limite à transmettre les informations recueillies auprès de la famille. Dans ce sens, la loi stipule que les soignants ne sont pas concernés par le secret médical dès lors que dans leur exercice professionnel, ils présument des violences physiques ou psychiques.

Après avoir associé ces différentes informations, il me paraît judicieux de garder en tête notre devoir de protection de l'enfant. Il s'agit, dans ces situations, d'utiliser toutes les ressources à notre disposition pour avoir un avis objectif, dénué de tout sentiment personnel et ainsi éviter de s'investir individuellement. Par "ressources", j'entends les diverses expériences professionnelles, les différents partenaires comme la PMI par exemple, ainsi que la présence d'une équipe avec laquelle nous pouvons échanger sur les situations.

Nous pouvons découvrir dans les entretiens que les infirmières développent également leur rôle auprès de l'enfant et de sa famille. En effet, Elisa ajoute qu'il "ne faut pas oublier l'enfant", "qu'il faut lui expliquer les choses en mentionnant toujours ses parents". J'associe alors cette idée au besoin d'estime et de valorisation de soi de l'enfant cité par M.P. Martin-Blachais. Il est alors important de considérer l'enfant, d'assurer la continuité des soins et de lui apporter attention et disponibilité quelle que soit la situation.

De plus, la prise en soins continue également auprès des parents. Les infirmières parlent alors d'accompagner le parent en respectant sa réaction face à la situation. Dans la situation d'appel de ce travail de recherche, j'ai pu constater que le parent peut ressentir le besoin de se mettre en retrait par exemple. Je me rapproche enfin de l'idée des professionnelles qui estiment qu'informer et écouter le parent permet de maintenir l'alliance thérapeutique même si la relation est perturbée.

Par cette analyse, nous avons pu remarquer que la prise en soins d'un enfant nécessite l'appropriation de beaucoup de concepts. Le soignant doit appréhender ses propres émotions pour ajuster son positionnement à chaque instant et ainsi garantir la continuité des soins. Il est vrai que le contexte de maltraitance infantile accentue les difficultés soignantes et peut avoir un effet délétère sur la relation de soins.

L'alliance thérapeutique, nécessaire au bon déroulement des soins et du séjour à l'hôpital, est défini par Ricoeur (2001) comme "un pacte basé sur la présence, la confiance et la

conscience comme une alliance scellée entre deux sujets et orientée vers un ennemi commun : la maladie.” Malgré la véracité des propos de ce philosophe, certains obstacles viennent bousculer cette théorie dans les services. En effet, entre attachement, représentations et émotions, les soignants doivent également composer avec les reproches des familles et l’image qu’ils renvoient aux parents. Elisa explique : “on nous renvoie des choses comme quoi nous sommes méchantes, que nous détruisons des familles”. Selon elle, ces propos sont relativement dévalorisants, même s’il ne faut pas oublier de se mettre à la place des parents qui se retrouvent soupçonnés d’actes qu’ils n’ont peut-être pas commis. D’ailleurs, comme nous l’avons évoqué précédemment, les représentations sur le rôle des structures comme la PMI (protection maternelle et infantile) peuvent entraver la relation entre le soignant et le parent.

Pour conclure et suite aux éléments évoqués dans la discussion, je réalise toutes les difficultés de la prise en soins dans un contexte familial complexe comme celui de la maltraitance. Ces données apportent des éléments de réponses à ma question de départ quand à l’importance du positionnement soignant dans l’instauration de la relation thérapeutique avec les parents et l’enfant dans ces situations. Néanmoins, ces informations soulèvent également une autre problématique. Je me questionne alors sur l’importance de l’accompagnement des parents. Ce qui m’amène à la question de recherche de ce travail : « En quoi accompagner les parents d’un enfant hospitalisé pour maltraitance peut-il préserver l’alliance thérapeutique ? ».

Conclusion

La rédaction de ce mémoire d'initiation à la recherche s'est déroulée sur plusieurs étapes. D'abord, afin de trouver le thème sur lequel je souhaitais travailler, j'ai identifié deux situations d'appel pour lesquelles un questionnement a émergé. C'est ainsi qu'est née ma question de départ : *“En quoi le positionnement soignant peut-il influencer l'alliance thérapeutique dans un contexte d'hospitalisation complexe du nourrisson ?”*. Mes lectures, orientées vers ce sujet de recherche, m'ont alors permis de rédiger mon cadre conceptuel. Pour éclairer davantage la question de départ, j'ai ensuite interrogé deux professionnelles. L'élaboration de ce travail de recherche a été un réel plaisir pour moi, malgré le caractère anxiogène de celui-ci. J'ai notamment apprécié pouvoir échanger avec des professionnelles intéressées par mon travail.

Ces recherches me permettent d'abord d'explicitier les différents concepts mis en jeu dans la prise en soins d'un enfant. En effet, les professionnels peuvent être exposés à des situations à fort potentiel émotionnel, d'autant plus dans le monde de la pédiatrie. C'est pourquoi, comprendre les notions d'attachement, transfert et gestion des émotions, me permet d'appréhender ce que ressentent les infirmiers. Ainsi il m'est plus facile de me projeter en tant que futur professionnelle, en m'appropriant les outils tels que la juste distance, pour ajuster mon positionnement dans chacune des situations rencontrées.

L'image que la maltraitance envers les enfants renvoie dans la société est également présente dans les services de soins. Cela peut alors être source de difficultés dans les soins, mais le plus important pour le soignant est de protéger l'enfant, tout en garantissant son bien-être. Pour cela, il est impératif d'assurer l'accompagnement des parents sans faire paraître ne serait-ce qu'une once de jugement.

Enfin, par ce travail, je réalise que la présence de l'équipe lors des soins est une véritable ressource. De plus, j'estime que le fait d'acquérir de l'expérience permet une prise de confiance en soi dans les soins techniques comme dans la relation avec l'enfant et ses parents. Ceci favorise alors le maintien de l'alliance thérapeutique dans les situations complexes.

Pour conclure, ce travail de recherche a été très enrichissant pour compléter mes connaissances sur l'enfant et sur la spécificité de la prise en soins en pédiatrie, mais également pour approfondir des concepts théoriques utiles dans la relation soignant/soigné

tels que la juste distance, l'attachement et les émotions soignantes. Cela est valorisant et satisfaisant, à la fin de ces trois années d'étude, de pouvoir travailler en autonomie, avec l'aide et les conseils des formateurs. Je souhaite alors dans mon futur exercice, pouvoir répondre aux besoins et attentes de l'enfant et de sa famille tout en maintenant une posture professionnelle adaptée aux situations.

Bibliographie

Ouvrages :

Boulet Denblyden, B. (1998). Le bain de Joco. Dans Geneviève Appell et Anna Tardos (dir.), *Prendre soin d'un jeune enfant. De l'empathie aux soins thérapeutiques* (p.118-120). Editions Erès.

Couzon, E. et Dorn, F. (2007). Les émotions. Issy les Moulineaux : ESF.

Defresne, C. (2009). Maltraitance. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (p. 282). Lyon : Mallet Conseil.

Diné, L. (1991). *Infirmières d'aujourd'hui - Soigner les tout-petits hospitalisés*. Bayard Editions. 65-69.

Dumas, I., Bombarde, Y. et Bombarde, S. (2018). *Plus jamais sans toi Louna*. Edition Flammarion.

Fernandez, L. (2012). Emotions. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (2è éd., p. 164-167). Lyon : Mallet Conseil.

