



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'impact de la gestion émotionnelle du soignant dans un contexte d'un diagnostic sur la dynamique relationnelle.



Formateur référent mémoire : ROBIN Gael

BINET Cléa
Formation infirmière
Promotion 2020-2023

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'impact de la gestion émotionnelle du soignant dans un contexte d'un diagnostic
sur la dynamique relationnelle.**

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 ».

***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 30/04/2023

Identité et signature de l'étudiant : BINET Cléa

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.

Remerciements

Je tenais à remercier tous mes proches qui m'ont accompagnée, soutenue et aidée à m'épanouir tout au long de ma formation et tout particulièrement :

Mes parents, mon copain et mes amis, qui m'ont toujours encouragée et crue en moi. Ainsi que ma sœur, qui m'a aidée lorsque j'ai été confrontée à des difficultés au cours de ce mémoire et qui a consacré du temps à la relecture de celui-ci.

Mes amies de l'IFSI, avec qui j'ai pu échanger, m'enrichir, partager cette formation et qui m'ont permise de me construire en tant que future infirmière.

Je remercie toute l'équipe pédagogique de l'IFSI du CHU de Rennes pour leur investissement pendant notre formation. Également ma référente pédagogique pour m'avoir accompagné pendant ces deux années.

Mon guidant de mémoire qui s'est impliqué tout au long de ce travail, qui a su répondre à mes interrogations et valoriser mon travail et mes capacités.

Les infirmières qui ont accepté de participer aux entretiens en consacrant de leur temps.

SOMMAIRE

Introduction	1
I- Cheminement à la question de départ	2
1. Mes situations d'appel	2
2. Questionnement	3
3. Question de départ	4
II- Cadre conceptuel	5
1- Annonce du diagnostic en pédiatrie	5
1.1 Définir l'annonce de diagnostic	5
1.2 La particularité de l'annonce de diagnostic en pédiatrie	5
1.3 L'impact pour les soignants/ la famille / l'enfant	7
1.4 Le rôle des différents professionnels de l'équipe soignante.	8
1.5 Le rôle du psychiatre/ psychologue au sein de l'équipe médicale	9
2- Dynamique relationnelle	9
2.1 Définition de la dynamique relationnelle dans les soins	9
2.2 Son impact, son intérêt pour les soignants, la famille et l'enfant	9
2.3 la relation triangulaire	10
3-La gestion émotionnelle du soignant	10
3.1 Les émotions	10
3.2 La gestion des émotions	12
3.3 Les mécanismes de défense et le coping	13
III- Le dispositif méthodologique du recueil de données	14
IV- L'analyse descriptive des entretiens	15
1. L'annonce de diagnostic	15
1.1 Le vécu d'une annonce de diagnostic	15
1.2 La réalisation de l'annonce	15
1.3 Le rôle de l'IDE lors de l'annonce	16
2. La dynamique relationnelle	16
2.1 Définition	16
2.2 La mise en place de la relation	17
3. La gestion émotionnelle des soignants lors de l'annonce	17
3.1 Des annonces de diagnostic ou situations qui marquent plus les soignants que d'autres	17
3.2 Le refus de prendre en soin un enfant	18

V- la discussion **19**

VI- La conclusion **22**

VII- La bibliographie **24**

Annexes

Annexe I: Guide d'entretien

Annexe II: Entretien IDE 1

Annexe III: Entretien IDE 2

Annexe IV: Tableau d'analyse des entretiens

Abstract

Siglier:

IDE : Infirmier.e Diplômé.e d'Etat

MIRSI : Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

ESI: Étudiant.e en Soins Infirmiers

PFPS : Pôle de Formation des Professionnels de Santé

Introduction

Dans le cadre de ma formation d'infirmière, je dois réaliser un projet de mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, afin d'améliorer mes pratiques professionnelles et la qualité de mes soins en tant que future professionnelle. Le thème de mon travail porte sur : “ dans le contexte d'un diagnostic, l'impact de la gestion émotionnelle du soignant sur la dynamique relationnelle ”.