Formarier, M. (1984). *L'enfant hospitalisé au coeur des soins infirmiers*. Editions Le Centurion.

Guedeney, N. et Guedeney, N. (2002). *L'attachement - Concepts et applications*. Paris : Masson.

Lebovici, S. (1998). Empathie et soins. Dans Geneviève Appell et Anna Tardos (dir.), *Prendre soin d'un jeune enfant. De l'empathie aux soins thérapeutiques* (p.81-89). Editions Erès.

Liendle, M. (2012). Vulnérabilité. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (2è éd., p. 304 -305). Lyon : Mallet Conseil.

Mateo, M.-C. (2012). Alliance thérapeutique. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (2è éd., p. 64-66). Lyon : Mallet Conseil.

Molière, F. et Friard, D. (2012). Contre-transfert. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (2è éd., p. 325-327). Lyon : Mallet Conseil.

Molière, F. et Friard, D. (2012). Transfert. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (2è éd., p. 322-324). Lyon : Mallet Conseil.

Mottaz, A.-M. et Pyz, A. (2012). Attachement. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (2è éd., p. 79-81). Lyon : Mallet Conseil.

Prayez, P. (2016). *Julie ou l'aventure de la juste distance*. Rueil Malmaison : Lamarre.

Articles :

Bourdeaut, F. (2006). Les émotions dans la relation de soin : des racines de leur répression aux enjeux de leur expression. *Ethique et santé*, 3 (3), 133-137.

Debelleix, E. (2011). Parents à l'hôpital. Soins en Pédiatrie, partenaires légitimes. *L'infirmière magazine*, n°272, 12-15

Dubrulle, A. et Wanquet-Thibault, P. (2018). Trouver la juste distance relationnelle entre enfant soigné et soignant. *Cahier de la puériculture*, n° 315, 12-17

Gounin, C. (2016). Accompagner la famille d'un enfant hospitalisé – Dossier communication. *L'aide soignante*, n° 174, 30-32.

Hauvuy, P. (2018). Les difficultés des professionnels face au signalement d'un enfant en danger. *Métier de la petite enfance*, n° 254, 28-29.

Lacharié, C., Ethier, L. et Nolin, P. (2019). Négligences envers les enfants : état des connaissances et modalités d'intervention. *La santé en action*, 447, 13-16.

Lagarde, L. (2014). Interactions soignant - nouveau-né et relation de soins. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, n° 278, 14-17.

Martin-Blachais, M.-P. (2019). Il y a consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant. *La santé en action*, 447, 5-7.

Monello Houssin, S. (2011). Distance et proximité dans la relation professionnel/enfant. *Métier de la petite enfance*, n° 172, 14-16.

Phaneuf, M. (2013). L'intelligence émotionnelle, un outil du soin. *Santé mentale*, n° 177, 54-59.

Textes législatifs :

Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale. (2002). JORF n°4161, 5 mars. Repéré à :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000776352&categorieLien=id>

Loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 relative au secret professionnel. (2015). Art. 1. Article 226-14 du code pénal. Repéré à :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031428820&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20151107>

Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. (2016). JORF n°0063, 15 mars. Repéré à :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032205234&categorieLien=id>

Pages web :

Bonnet, T. (2015). La normalisation du rôle parental par une équipe soignante. *Recherches familiales*, n°12, 223-234. Repéré à :

<https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2015-1-page-223.htm>

Buisson, F. et Durkheim, E. (1911). Enfance. Dans *Nouveau dictionnaire de pédagogie et d'instruction primaire*. Repéré dans le site de l'institut français de l'éducation :

<http://www.inrp.fr/edition-electronique/lodel/dictionnaire-ferdinand-buisson/document.php?id=2655>

Emotion. (s.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829>

Frisch-Desmarez, C. et De Vriendt-Goldman, C. (2011). Particularités du contre-transfert dans les psychothérapies psychanalytiques précoces. *La psychiatrie de l'enfant*, n°54, 309-354. Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2011-2-page-309.htm>

Guedeney, N. (2008). Les émotions négatives des professionnels de l'enfance confrontés à la situation de placement : l'éclairage de la théorie de l'attachement. *Devenir*, n°20, 101-117. Repéré à :

<https://www.cairn.info/revue-devenir-2008-2-page-101.htm>

Lachaussée, S., Bednarek, S., Absil, G. et Vanmeerbeek, M. (2012). Les enfants négligés : ils naissent, ils vivent mais ils s'éteignent. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, n°1, 4-9. Repéré à :

<https://www.cairn.info/revue-carnet-de-notes-sur-les-maltraitances-infantiles-2012-1-page-4.htm>

Mistycki, V. et Guedeney, N. (2007). Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. *Recherche en soins infirmiers*, n° 89, 43-51. Repéré à :

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-43.htm>

Mougel, S. (2014). Le partenariat parent-soignant en pédiatrie. *Soins Pédiatrie Puériculture*, n° 277, 14-16. Repéré à : <https://www.em-premium.com/article/885812>

Où commence la maltraitance ? [En ligne] Consulté le 29/11. Repéré à :

<https://www.actionenfance.org/ou-commence-maltraitance>

Qu'est-ce que la maltraitance faite aux enfants ? (2018). Repéré dans le site du Ministère des solidarités et de la Santé, section Affaires sociales - Familles - Enfance - Protection de l'enfance :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/article/qu-est-ce-que-la-maltraitance-faite-aux-enfants>

Annexes

- I- Situations d'appel et questionnement en version longue
- II- Le guide d'entretien
- III- Retranscription des entretiens

I- Situations d'appel et questionnement en version longue

Lors de mon stage de semestre 5, que j'effectue dans un service de pédiatrie prenant en charge les nourrissons, plusieurs situations m'ont interpellé quant à la relation de soins particulière instaurée entre enfants, parents et soignants. En voici deux.

Une première situation concerne la prise en charge de Jules*. Jules est un petit garçon de 3 ans, hospitalisé à cette période pour la 4ème dilatation œsophagienne. En effet, à l'âge de 13 mois, une ingestion de produit domestique caustique de type « destop » a provoqué une brûlure complète de l'œsophage et de l'estomac, entraînant la pose d'une gastro-stomie pour permettre l'alimentation et l'administration des traitements. Cet enfant est en attente d'une greffe et revient donc régulièrement dans le service des nourrissons pour effectuer, au bloc opératoire, une dilatation de l'œsophage et ainsi éviter l'atrésie complète. Jules n'ingère que de l'eau par voie per os. Il est « formé » à l'utilisation de son bouton de gastro-stomie et aide les puéricultrices à administrer les médicaments. Il y a quelques mois, Jules est ré-hospitalisé dans ce service pour noyade dans la baignoire, accident survenu au domicile. Depuis cette date, Jules a été placé en famille d'accueil, ses parents ont le droit de visite médiatisée (accompagné de la famille d'accueil) mais gardent l'autorité parentale. De ce fait, il ne peuvent être présents toute la journée auprès de Jules mais sa mère prend régulièrement de ses nouvelles par téléphone. Les soins sont réalisés sans concertation des parents, les puéricultrices connaissent parfaitement les habitudes de Jules concernant les traitements mais aussi l'alimentation entérale par exemple et n'informe pas sa mère quant à la durée programmée ou le changement de composition de la nutrition. La triangulation enfant, parents, soignants en pédiatrie semble altérée et entraîne une relation de soins particulière entre l'enfant et les soignants mais également entre les parents de Jules et les soignants.