Dans la vie d'une famille, l'arrivée d'un enfant est une période de changement et d'adaptation. En effet, certaines situations rencontrées ne sont pas prévisibles et pas contrôlables. Dans le cadre d'une hospitalisation, les parents et enfants peuvent avoir des difficultés à gérer leurs émotions et ainsi à adopter les bons comportements. Cela peut avoir un impact dans le processus de prise en charge médicale. Par exemple, trouver les mots justes, adaptés à l'âge de l'enfant et à sa capacité de compréhension des informations données.

J'ai choisi ce sujet car durant mon stage en réanimation pédiatrique, j'ai été confronté à des situations où l'annonce de diagnostic a été difficile. Ces situations m'ont questionnées sur la gestion émotionnelle du soignant lors d'une annonce de diagnostic et notamment sur son rôle dans l'accompagnement des parents. L'objectif de ce travail est d'observer les émotions des parents et du soignant, afin de voir si elles ont un impact sur le comportement de l'enfant. Mais aussi d'observer les moyens mis en place par l'infirmier pour prendre en charge les parents et l'enfant dans l'acceptation des soins.

Dans un premier temps, nous observerons les situations qui nous ont interpellées puis nous traiterons la question de départ qui en a découlé. Par la suite, nous étudierons le cadre théorique. Puis, après avoir présenté le dispositif méthodologique du recueil de données, nous étudierons « ce que disent les professionnels du soin ». Dans un dernier temps, nous aborderons « ce que j'en dis » et finirons par la conclusion.

I- Cheminement à la question de départ

1. Mes situations d'appel

La première situation d'appel m'ayant mené à ce travail de recherche porte sur une situation de soins vécue lors de mon premier stage de troisième année. Celui-ci s'est déroulé en réanimation pédiatrique.

Lors de ma dernière semaine de nuit, vers 23:00 nous accueillons une petite fille de 8 ans que nous appellerons Jade. Le motif d'entrée est un mauvais bilan sanguin réalisé en laboratoire de ville. Jade arrive avec sa maman par une ambulance privée. En Amont, Jade avait consulté un kinésithérapeute qui avait remarqué que son abdomen était légèrement gonflé. Sa maman décide de consulter son médecin traitant qui prescrit un bilan sanguin. À la suite de ce bilan, la Numération de formule sanguine (NFS) est anormale. Le nombre de globules rouges, de plaquettes et de polynucléaires est en baisse. Elle est alors transférée dans le service de réanimation pédiatrique. Lors de son arrivée, le médecin prescrit un bilan sanguin plus précis pour confirmer le diagnostic (3 à 8 tubes). A ce moment-là, Jade était un peu perdue, elle nous posait beaucoup de questions et en particulier à sa maman. Sa maman était elle aussi perdue, elle ne comprenait pas pourquoi sa fille avait besoin d'être hospitalisée.

Après environ 1 heure, le médecin revient vers nous pour nous confirmer que Jade est atteinte d'un cancer du sang. Le médecin décide de prendre la maman à part, dans un salon à l'écart de sa fille. Pendant l'entretien, le médecin, l'interne, l'infirmière étaient présents, ainsi que le père de Jade, lui aussi présent mais par téléphone. Le médecin commence par expliquer le diagnostic de cancer du sang. À partir de ce moment-là, la maman a commencé à pleurer et n'écoutait plus de ce que lui expliquait le médecin. Le médecin a continué en expliquant les traitements, les greffes, les chimiothérapies, les examens, les analyses, une hospitalisation longue... Le papa lui, voulait directement prendre la route pour être auprès de sa fille et sa compagne mais le personnel soignant lui a précisé que ce n'était pas une bonne idée. A la suite de cet entretien, la maman a voulu rester seule un moment avant de rejoindre sa fille. Pendant l'entretien, Jade est restée avec moi et l'auxiliaire de puériculture. Nous lui avons demandé ce qu'elle voulait faire : dormir, écouter de la musique, dessiner etc.. pour ne pas qu'elle se sente seule.

Jade n'a pas été mise au courant le soir même du diagnostic mais le lendemain par un médecin spécialisé en hématologie. Il avait plus d'expérience et connaissait les termes adaptés pour la compréhension de l'enfant. La maman de Jade est revenue après l'entretien complètement fermée et froide avec le personnel soignant. Jade est restée 10 jours dans le service et est montée en hématologie par la suite.

Ma deuxième situation d'appel se déroule aussi lors de ce stage en réanimation pédiatrique. C'est une annonce de diagnostic complètement différente.

Je travaille de jour et cela se déroule lors de ma 7ème semaine de stage. Une jeune fille que nous nommerons Leyla arrive dans le service. Leyla a 5 ans et présente des troubles du comportement. Dans sa vie quotidienne, elle est dans un centre spécialisé la journée et rentre chez sa maman le soir et les week-ends.

Elle rentre en réanimation pour arrêt cardiaque dû à une chute. L'accident s'est produit dans son centre. Un jeune garçon trisomique l'a portée pour lui faire un câlin et l'a laissée tomber. La jeune fille s'est alors retrouvée au sol inconsciente. Le personnel présent dans le centre n'a pas été réactif. Ils ont attendu l'arrivée des pompiers pour commencer le massage cardiaque. Leyla a donc été plusieurs minutes inconsciente. Cette perte de temps a provoqué une perte d'irrigation dans son cerveau. Son cœur est reparti mais son cerveau s'est éteint. Quand elle est arrivée en réanimation, elle a été intubée, sondée et mise dans un coma artificiel.

La maman habitant loin de Rennes et ayant des difficultés financières n'a pas pu être présente auprès de son enfant dès le jour de son arrivée. Après trois jours passés en réanimation pédiatrique, il n'y a pas d'évolution de Leyla. Sa maman a pu venir à l'hôpital. Le médecin réanimateur a tout de suite souhaité échanger avec elle sur la suite de l'hospitalisation de sa fille. Pendant cet entretien, l'infirmière et moi, étions présentes dans la pièce. Le médecin a abordé le fait qu'il n'y avait plus d'espoir pour que Leyla se réveille de son coma. La décision était donc d'arrêter la respiration artificielle ainsi que tous les médicaments. La maman a beaucoup pleuré pendant l'entretien, évoquant qu'il fallait faire au mieux pour que sa fille ne souffre pas.

2. Questionnement

Ces deux situations m'ont beaucoup interpellées et m'ont amenées à m'interroger sur divers points. En effet, pour la première situation, je me suis d'abord demandée ce qui avait été dit pendant l'annonce : Comment le médecin annonce la pathologie ? Qui annonce ? Que font l'interne et l'infirmière lors de l'annonce ?

Les deux situations m'ont aussi sollicité d'autres questions comme:

Lors d'une annonce de diagnostic, comment l'infirmière peut-elle gérer ses émotions ?

Comment accompagner la famille après ces annonces de diagnostic de maladie ou de mort ?

Après l'annonce, comment gérer les émotions des parents ? Comment envisager la première prise de parole après cette annonce ?

3. Question de départ

Après toutes ces réflexions, ma question de départ et la suivante :

En pédiatrie, en quoi la dynamique relationnelle est impactée par la gestion émotionnelle du soignant dans le contexte de l'annonce d'un diagnostic ?

A travers cette question, je cherche à comprendre comment gérer ses émotions tout en étant à l'écoute du patient lors d'une annonce d'un diagnostic. Je cherche aussi à savoir comment les soignants font pour surmonter leurs émotions face à des situations touchantes.

II- Cadre conceptuel

1- Annonce du diagnostic en pédiatrie

1.1 Définir l'annonce de diagnostic

Selon l'HAS (haute autorité de santé), "l'annonce est un temps de parole et d'échanges qui engage le médecin vis-à-vis de son patient et inversement, et parfois vis-à-vis des aidants du patient. Lors de ce temps, le patient va pouvoir assimiler les contraintes et limites que son état médical occasionne et/ou va occasionner." Pour Ben Soussan « il n'y a pas d'annonce heureuse, pas de bonne façon d'annoncer une mauvaise nouvelle ». Ce point de vue est rejoint par Morisseau (2004)

Au-delà de la prise en charge thérapeutique, l'objectif du médecin est que le patient apprenne à vivre avec sa maladie. Il s'agit d'un temps important de la relation médecin-patient, la relation de confiance pouvant être compliquée ou au contraire renforcée par la façon dont le médecin aidera le patient dans les épreuves qu'il traverse. Cette relation peut donner au patient les conditions les plus favorables afin qu'il puisse accepter sa maladie et être prêt pour les soins nécessaires.