Toujours dans ce même stage, en unité de pédiatrie, j'ai eu l'occasion de prendre en charge Noémie*, petite fille de 18 mois, hospitalisée sur la demande de la CASED (cellule d'accueil spécialisée de l'enfance en danger) pour effectuer un bilan et réaliser divers examens (scintigraphie osseuse, bilan sanguin, IRM cérébrale...). Cette demande est effectuée à la suite de l'hospitalisation de son petit frère (3 mois) en réanimation pour des signes du syndrome de bébé secoué.

Dans cette situation, alors que Noémie ne montre aucun signe pathologique, c'est la relation thérapeutique avec ses parents qui m'a semblé compliquée. Les parents de Noémie se relaient auprès de leurs enfants et dorment à la maison des parents. Ils s'occupent des soins d'hygiène de Noémie ainsi que de l'alimentation, mais dès qu'un soignant entre dans la chambre, pour proposer de l'aide, faire le ménage quotidien ou tout simplement proposer le repas, son père notamment, se met à l'écart, préférant nous laisser libre choix pour l'alimentation par exemple ou encore nous laissant donner le bain de Noémie seul les premiers jours d'hospitalisation. L'ambiance semble oppressante, que ce soit pour Noémie, ses parents ou pour les soignants. J'ai l'impression que chacun d'entre nous pèse ses mots, n'ose pas s'exprimer...

J'ai également eu l'occasion d'assister à la pose d'un cathéter obturé pour préparer l'examen de scintigraphie. Lors de ce soin de nature anxiogène et parfois douloureuse pour les nourrissons, nous sommes 2 soignants auprès de Noémie. Je propose alors à son père de nous aider, de tenir le masque de MEOPA par exemple (anxiolytique procurant une analgésie). Mais après 2 sollicitations de ma part, celui-ci refuse, préfère sortir de la chambre et réplique « vous le ferez mieux que moi ». Nous avons donc réalisé la pose de perfusion sans la présence des parents dans la chambre.

Enfin, le comportement de Noémie a changé après 3 jours d'hospitalisation. La petite fille de nature calme et joueuse, pleure plus souvent, demande de la présence autour d'elle et mange moins qu'à son habitude.

**Prénoms modifiés pour préserver l'identité des enfants.*

Mon questionnement :

Ces situations m'ont permises d'établir un questionnement de départ. Je me suis alors demandé quelle-est la place des émotions des soignants dans ces situations ? Ces comportements traduisent-ils de l'attachement de la part des soignants ? Cet attachement apporte-t-il des bénéfices à la relation de soins avec l'enfant ? Ces attitudes peuvent-elles amener les parents à ne plus se sentir à leur place dans la prise en charge de l'enfant ? Et quelle place donne-t-on alors aux parents ? Au contraire, la distance est-elle instaurée par les soignants inconsciemment ? Exercent t-ils un jugement sans même s'en apercevoir, ce qui pourrait altérer la relation dans le soin ? Alors qu'en pédiatrie le soin nécessite une collaboration entre parents et soignants, dans ces situations, les parents font-ils confiance aux soignants ? Et inversement, l'équipe, au vu de ses expériences et de ses représentations, arrive t-elle à faire confiance aux parents ?

Est-ce les représentations des soignants sur le contexte familial de l'enfant qui les portent à agir différemment ? Et de quelle manière peuvent-ils prendre de la distance au vue de la situation pour optimiser la prise en charge ? Quel est l'impact dans la relation triangulaire enfant/parents/soignants ? La rupture de coopération entre ses parents et les soignants est-elle source d'angoisse pour l'enfant ?

Ce sont également les conséquences pour l'enfant qui m'ont interpellé. Quels sont les besoins d'un enfant en bas-âge au niveau affectif ? Quels sont les besoins des enfants lors d'un soin invasif ? Comment la prise en charge uniquement soignante influence t-elle le développement de l'enfant ? Est-ce que l'absence des parents pendant les soins n'instaure pas un climat plus anxiogène pour l'enfant ?

II- Le guide d'entretien

Introduction : Je m'appelle Océane Latimier, je suis élève infirmière à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Pontchaillou. Je m'entretiens avec vous aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire de recherche qui a pour thème « L'alliance thérapeutique avec le parents dans un contexte de soins complexe ». Cet entretien durera environ 30 minutes. Je souhaite assurer l'anonymat de celui-ci. Consentez-vous à l'enregistrement de nos échanges ?

1^{ème} partie de l'entretien : Le vécu des soignants en service de pédiatrie

- Quelles sont pour vous, les spécificités dans la prise en soins de l'enfant ?
Qu'est ce qui est, pour vous, le plus difficile dans la relation de soins avec l'enfant ?
- J'ai entendu parler de la notion d'attachement, avez-vous des exemples de situations soignantes pour illustrer cette théorie ?
- Que pouvez-vous me dire concernant la gestion de vos émotions dans un service de pédiatrie ? (émotions positives comme émotions négatives)
Si je vous parle de transfert/contre transfert, que pouvez-vous me dire ?

2^{ème} partie de l'entretien : Le rôle des parents - Appréhender les situations de maltraitements et négligences dans un service de soins - L'impact du contexte sur la relation thérapeutique

- Selon vous, quel rôle peuvent avoir les parents lors de l'hospitalisation de leur enfant ? Dans votre quotidien, quelle place laissez-vous aux parents dans la prise en soins de leur enfant ? (assister, participer aux soins, administrer les traitements) Quels sont les avantages et inconvénients de leur présence ? Quels sont les avantages et inconvénients de leur absence ?
- Quelles stratégies adoptez-vous pour inclure le soin dans la dynamique familiale sans bousculer cet équilibre ?
- L'enfant étant vulnérable, comment se traduit dans les soins votre devoir de protection ?
- Quels signes auprès de l'enfant et de ses parents peuvent vous faire penser à un risque de négligences ? Est-il toujours évident de la déceler ?
- Quelles conséquences observez-vous chez les enfants concernés ?

- Lors d'un signalement à la protection de l'enfance, quelles sont les modalités mises en place par l'équipe pour assurer l'accompagnement de l'enfant et de sa famille ? (autres intervenants ? Entretiens ?)
- Comment, dans votre rôle infirmier, optimisez-vous la relation de soins avec les parents dans les conditions de suspicions ou de maltraitances avérées ?

Conclusion : Donc si je reprends ce que vous avez pu me dire au cours de l'entretien :.....

L'entretien touche à sa fin. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Je vous remercie de m'avoir accordé ce temps d'échange. Je garantis de nouveau l'anonymat de cet enregistrement et de son unique utilisation dans le cadre de mon mémoire de recherche.

III- Retranscription des entretiens

Entretien n°1

L'IDE 1 interviewée est diplômée infirmière depuis 1989 et exerce à présent dans un service d'urgences pédiatriques.

Etudiante : Je m'appelle Océane Latimier, je suis élève en 3ème année à l'institut de formation de Rennes à Pontchaillou, et je m'entretien avec vous dans le cadre de mon mémoire de recherche qui a pour thème l'alliance thérapeutique avec le parent dans un contexte de soins complexe.

IDE 1 : D'accord...

Etudiante : Cet entretien peut durer jusqu'à 30 minutes et j'assure l'anonymat de celui-ci. Êtes-vous d'accord pour que j'enregistre nos échanges ?

IDE 1 : Oui !

Etudiante : J'ai prévu une première partie de l'entretien sur le vécu des soignants par rapports à ces situations complexes. Donc, vous qui êtes... un peu au cœur de l'arrivée des familles, des parents dans... dans l'hospitalisation, quelles sont pour vous les spécificités dans la prise en soin de l'enfant ?