Pour Rouy (2004), l'annonce d'un diagnostic par le médecin « ne devrait pas poser de problème particulier » puisque « cette annonce est un moment nécessaire de la démarche médicale » (p. 18). Toutefois, il reconnaît qu'annoncer une maladie grave est un événement difficile dans lequel « le médecin est personnellement impliqué » (p. 23).

Il existe certainement autant de manières différentes de faire, qu'il existe de médecins. Cependant, plusieurs questions se posent: À quel moment l'annonce doit-elle être faite ? Dans quelles circonstances ? En présence de qui ? etc. La littérature nous donne quelques pistes qui permettent de déterminer les conditions théoriques les « plus idéales » pour faire face à un tel événement.

1.2 La particularité de l'annonce de diagnostic en pédiatrie

En pédiatrie, d'après la "L'annonce du diagnostic en pédiatrie en cas de maladie grave de l'enfant. Groupe thématique Miramion : Parents et soignants face à l'éthique en pédiatrie", la qualité de l'accueil et du premier contact entre l'équipe soignante, l'enfant et ses parents est importante. Le temps consacré à l'accueil, l'information, l'écoute et le dialogue, sont des éléments clés pour établir une relation de confiance avec la famille de l'enfant et pour créer un environnement favorable à la prise en charge de la maladie. L'équipe soignante doit fonctionner comme un tout, offrant un soutien technique, informationnel et émotionnel. Les habitudes de vie de l'enfant doivent être prises en compte et les liens familiaux ne doivent pas être rompus.

Un livret d'accueil peut être remis et expliqué pour aider les familles à comprendre le fonctionnement du service et à se sentir à l'aise. L'auteur souligne que la qualité de l'accueil et du premier contact est

déterminante pour la qualité de l'hospitalisation de l'enfant, ainsi que pour la qualité des relations qui vont s'établir. L'alliance thérapeutique est essentielle pour aider les familles à comprendre et à accepter le diagnostic d'une maladie grave. Plus ces conditions seront prises en compte, mieux le diagnostic pourra être entendu et compris.

Il est important que le médecin prenne le temps d'expliquer clairement le diagnostic aux parents, en utilisant des termes simples et compréhensibles. Il doit également répondre à toutes leurs questions et les rassurer en expliquant les options de traitement disponibles. Le médecin doit faire preuve d'empathie et de sensibilité envers les parents et leur enfant, et leur offrir un soutien émotionnel pendant cette période difficile. La présence d'un interne ou d'une infirmière peut être utile car ils peuvent apporter un autre soutien émotionnel aux parents et aider à répondre à certaines questions. Toutefois, il est important que le médecin reste la personne principale qui communique l'information et qui répond aux questions des parents.

En fin de compte, la façon dont l'annonce est réalisée dépendra des préférences et des habitudes du service de santé ainsi que des circonstances de chaque cas individuel. Le plus important est de faire preuve de tact, de compassion et de professionnalisme pour aider les parents et leur enfant à faire face à cette nouvelle situation.

Au cours de l'entretien d'annonce, le médecin doit aussi prendre en compte les besoins et les souhaits de l'enfant en matière de soins. Les enfants ont souvent peur et peuvent se sentir anxieux face à un diagnostic médical, et il est important que le médecin soit empathique et sensible à leurs émotions. Le médecin peut utiliser des techniques telles que le jeu, le dessin ou la lecture pour aider l'enfant à mieux comprendre ce qui se passe et à exprimer ses sentiments. Le médecin doit s'assurer que les parents et l'enfant comprennent clairement les instructions pour les soins à domicile, les médicaments, les rendez-vous de suivi et les signes à surveiller quant à l'état de santé de l'enfant. Il est également important que le médecin établisse un plan clair pour la communication entre les parents, l'enfant et les professionnels de la santé, afin de s'assurer que les soins sont coordonnés et que les informations sont partagées de la bonne manière.

Dans l'ensemble, la manière dont l'annonce est faite peut avoir un impact important sur la façon dont les parents et l'enfant perçoivent leur relation avec le médecin et donc le suivi du traitement. En étant à l'écoute, empathique et clair dans ses explications, le médecin peut contribuer à établir une relation de confiance qui est essentielle pour assurer la continuité des soins.

Lorsque cela est possible, il est préférable que le médecin s'adresse aux deux parents en même temps. Il est mieux d'être deux, pour entendre, pour échanger. Si l'un des deux parents refuse la présence de l'autre, le médecin, après avoir encouragé la présence des deux parents, doit alors annoncer séparément. Le médecin peut alors proposer à chacun des parents de se faire accompagner par une autre personne de leur choix. D'une manière générale, la présence d'un tiers peut être acceptée à la demande des parents, en fonction de l'environnement et des habitudes de la famille.

En fonction de l'âge de l'enfant, l'annonce du diagnostic n'est pas réalisée de la même façon. Elle peut se faire soit à l'enfant et aux parents en même temps, soit aux parents seuls puis immédiatement après à l'enfant en présence de ses parents.

Si l'enfant n'est pas présent lors de l'annonce du diagnostic, ce n'est pas aux parents de faire l'annonce à l'enfant ensuite. Que les parents connaissent ou non la maladie et ses implications, qu'ils soient médecins ou non. Il s'agit d'une responsabilité médicale.

Après avoir défini l'annonce de diagnostic, je vais évoquer l'impact pour les soignants, la famille et l'enfant.

1.3 L'impact pour les soignants/ la famille / l'enfant

L'annonce de diagnostic impacte émotionnellement les parents d'après une étude le journal des psychologues. Ils évoquent surtout la non préparation à l'annonce, le sentiment de découragement et la remise en question personnelle.

L'annonce de la maladie de l'enfant est vécue comme une catastrophe, elle entraîne une terrible angoisse, une souffrance morale. Les parents expriment plusieurs sentiments : colère, révolte, honte, peur, sentiment d'effondrement et d'abattement extrême, dépression, incrédulité, déni, soulagement, isolement... "Les références sur lesquelles se fondait leur existence sont brusquement remises en question et l'image qu'ils ont d'eux-mêmes est profondément altérée" (Gillot de Vries, 1998).

Les parents recevant un diagnostic grave à propos de leur enfant sont confrontés aux mêmes processus psychiques et mécanismes de défense que les personnes ayant vécu un traumatisme. Ils sont en fait confrontés à un double traumatisme : le traumatisme du décès possible d'un proche et celui de la mort possible d'un enfant, ce qui n'est pas l'ordre habituel des choses. « La mort de l'enfant constitue en soi un paradoxe qui vient bouleverser notre conception même de la mort, celle-ci devant logiquement ne survenir qu'à un âge avancé » (Brognon, 1998).

L'annonce entraîne des réémergences traumatiques pour 53 % des parents interrogés. Les parents se remémorent des vécus personnels similaires, leur situation familiale, un vécu médical antérieur, un décès, une hospitalisation ou une annonce précédente.

Comme nous l'avons vu, l'annonce inclut des affects dépressifs. Ils sont présents chez 79 % des parents après l'annonce. Dans l'hypothèse la plus favorable, la famille se réorganise : elle modifie ses choix existentiels, ses valeurs et croyances, ses règles et ses habitudes de vie. Les membres se rapprochent les uns des autres. Dans certains cas, le couple éclate et la famille se désunit. Un des parents assume seul la maladie de l'enfant, l'autre ne le pouvant pas (Courtois, 1997).