IDE 1 : Dans ces situations la ou ... ?

Etudiante : Non pas forcément, dans la globalité.

IDE 1 : Euh... pour moi c'est l'accueil qui prime, toujours bien se présenter, se situer par rapport à l'enfant, qui on est ... accueillir les parents. Spécificités de l'enfant... se mettre à sa portée bien sûr, en fonction de son âge de ses capacités et puis informer les parents, au maximum du déroulé de la prise en charge aux urgences !

Etudiante : D'accord ! Et, est-ce que, si vous en avez, vous pourriez me dire quelles sont les difficultés dans la prise en soins de l'enfant ? Qu'est ce qui est le plus difficile dans la relation à l'enfant ?

IDE 1 : Euh... les situations où l'enfant, je pense plus là aux plus grands, je pense aux situations d'agitations, ou l'enfant n'est pas d'accord de venir aux urgences, plus les adolescents, mal être d'agitation, je pense à ceux là. Et sinon dans les plus petits, les difficultés... bah effectivement l'enfant qui pleure beaucoup, avec qui on n'arrive pas à entrer en relation parce qu'il n'y a que ses parents, qu'il a peur, enfin il y a plein plein de facteurs... donc... [Silence]

Etudiante : et est ce que vous éprouvez parfois des difficultés avec les familles ? Les parents?

IDE 1 : Alors des difficultés quand le parent euh... c'est un peu toujours les mêmes raisons, est inquiet, euh.. qui veut que son enfant, que c'est une urgence pour son enfant, qui ne comprend pas le mot urgence, qui ne veut pas attendre, que son enfant sorte en étant guéri, qu'on ai fait.. .voilà le maximum et que... donc y a ça ! Il y a ... après le parent ou l'enfant est roi, quand même entre guillemet, et que c'est l'enfant qui décide, qui commande, il ne faut pas brusquer l'enfant... Faire un aérosol bah oui mais il ne veut pas, donner le médicament mais il ne veut pas ... enfin voilà, ça c'est des difficultés rencontrées oui !

Etudiante : D'accord... ok...

IDE 1 : C'est là ou il faut vraiment l'alliance, mais ce n'est pas facile ...

Etudiante : Si je comprend bien c'est plus de travail pour arriver à ces fins..

IDE 1 : Exactement ! Toujours être en confiance, et faire les soins dans... bah dans un climat de confiance, moi je dis c'est toujours ça !

Etudiante : Très bien... Sinon dans mes recherches, j'ai abordé la notion d'attachement. Donc l'attachement dans le lien parent-enfant mais également l'attachement ou le risque d'attachement dans le lien soignant-soigné. Est-ce que vous avez des exemples de

situations ? Même si je sais que les hospitalisations ou le passage ici aux urgences est très rapide, mais y a-t-il des situations où vous avez senti une sorte d'attachement pour l'enfant ?

IDE 1: Non ! Pas d'attachement, enfin non, de ce côté là je suis assez... je prends du recul, enfin... non, par contre effectivement, il y a des enfants pour lesquels on est... quand la confiance est installée, le lien... ou on sent vraiment qu'on est en interaction avec l'enfant, mais je , non, je ne me suis pas attaché à des enfants. Non, non non... je dirais ou la confiance, c'est vrai on dit bien qu'avec certains ça passe mieux, c'est pas un terme médical mais voilà, je veux dire mon princip... enfin mon objectif est que l'enfant soit en confiance, qu'il ait ses soins dans les meilleures conditions, que je lui apporte de la sécurité, de l'assurance, un réconfort, et quand l'enfant ressort et qu'il vous fait un dessin ou un bisou ou ... que les parents vous disent merci, forcément que c'est une satisfaction supplémentaire je veux dire mais c'est pas pour ça que je vais m'attacher, non ...

Etudiante : D'accord, je vois... et du coup dans un ... enfin je sais que les émotions du soignant sont mises à profit...

IDE 1: Oui...

Etudiante : ... dans la relation et dans le soin. Qu'est ce que vous pouvez me dire concernant la gestion de vos émotions en service ?

IDE 1: [Silence] Je pense que j'arrive à les gérer... [Silence]. Oui je n'ai pas de souvenirs... ça arrive très rarement, j'ai le souvenir d'une fois ou peut être je pense que j'aurais pu pleurer avec les parents parce que le diagnostic d'un cancer aux urgences avait été la... enfin pas brutal de la part des médecins mais les parents ne s'y attendaient pas, enfin voilà... j'ai le souvenir d'une situation comme ça.
Non... autrement on est là, présents, à écouter les parents, pas forcément à parler..

[Silence] À proposer s'ils ont envie de boire quelque chose... voilà ! Mais je n'ai pas de souvenirs ou ça a été difficile et compliqué aux urgences... en sachant bien sûr par rapport à des services où j'ai travaillé avant ou c'était... on avait des décès, enfin.. Après quand on

accueille aussi les morts inexplicables du nourrisson mais ça ne m'est pas arrivé de ne pas pouvoir gérer une situation difficile.

Etudiante : D'accord !

IDE 1: Ou peut être une fois, c'est ... bien avant, une famille où j'ai quand même dit à un médecin "je ne vais plus continuer à m'occuper de cette famille", c'est rare, mais avec les parents ça ne passait pas du tout et je passe le relais !

Etudiante : Oui, c'est aussi être professionnel...

IDE 1: Voilà être professionnel, on est une équipe, c'est comme quand il y a des soins ou on arrive pas, on passe le relais à un collègue...

Etudiante : Oui il faut savoir et pouvoir passer le relais et se servir de l'équipe ?

IDE 1: Exactement !

Etudiante : Et est-ce qu'il y a des situations où vous avez remarqué qu'il y avait potentiellement un transfert ou un contre-transfert par rapport à vos émotions ? Aux situations familiales ?

IDE 1: Oui, au départ ! Il y a très longtemps.. oui, en réanimation, pour des raisons personnelles on se dit qu'il faut quitter le service car ça devient trop difficile.. Ce n'est plus s'occuper d'une situation mais de se dire voilà "je ne suis plus en capacité à..", je change de service !

Etudiante : C'est donc savoir se remettre en question et s'adapter à ses propres capacités ?

IDE 1: Savoir s'adapter, toujours.

Etudiante : Ok... On va pouvoir passer à la deuxième partie de l'entretien. Du coup j'ai des questions par rapport au rôle des parents, l'appréhension des situations de maltraitances et

de négligences dans le service de soins et à l'impact du contexte sur la relation thérapeutique.

IDE 1: D'accord !

Etudiante : Selon vous, quels rôles peuvent avoir les parents lors de l'hospitalisation de leur enfant, dans le quotidien ou dans les soins ?

IDE 1: D'une, déjà il faut savoir qu'on leur demande d'être présents. Aux urgences, on demande à un parent d'être présent car justement on n'est pas dans un service d'hospitalisation, et pour la sécurité de l'enfant car quelque soit son âge, il est installé sur un brancard et c'est vrai que ce ne sont pas des petits lits, donc ils ne sont pas en sécurité s'ils sont tout seuls. Et effectivement, comme il y a beaucoup de personnes, beaucoup de soins et que ça tourne beaucoup, euh... l'enfant, il n'a pas la surveillance... et puis c'est vrai, tant que l'enfant peut être amené par les pompiers donc en attendant les parents.. On reste auprès d'eux, les plus grands peuvent rester à l'accueil avec nous.

Etudiante : Hm... et c'est aussi une question de responsabilités ? Ou vous pouvez prendre en soins les enfants sans le consentement parental ?

IDE 1: Ah oui, oui ! Bien sur, mais on ne peut pas... on peut prendre en charge, prendre les constantes, les installer, mais dès lors qu'il s'agit de réaliser un soin, il nous faut l'autorisation de soins donc on ne peut pas réaliser de soins... et ça les médecins, euh... bah attendent et bien sûr... sauf une urgence vitale ou un enfant en déshydratation... enfin c'est de la non assistance en personne en danger la ! Mais pour un traumatisme, ou je pense à une plaie à suturer c'est sur on attend le parent. Ni un bilan sanguin, ni ... même un aérosol, il faut l'accord du parent ! Si on fait signer une autorisation de soin c'est bien pour ça.

Etudiante : Ok... et du coup, est ce qu'il y a que des bénéfices à la présence des parents ou est ce qu'il peut aussi y avoir des désavantages à ce que les parents soient présents ?

IDE 1: Ah bah je dirais que 9 fois sur 10 c'est quand même un avantage, après... il arrive dans des situations plus difficiles ou c'est préjudiciable pour l'enfant... ou parfois... alors moi,

c'est de plus en plus rare que je demande aux parents de sortir lors d'un soin. 'est vraiment quand on y arrive pas et qu'on sent que le parent n'est pas aidant, hm... c'est quand même très exceptionnel, ou parfois dans les... situations, chez les ados, pré-ados ou adolescents qui sont en conflits avec leurs parents et ou on se dit "bon, il est calme, si le parent rentre.. ca va monter, il va s'agiter.." enfin voilà, il y a des fois, il faut effectivement, que le parent rentre en relation mais après avoir rencontré peut être l'équipe pédopsy, enfin voilà après avoir mis des choses en place quoi, il ne faut pas non plus se dire "là on va y retourner au clash" ... il y a quand même quelques situation où effectivement... ca peut être préjudiciable à un moment donné.

Etudiante : Oui, je vois.. d'accord ! Vous y avez partiellement répondu, mais quelles stratégies est-ce que vous adoptez pour inclure les parents dans cette alliance thérapeutique ? est ce que vous leur proposez de participer aux soins ?

IDE 1 : Alors, oui ! Toujours d'être... alors toujours se présenter à l'enfant et aux parents, moi je trouve que c'est important.. moi je dis mon prénom, toujours, ma fonction... et c'est vrai que je trouve que.. dans la relation souvent après l'enfant s'il emploi mon prénom au contraire, enfin la je trouve que la déjà "hop" on a franchi un cap quoi !

Etudiante : Ca veut dire que vous recherchez l'accroche ?

IDE 1 : Oui il y a une accroche, et ça souvent c'est important... après les parents, ils savent à qui s'adresser, et puis ... on est entré en relation et tout ce qui va être du soin, de l'approche de l'enfant ou du soin, qui va être plus difficile ou qu'un enfant appréhende. Il va sentir qu'on est en triangle et que ça fonctionne ! Maman elle a confiance, Papa il a confiance donc moi j'ai confiance...

C'est vraiment une triangulation ça c'est sur, et on le sent bien ! Si le parent déjà dit "il n'aime pas les infirmières, il a déjà eu mal, ça s'est mal passé..." "ah bah là vous nous aidez pas... [Rires]". Donc on va tout mettre en œuvre pour que ca se passe différemment. Il faut toujours être en lien ! Mais c'est sure que ce n'est pas facile, et s'il y a... moi je trouve ou c'est plus délicat, enfin ... quand il a les parents, qui ne sont parfois eux pas d'accord ou n'ont pas la même attitude, et nous, on est un petit peu entre les deux.

Etudiante : D'où l'importance d'appréhender la dynamique familiale j'imagine ?

IDE 1 : Oui voilà, et je dirais aussi des fois le plus compliqué c'est les grands parents qui s'interposent... alors moi j'essaye de me concentrer et de parler d'abord aux parents et je peux si besoin faire comprendre aux grands parents qu'il a sa place mais... dans les décisions ce sont les parents en priorités ! et c'est vrai que dès l'accueil, c'est les parents d'abord.. Après, tout dépend, l'organisation familiale et le cercle familial ... après on ne change pas tout mais moi je me concentre... pour s'adapter à chaque situation en respectant la place de chacun dans la famille.

Etudiante : Ok... et du coup dans les situations où il y a suspicion ou de maltraitances ou de négligences auprès des enfants, qu'est ce que vous, vous mettez en place dans votre devoir de protection de l'enfant, surtout pour les enfants en bas-âge qui ne peuvent s'exprimer ?

IDE 1 : Oui... [Silence]. Alors, après c'est toujours des situations évidemment plus difficiles, mais on ne sait pas quel est le parent, je veux dire... parfois c'est les parents qui amènent l'enfant, il vient pour tel motif, on suspecte une maltraitance mais peut être que c'est une des parents ; on ne sait pas !

Moi j'essaye de rester dans le soin, à l'enfant... on ne peut pas empêcher les parents.. Enfin on n'est pas les policiers, on n'est pas le juge, on n'est pas... voilà ! On en sait rien du tout donc en général on adopte à peu près la même attitude, sauf si ... si je sens que l'enfant peut être en danger là, immédiatement avec son père ou sa mère parce qu'il va être violent donc là évidemment je le protège et je vais demander aux parents de sortir ou je demande au médecin de s'interposer. Mais voilà je ne peux pas avoir une attitude si différente que ça tant qu'on est dans la suspicion.

Etudiante : Oui. Et si, puisque..

IDE 1 : Après nous ne sommes pas en hospitalisation ici...

Etudiante : Aussi oui ! J'ai une autre question pour vous, quels sont les signes, auprès de l'enfant ou de ses parents qui peuvent vous faire penser à un risque de maltraitances ou de négligences quand ils arrivent aux urgences ?

IDE 1: Alors, c'est les hématomes, bien sur... très souvent ! Ca peut être l'attitude de l'enfant, ca dépend de son âge, ou parfois dans ... dans un entretien ou interrogatoire de l'enfant, il peut être amené à parler tout simplement dire "non arrête papa" ! J'ai un exemple d'une petite fille hospitalisée à l'UHCD ou l'on suspectait fortement c'est sur... et l'enfant appelait sa maman au téléphone en disant "si vient me chercher maman et ne me tape plus"... enfin voilà !

Aux urgences c'est quand même plus rare, mais ca peut être le cas. En général le parent vient avec l'enfant et souvent accuse entre guillemets l'autre parent qui souvent n'est pas là. C'est d'ailleurs souvent les séparations, les conflits entre les parents, et "je récupère mon enfant de ce soir, et ma fille me dit que..."

Etudiante : Donc vous dites que ce sont des contextes familiaux particuliers que vous pouvez repérer ?

IDE 1: Oui quand même, mais ca peut aussi arriver dans toutes autres familles...

Etudiante : Et est ce que ça vous arrive aux urgences de faire appel à la protection de l'enfance ou c'est plus souvent en hospitalisation longue ?

IDE 1: Non car en fait, nous ce qu'il se passe quand on a une suspicion, on a la cellule d'accueil de l'enfance en danger, la CASED, justement le dossier est transmis directement à la CASED et c'est eux qui prennent le relai !

Etudiante : D'accord...

IDE 1: Sauf si dès les urgences, le médecin estime qu'il va faire un signalement, il va le faire bien sûr mais c'est toujours ... et tous les dossier sont transmis à la CASED.