Du côté des soignants, les professionnels expriment des sentiments de détresse et de doute. Cela est intensifié par l'angoisse parentale (Gillot de Vries, 1998). « Il est souvent difficile de dissocier les difficultés du soignant des difficultés des parents, tant paraît fréquente l'implication émotionnelle des intervenants » (Roy, 1989). L'annonce est pour le soignant un moment souvent difficile, une remise en cause de sa capacité de « guérir », une confrontation avec la souffrance des parents. Tout comme les parents, le soignant est envahi par un sentiment d'impuissance (devant l'enfant et devant les parents). « Il est tenté de substituer ses propres points de repère issus du champ médical à ceux des parents » (Lambotte 2007).

Après avoir étudié l'impact de l'annonce sur les différents acteurs, je vais évoquer les différents rôles des professionnels de santé.

1.4 Le rôle des différents professionnels de l'équipe soignante.

Lorsqu'un diagnostic est annoncé à un enfant et à sa famille, il est important que l'équipe de soins travaille ensemble pour offrir un soutien adapté et une communication claire. Le médecin est souvent le professionnel de santé qui annonce le diagnostic à l'enfant et à sa famille. Il doit pouvoir fournir des informations claires et précises sur la condition de l'enfant, tout en prenant en compte l'âge et le niveau de compréhension de l'enfant et de la famille. Il doit également être prêt à répondre aux questions et aux inquiétudes de la famille. Dans leur article intitulé "Breaking Bad News: Pediatric Hematology-Oncology Providers' Preferences and Perceptions", Kane et coll. (2019) soulignent l'importance pour les médecins d'adopter une approche centrée sur la famille, en écoutant et en respectant les valeurs et les croyances de la famille.

L'infirmière joue un rôle clé dans la gestion des soins de l'enfant après l'annonce du diagnostic. Elle peut aider à expliquer les instructions de traitement et les médicaments prescrits, ainsi qu'à fournir un soutien émotionnel à l'enfant et à la famille. Elle peut également coordonner les soins de l'enfant avec les autres membres de l'équipe de soins. Dans leur article intitulé "Nurses' role in the delivery of a diagnosis of childhood cancer or life-threatening haematological condition", Keats et coll. (2019) soulignent l'importance du rôle de l'infirmière dans la fourniture d'un soutien émotionnel et d'informations claires à l'enfant et à la famille.

1.5 Le rôle du psychiatre/ psychologue au sein de l'équipe médicale

Les psychologues, les psychanalystes, les psychiatres au sein des services peuvent aider à accompagner les personnes en jeu. Ils ont un rôle d'écoute, de compréhension des enjeux des annonces, et d'apport de réponses à des situations propres à la maladie, à la mort. En effet, l'institution hospitalière a une responsabilité sur ce point, dans un souci d'éthique lors des soins. Cela bénéficie autant aux soignés qu'aux soignants.

2- Dynamique relationnelle

2.1 Définition de la dynamique relationnelle dans les soins

La dynamique relationnelle dans les soins fait référence à la relation entre le patient et le professionnel de santé, qui évolue au fil du temps et est influencée par de nombreux facteurs tels que les émotions, les croyances, les valeurs et les attentes. Jean Watson est une auteure qui a contribué à la théorie de la dynamique relationnelle dans les soins en proposant la théorie du care, ou "théorie du prendre soin". Selon Watson, le soin est un processus interactif entre le professionnel de santé et le patient, qui est basé sur la compréhension et l'empathie. Elle considère que le soin est un acte d'amour qui implique une relation de confiance et de respect mutuel entre le patient et le professionnel de santé. D'autres auteurs ont également étudié la dynamique relationnelle dans les soins, comme Patricia Benner, qui a proposé la théorie de l'expertise en soins infirmiers, qui met l'accent sur le rôle de l'expérience et de l'intuition dans la prise de décision clinique, ainsi que la capacité à établir une relation thérapeutique avec le patient. La dynamique relationnelle dans les soins est un concept important en santé qui est étudié par de nombreux auteurs et théoriciens. Il est essentiel pour les professionnels de santé de comprendre les aspects de cette relation afin de fournir des soins de qualité et centrés sur le patient.

La dynamique relationnelle étant définie, je vais élaborer son impact et son intérêt dans les soins en pédiatrie.