Etudiante : Ok ! Et vous êtes amenés à faire des informations préoccupantes ?

IDE 1: Oui ça arrive aussi que les médecins en fassent ! Ca peut être pour accident domestique grave également, ce qui est arrivé hier... quand un grand frère a donné un médicament de façon involontaire mais voilà c'est quand même un accident grave, la maman est informée bien sûr.

Etudiante : Oui je vois, d'accord... Et quelles conséquences vous observez pour les enfants concernés par la maltraitance, enfin les conséquences lourdes (autres que les hématomes) ?

IDE 1: Oui je vois! Et bien les conséquences lourdes ça peut aller jusqu'à la mort de l'enfant ! Bien sur puisque l'on a des morts inexplicables du nourrisson qui ne sont autres que des enfants battus très sévèrement et malheureusement... ou des séquelles graves, comme le syndrome du bébé secoué, une cécité... des fractures, un développement neurologique, psychomoteurs, des retard d'acquisition.

Etudiante : Et du coup, comment, dans le rôle infirmier, vous optimisez la relation avec les parents dans ces conditions précises de suspicion, de maltraitance ou de négligence? Vous y avez déjà un peu répondu...

IDE 1: Oui, bah oui, oui ... J'essaye de ne pas... [Silence]. Il faut être professionnel. Mais bien sûr que ce n'est pas pour ça qu'on ne ressent pas des émotions, mais... Après, c'est vrai que ça fait longtemps que je n'ai pas travaillé en hospitalisation ou il peut y avoir des situations, mais ...

Je pense que j'essaye d'être neutre, enfin impartiale, ne pas m'impliquer, mais comme je m'implique pas personnellement dans d'autres relations. Toujours être le plus professionnelle possible, ne pas faire paraître ses émotions et ne pas porter de jugement, même si on peut en avoir un, bien sûr, intérieurement.

Parce qu'on est toujours dans la suspicion et qu'il faut être très prudent aussi.

Etudiante : Très bien... bon, après toutes ces réponses je pense pouvoir clôturer cet entretien. Voulez-vous ajouter quelque chose qui pourrait m'aider pour mon sujet de mémoire ?

IDE 1: Hm... non... Vous avez rencontré les puéricultrices de la CASSED ?

Etudiante : Je les ai rencontrées lors de mon stage en pédiatrie mais pas lors d'entretien approfondi comme celui-ci !

IDE 1: Voilà, après voilà, moi je reste en me disant toujours ces suspicions, voilà qu'il faut être prudent, mais en ayant les signes d'alerte en tête ...

Je me souviens quand même d'une situation où l'enfant était venu avec sa maman et le papa devait frapper, je pense, la mère et l'enfant, et le père est arrivé en furie... Et là, effectivement, là, on s'est dit "il peut frapper la mère et l'enfant" et donc on les a séparé. Et puis là, c'est judiciaire tout de suite, évidemment, mais c'est une situation exceptionnelle. J'ai vécu ça une fois aux urgences. Mais là, effectivement, on protège. C'est plus souvent les gardes d'enfants alternées... le parent après le week-end ou avant le week-end, vient avec l'enfant et suspecte l'autre parent. Ca fait souvent des conflits parentaux !

Etudiante : D'accord... et bien je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et je garanti à nouveau que l'anonymat sera conservé pour cet enregistrement.

IDE 1: J'espère que ça vous aura aidé en tous cas !

Etudiante : Beaucoup, merci encore !

Entretien n°2

L'IDE 2 est infirmière puéricultrice depuis 30 ans. Après avoir travaillé en chirurgie infantile, puis en oncologie pédiatrique, elle travaille actuellement dans un service prenant en charge les nourrissons de 0 à 4 ans en hospitalisation.

Etudiante : Étant en stage dans votre service au semestre 5, j'ai décidé de faire mon mémoire de recherche sur l'alliance thérapeutique avec le parent, dans un contexte de soins complexe comme suspicion ou maltraitance avérée ou les négligences. Du coup... l'entretien durera à peu près 20 minutes. Êtes-vous d'accord pour que je l'enregistre ?

IDE 2 : Oui, pas de problème pour moi.

Etudiante: Donc la première partie de l'entretien, je l'ai créée sur le vécu des soignants en pédiatrie puis dans les situations complexes. Ma première question est alors : quelles sont pour vous les spécificités dans la prise en soins de l'enfant ? Dans la globalité ?

IDE 2: En général ?

Etudiante: Oui !

IDE 2: Prendre soin d'un enfant c'est prendre soin de l'enfant et de ses parents. C'est à dire que ... les uns ne vont pas sans les autres et il faut vraiment établir une relation de confiance chez les uns et les autres et c'est très important.

Un parent qui ne va pas bien, ça majorera l'état de santé de son enfant. Et un enfant qui ne va pas bien va stresser les parents. Voilà ! On est toujours un peu dans... dans cette relation... dans cette triade et dans ce couple que forment l'enfant et ses parents.

Etudiante: D'accord... Et qu'est ce qui est pour vous le plus difficile dans cette relation triangulaire justement ?

IDE 2: Euh... Alors c'est de voir comment fonctionne ce couple, relation qui est obligatoirement perturbée par la maladie. Oui c'est vraiment ça... comment fonctionne le couple, comment fonctionne l'enfant avec et sans ses parents. Voilà c'est découvrir un enfant qui peut être différent quand ses parents ne sont pas là, qui peut être le même.

[Silence] Il faut que l'enfant, alors nous on a des tout petits donc il faut que les parents connaissent bien leur enfant mais des fois par la fatigue, la maladie en fait, ils sont un peu

perdus donc ils n'arrivent plus à nous dire comment était cet enfant là. Il y a des parents aussi que le stress fait qu'en fait... il ... dans la symptomatologie, dans les symptômes de leur enfant ils traduisent aussi toutes les peurs. Donc en fait ça majore un peu le tableau qu'on a donc il faut faire avec.

Etudiante: C'est s'adapter à chaque situation..

IDE 2: Oui, en permanence... voilà !

Etudiante: Ok ! Ensuite, dans mes recherches j'ai parlé de la notion d'attachement. De l'attachement aussi bien dans le lien familial, donc parent enfant que dans le lien soignant soigné. Justement dans le service de nourrissons, est ce que vous auriez des exemples de situations d'attachement ?

IDE 2: Alors obligatoirement une hospitalisation longue, euh... l'hôpital devient un second lieu de vie avec des parents qui ne peuvent pas être là souvent, tout le temps, autant qu'on voudrait.

Et donc en fait la relation de confiance c'est ça aussi. C'est à dire que... les parents sentent que dans ce lieu de vie, leur enfant est bien et ça passe obligatoirement par... un relationnel différent avec les soignants. Un relationnel qui va peut être au delà d'une hospitalisation de courte durée en fait, ou là on connaît beaucoup plus l'enfant. On le voit grandir, on voit aussi les parents qui passent par différentes étapes de l'hospitalisation avec l'acceptation de cette hospitalisation longue, l'acceptation du diagnostic et tout ça.

Alors quand un enfant a peu de famille, là l'investissement de l'équipe est encore plus importante hein ! On a le cas actuellement où, oui, humainement on est sensible à... à ces petits enfants qui demandent de l'attention de la tendresse tout ça et voilà. Ca fait partie du rôle des soignants. Il faut savoir que, on doit avoir une attitude professionnelle mais on est humain avant tout, et il y a des enfants qui vont plus nous toucher de l'autre et il faut l'accepter.

Etudiante: Oui... et du coup dans la gestion des émotions des soignants, est-ce que... enfin qu'est ce que vous pouvez me dire concernant la gestion de ces émotions ?

IDE 2: Je pense... Alors, il y a des périodes dans la vie où les gens sont plus fragiles. Quand vous avez vous êtes jeune mère de famille, en fait, il y a toujours un effet miroir avec votre enfant, avec votre propre histoire.

On dit toujours qu'il faut prendre une certaine distance et je pense que c'est indispensable

quelqu'un qui ... qui ... qui est trop prise dans toutes les histoires et qui est trop dans l'affection et qui se met à pleurer avec les parents et où il n'y a plus cette prise de recul professionnelle, oui il faut l'aider à se positionner. Il faut l'aider à mieux vivre ses hospitalisations parce que ... voilà, il faut... [Silence]. Il faut quand même une certaine prise de recul parce que sinon le quotidien serait difficile.

Etudiante: Donc c'est surtout prendre du recul par rapport à la situation ?

IDE 2: Exactement. C'est dire... on dit bien la phrase : "ça me touche mais ça ne m'atteint pas". Une phrase qui peut paraître... mais voilà ! On est très touché mais il ne faut pas que ça nous atteigne au point de ne plus pouvoir supporter.

Il y a des gens qui sont beaucoup dans le care, dans cette bien-traitance et au prix de leur santé un peu...psychologique quoi.

Etudiante: Oui d'accord... Mais du coup ces émotions sont aussi porteuses pour les soins ?

IDE 2: Alors la relation de confiance elle est importante et elle est ... elle est très importante. Un enfant... un parent qui quitte et qui sent que son enfant est bien dans le service, oui c'est hyper rassurant ! Et des enfants qui sont bien dans le service, qui grandissent, qui rigolent et autre, c'est aussi pour nous très très très glorifiant. Voilà ... c'est simple c'est qu'on a rempli notre mission de soigner et de soigner dans toute la globalité c'est à dire dans l'éveil, dans l'épanouissement.

Etudiante : Très bien ! Alors maintenant dans la deuxième partie de l'entretien, je voulais parler du rôle des parents et la prévention des situations de maltraitance et de négligence dans un service de soins. Selon vous, quels rôles peuvent avoir les parents lors de l'hospitalisation de leur enfant. Que ce soit dans le quotidien ou dans les soins.

IDE 2: On essaye le plus possible d'impliquer les parents... mais on respecte aussi leur position. C'est à dire que l'enfant malade, l'enfant qui a une perfusion, l'enfant qui est scopé, ça peut faire peur aux parents. L'enfant, le parent fatigué aussi et voilà le parent qui a peur du regard du soignant en fait de peur de mal faire ou autre... Vraiment je pense que chez le nourrisson, on... on s'adapte en permanence avec les parents et surtout on les valorise dans leur rôle de parents. C'est à dire que... on les invite mais on ne force pas et on les valorise dans tout ce qu'ils font. Et une fois qu'ils ont repris confiance, en fait, là on peut... là où on peut essayer de donner des conseils de choses qui nous ont un peu marqués ou autres, par

rapport au régime, par rapport aux habitudes de couchage ... des choses comme ça. Mais dans un premier temps c'est de restaurer la confiance du parent. Ça c'est important.

Etudiante: Oui ok, je vois...

IDE 2: Après dans les situations d'enfance où il y a suspicion de maltraitance c'est beaucoup plus compliqué, dans la mesure où ... [Silence] ... d'abord le parent renvoie quelque chose d'insupportable. C'est à dire que ... qu'un enfant puisse être maltraité, qui est à l'encontre de... Enfin l'enfant c'est vraiment l'innocence donc la victime et le parent pourrait être, entre guillemets, le responsable.

Pour des parents c'est insupportable. En fait je pense qu'il y a beaucoup de représentations dans les médias. On parle beaucoup de situations où il y a quand même des violences faites aux enfants avec des situations dramatiques. En fait je pense que ... dans ces cas là j'imagine que dans la tête des parents il y a tout qui se mélange. Et puis il y a aussi l'inenvisageable.. c'est à dire que quelqu'un ait pu faire mal à mon enfant alors que je lui ai fait confiance, alors que je lui ai fait entièrement confiance. Que l'autre ait pu avoir des gestes alors que je lui fais confiance ... voilà et qu'on puisse les soupçonner c'est vraiment intolérable et ça peut se comprendre pour certains parents.

Etudiante: Donc ce sont des situations dans lesquelles il faut porter une attention particulière à la dynamique familiale ?

IDE 2: En fait il faut... bien dire qu'en fait on recherche ce qu'il s'est passé. Voilà, que l'enfant ne parle pas ; que s'il parlait ça nous arrangerait bien parce qu'il pourrait nous dire ce qu'il s'est passé. Mais en fait on recherche ce qui s'est passé. Donc la dynamique familiale elle en prend un coup dans ces cas là... je veux dire, euh... non c'est très difficile pour nous.

C'est très difficile aussi, parce qu'on nous renvoie des choses... hmm.. comme quoi nous sommes méchantes, que nous détruisons des familles et tout ça... pour les équipes ce n'est pas facile. La procédure est longue et il faut dire ce qui est, et les examens sont aussi longs et on va pas dire qu'ils sont maltraitants, mais... vraiment la procédure et les soins très invasifs, très invasifs oui c'est ça !

Etudiante: Et du coup face à un enfant vulnérable comment... Comment votre rôle de protection se traduit par rapport aux démarches à effectuer ? Par rapport aux signes à repérer ?

IDE 2: Bah... Alors je dirais que c'est notre métier. Alors il faut... il faut faire attention parce que l'hospitalisation ça fragilise et ça peut donner une vision erronée de la situation. Mais quand même on a des indicateurs qui ... qui nous mettent en alerte hein.

Ca va être un enfant qui n'est pas propre, ça peut être un enfant qui n'a pas de visite, ça peut être un enfant dont les parents tiennent des propos inadaptés, des parents qui ont un comportement... on sent des addictions derrière !

Voilà, il y a plein de choses comme ça, c'est de la vigilance. Bien savoir ce que mange son enfant quoi. Connaître son enfant. Pouvoir parler de son enfant.. on voit des parents "bah je sais pas" ...

Etudiante: se montrer investis alors ?

IDE 2: Oui c'est ça ! Un investissement dans l'accompagnement de l'enfant...

Donc voilà... donc nous on a quand même le lien avec la PMI tous les mardis, ce qui nous permet, quand on a un questionnement de dire "voilà on va faire un lien PMI" et d'autres professionnels vont pouvoir aller sur le lieu d'habitation pour mieux... Pour ... pour ...

Etudiante: avérer les suspicions ?

IDE 2: Tout à fait.

Etudiante: Je comprends ! Et sur les enfants qui sont concernés par la maltraitance, est ce que vous observez des conséquences, qu'elles soient à long terme, graves ?

IDE 2: Un enfant c'est une éponge... une éponge à émotions donc obligatoirement un enfant il ressent tout ce qui se passe. Je veux dire, la détresse de ses parents, l'énervement... Hm, voilà. Il y a des situations où l'enfant est placé donc c'est vrai que c'est à nous soignants, on a fait beaucoup d'efforts au sein de l'unité pour préparer l'enfant, ne pas l'oublier en fait... un petit enfant qui ne parle pas et qu'on décide pour lui qui va aller en pouponnière c'est à dire que... et bien lui parler lui expliquer, des fois très rapidement même pas une heure, lui dire qu'il va changer de maison et qu'il va avoir des dames qui vont s'occuper de lui, et voilà... et au sein de l'équipe en fait c'est de se dire que l'on protège l'enfant même si des fois la décision ne nous paraît pas très très adaptée ... où l'on comprend pas.