2.2 Son impact, son intérêt pour les soignants, la famille et l'enfant

En pédiatrie, la dynamique relationnelle fait référence à l'interaction entre les parents, l'enfant et les professionnels de santé dans le contexte des soins de santé. Elle se concentre sur la façon dont les relations et les interactions entre ces différents acteurs peuvent influencer la santé et le bien-être de l'enfant. En pédiatrie, la dynamique relationnelle a un impact d'autant plus important sur les soins. Une bonne relation entre les parents et les professionnels de santé peut aider à améliorer la satisfaction des parents, à augmenter leur confiance dans le traitement et le suivi du traitement par l'enfant. Le soutien émotionnel et social qui peut être apporté aux enfants, favorise leur développement. D'après Hervé Roter, les parents étaient plus satisfaits lorsque les médecins étaient empathiques et les impliquaient dans les décisions de traitement. Ainsi que le fait de fournir des explications claires. Erick DeCamp a examiné l'impact de la dynamique relationnelle entre les parents, les enfants et les professionnels de santé sur la satisfaction des parents et la qualité des soins de santé pédiatriques. Les intérêts et les impacts de la dynamique relationnelle en pédiatrie sont nombreux. Effectivement, il peut y avoir l'amélioration des résultats de santé des enfants, la satisfaction des patients et des familles, la collaboration interprofessionnelle, la gestion du stress et de l'anxiété et puis l'humanisation des soins.

2.3 la relation triangulaire

La relation triangulaire inclut les parents, l'enfant ainsi que le soignant. L'intégration des parents dans la relation soignant-soigné revient à mettre en relation trois partenaires lors de la prise en charge. L'intégration vient du latin *integratio* "action et l'effet d'intégrer ou de s'intégrer; constituer un tout, compléter un tout avec les parties manquantes ou faire en sorte que quelqu'un ou quelque chose appartienne à un tout". Selon Wanquet Thibault Pascale "accueillir l'enfant à l'hôpital implique d'accueillir ses parents." Dans ce contexte, « la traditionnelle relation soignant-soigné devient une relation triangulaire, une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation les uns avec les autres ». Une relation de confiance se crée entre l'enfant, les parents et le soignant. Selon Danièle Bourdès, elle "est essentiellement fondée sur une approche de complémentarité selon laquelle chacun des acteurs trouve sa place et où la décision s'effectue par la négociation".

La préoccupation commune des soignants, parents et enfant est : le confort, le bien-être de l'enfant mais cela ne signifie pas forcément les mêmes actions. L'infirmier, de par ses connaissances, va favoriser le bien-être de l'enfant tout au long de la prise en charge. Pour lui, le confort de l'enfant vient de la réussite du soin au vu de sa santé. Les parents se préoccupent de la satisfaction des besoins et du bien-vivre de leur enfant. Pour l'enfant, l'élément central, son objectif est de se retrouver dans un environnement sécurisant, auprès de ses parents.

3-La gestion émotionnelle du soignant

3.1 Les émotions

La définition de l'émotion peut varier selon les théories et les sources. D'après le dictionnaire Larousse en ligne, l'émotion est « une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement » (émotion, s.d.). Certains chercheurs considèrent que les émotions sont des réponses automatiques à des stimulus environnementaux, tandis que d'autres insistent sur l'importance de l'expérience subjective et des cognitions associées. D'après Fisher R. et Shapiro D. « Une émotion est une expérience ressentie. On éprouve une émotion; on ne la pense pas » (2005, p.18) Cependant, différentes définitions peuvent être données à l'émotion. L'émotion est un concept difficile à définir, Fehr F. et Roussel S. cité par Fischer R. écrivaient « chacun sait ce qu'est une émotion, jusqu'à ce qu'on lui demande de la définir. La plus personne ne sait. » (2005, p.18).

Six émotions sont dites "fondamentales": la colère, la tristesse, le dégoût, la peur, la surprise et la joie. Ci-dessous, nous avons repris leurs définitions dans le Larousse.