Il faut toujours garder en tête que c'est pour l'enfant. C'est vraiment pour la protection de l'enfant, mais il ne faut jamais oublier qu'un enfant ça comprend tout, un enfant il mérite des explications et il faut toujours aussi dire que ses parents l'aiment ! Il y a des situations où malheureusement on fait une conjonction de pleins d'éléments qui font que... et tout parent

aime son enfant. Mais qu'il arrive des fois où malheureusement ça dérape mais quand même il y a un amour qui est là.

Etudiante: Oui ... Justement dans ces cas où il y a un signalement à la protection de l'enfance ou une information préoccupante, y a-t-il une démarche d'accompagnement de la famille de la part des soignants en plus de tout ce qu'ils réalisent pour l'enfant ?

IDE 2: Alors les gens sont prévenus obligatoirement... pour le lien PMI mais on sait qu'un lien PMI, si la famille ne veut pas que la PMI rentre, elle ne rentrera pas. Une information préoccupante ça oblige la puéricultrice à rentrer, puisqu'elle doit faire un rapport de ce qu'elle a vu !

Etudiante: Donc c'est pour réaliser l'évaluation de la situation ?

IDE 2: Oui voilà ! Après quand on part dans le signalement judiciaire ... Il y a la justice qui s'en mêle et donc là c'est plus nous qui prenons les décisions.

En fait on ne fait qu'appliquer : généralement les enfants ils ont des ordonnances de placement et c'est le CDAS qui devient... celui qui a l'autorité sur l'enfant, enfin pas l'autorité mais ... on lui confie l'enfant.

C'est très compliqué en fait... parce que... c'est vrai que la société est comme elle, la misère sociale, les constructions familiales, des gens vulnérables qui font des familles recomposées de recomposées de recomposées... c'est compliqué.

Etudiante: Et dans le rôle infirmier, vraiment dans le cœur de la relation, comment est ce que vous optimisez le lien de confiance justement dans ces situations là ?

IDE 2: Alors : ne pas juger. Ne pas juger ça c'est important... ne pas prendre parti. Ne pas prendre parti pour toujours se centrer sur l'enfant. Les soins à l'enfant... c'est ce qui nous amène à nous rencontrer.

Et puis ne pas hésiter à faire appel à des personnes, il y a des psychologues, l'assistante sociale ... voilà. Après, des fois il faut laisser les parents. Il ne faut pas... il y a des gens qui se referment sur eux mêmes le temps de la procédure et il faut respecter. Ce qu'il faut c'est quand même toujours avoir un œil sur l'enfant et puis essayer de maintenir quand même une vie la plus normale entre guillemets pour l'enfant c'est-à-dire l'éducatrice qui va pour les jeux, la musicienne qui va passer, valoriser l'enfant, ... Les valoriser dans leur rôle de parents, les accompagner aussi dans la procédure. Qu'ils puissent avoir une écoute mais toujours sans prendre partie, vraiment c'est de l'écoute.

Etudiante: D'accord... et c'est ce qui permet sûrement à l'équipe de prendre du recul par rapport aux situations... écouter fait partie du soin dans la triade, ils se retrouvent dans le cœur du métier infirmier quel que soit le contexte...

IDE 2: Tout à fait, et puis l'équipe se soutient dans ces moments, dans ces situations délicates.

Etudiante: Surtout oui... et il arrive parfois que les familles se retournent un peu contre les soignants ?

IDE 2: Ah oui oui oui tout à fait ... il y a... la violence de la procédure fait que c'est la première personne qu'on trouve. Voilà, c'est l'infirmière qui va venir poser la perfusion pour aller la scintigraphie, l'infirmière qui va faire le bilan et qui ne va pas réussir. Oui c'est elle qui est en première ligne et donc il y a des fois où ça passe et puis il y a des fois où il y a une certaine lassitude parce que quelque part... c'est pas... ce n'est pas leur cœur de métier ... enfin ça fait partie de notre métier, mais ce n'est pas ce qu'on préfère.

Etudiante: Il faut aussi se reposer sur le bon côté et les situations où il y a... où la famille est reconnaissante et non dans la colère. Même si des fois la colère est compréhensible, enfin...

IDE 2: Oui oui... oui c'est ça! C'est sûr que le petit bébé qui arrive, qui n'est pas du tout en forme, mais qui au bout de quatre jours ça va aller beaucoup mieux. C'est plus valorisant ...

Etudiante: Oui je vois !

Et bien... je vous ai posé toutes les questions que j'avais préparées. Est ce que vous souhaitez ajouter quelque chose ?

IDE 2: [Silence] ... non, non non, je pense avoir été complète... [Silence] ... J'espère que mes réponses vous serviront !

Etudiante: Oh oui je pense que le contenu est très riche ! Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et je tiens à préciser que cet enregistrement est anonyme et servira seulement dans le cadre de mes recherches.

IDE 2: De rien, bon courage à vous !

NOM : LATIMIER
PRENOM : Océane

TITRE : L'INFIRMIER AU CŒUR DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE FACE AUX MALTRAITANCES INFANTILES.

Caring for a child in hospital in a context that connotes child abuse can create some difficulties for caregivers. Thus, we may ask ourselves how the caregiver's position can influence the therapeutic alliance with the parent in this context. This report therefore presents theoretical research on this topic and the results of interviews with childcare nurses. It emerges that this situation can upset the family dynamic as well as the therapeutic alliance necessary to ensure the quality of care in the paediatric ward. Indeed, an alliance must be developed between the child and the carer, but also between the parents and the carer, in order to respond as a "team" to the child's needs by providing security and reassurance. The analysis of the information collected also highlights the professionals' role. The nurses must then, between emotions and representations, focus on the child with an objective and global vision of the care taken. Moreover, when necessary, it is their duty to point out the potential danger for the child by relaying the information to child protection structures, at the risk of losing the parents' confidence.

Prendre soin d'un enfant hospitalisé dans un contexte évoquant la maltraitance infantile peut susciter certaines difficultés pour les soignants. Ainsi, nous pouvons nous demander comment le positionnement soignant peut-il influencer l'alliance thérapeutique avec le parent dans ce contexte. Ce mémoire présente alors des recherches théoriques autour de ce thème ainsi que les résultats d'entretiens menés auprès d'infirmières puéricultrices. Il en ressort que cette situation peut bouleverser l'équilibre familial ainsi que l'alliance thérapeutique nécessaire pour assurer la qualité des soins en pédiatrie. En effet, une alliance doit s'installer entre l'enfant et le soignant mais également entre les parents et le soignant, afin de répondre en « équipe » aux besoins de l'enfant en lui apportant sécurité et réconfort. L'analyse des informations recueillies met également en avant le rôle des professionnels. Les infirmiers doivent alors, entre émotions et représentations, se concentrer sur l'enfant en ayant une vision objective et globale de la prise en soins. De plus, lorsque cela est nécessaire, il est de leur devoir de signaler le potentiel danger pour l'enfant en relayant les informations aux structures de protection de l'enfance, au risque de perdre la confiance des parents.

MOTS CLES : Therapeutic alliance, caregiver/child relationship, emotion, abuse,
nurse positioning

MOTS CLES : Alliance thérapeutique, relation soignant/enfant, émotion, maltraitance,
positionnement infirmier

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

CHU de Pontchaillou
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Promotion 2017 – 2020