La colère est "un état affectif violent et passager, résultant du sentiment d'une agression, d'un désagrément, traduisant un vif mécontentement et accompagné de réactions brutales" (Colère,

Larousse). Il existe plusieurs déclencheurs de la colère et moyens de la gérer: par la respiration profonde, la méditation, la relaxation musculaire et l'exercice physique. La communication est également importante, exprimer ses sentiments et ses besoins de manière claire et respectueuse, plutôt que réagir de manière agressive.

La tristesse est "un état de quelqu'un qui éprouve du chagrin, de la mélancolie ; affliction" (Tristesse, Larousse). Face à une situation difficile, la tristesse est une réaction normale et douloureuse. Elle peut être déclenchée par divers événements, tels que la perte d'un être cher, une rupture, une maladie etc.. Même si la tristesse peut être désagréable et difficile à vivre, il est important de l'accepter de la traverser, car elle permet de libérer les émotions. En effet, parler de ses émotions peut aider à surmonter la tristesse et à avancer.

Le dégoût est "un sentiment d'aversion, de répulsion, provoqué par quelqu'un, quelque chose ; fait d'être dégoûté, de ne plus avoir de goût pour quelque chose, d'intérêt, d'attachement ou d'estime pour quelqu'un" (Dégoût, Larousse). Le dégoût est une émotion qui est souvent associée à un refus envers quelque chose de potentiellement nuisible ou dangereux pour notre santé ou notre survie. Il est généralement ressenti dans le cadre de mauvaises odeurs, aliments, de déchets, d'excréments, ect... Le dégoût peut se manifester de différentes manières, comme une grimace, la nausée, des vomissements.

La peur est "un sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé, d'une menace ; cette émotion est éprouvée dans certaines situations" (Peur, Larousse). La peur est la réponse à des situations stressantes ou menaçantes. Une accélération du rythme cardiaque, des sueurs, des tremblements, une respiration rapide et superficielle, etc.. sont des réactions à cette émotion.

La surprise est "un état de quelqu'un qui est frappé par quelque chose d'inattendu" (Surprise, Larousse). Elle fait généralement suite à un événement inattendu. Elle peut être agréable ou désagréable en fonction de l'individu et de la nature de l'événement.

La joie est "un sentiment de plaisir, de bonheur intense, caractérisé par sa plénitude et sa durée limitée, et éprouvé par quelqu'un dont une aspiration, un désir est satisfait ou en voie de l'être" (Joie, Larousse). La joie est une émotion positive qui peut procurer du plaisir. Elle peut se manifester de différentes manières, comme un sourire, des rires, une sensation de légèreté ou d'euphorie. La joie peut également être contagieuse, c'est-à-dire qu'elle peut se propager d'une personne à une autre et renforcer les relations sociales. Comme pour toutes les émotions, la joie peut être exprimée de manière appropriée ou inappropriée en fonction du contexte. Elle peut également varier en intensité et en durée d'une personne à une autre.

Suite à ces définitions, je vais maintenant m'intéresser à la gestion des émotions.

3.2 La gestion des émotions

Selon Chantal Gensse, le processus émotionnel se divise en trois étapes. Dans un premier temps, peu importe le déclencheur, il va y avoir une émotion primaire chez l'individu, cela est appelé le "Niveau Organique". Ensuite, l'individu peut réagir de deux manières différentes, "l'émotion est ressentie, nommée puis acceptée" (Roy, E, 2004, p 19) ou l'individu refoule l'émotion ressentie alors il y a une non-identification et non-acceptation, c'est le "Niveau cognitif". Puis, il y a une « délivrance de la charge organique et cognitive, ce qui permet une expérience et une amélioration des références internes ». Il s'agit d'un "outil de changement au niveau personnel" (Chantal Gensse, cité par Catherine Lainé, 2004, p19).

La gestion des émotions est propre à chacun. D'après Fisher, il n'y a pas de mode d'emploi mais il existe des "approches inefficaces" (Fisher, R, 2005, p 25).

En effet, la première est le fait de s'interdire de ressentir des émotions mais cela est impossible car les émotions nous accompagnent jours après jours. À chaque instant une émotion nous anime. Il est impossible de s'interdire une émotion, on peut "essayer" de la dissimuler mais "L'émotion affecte le comportement" (Fisher, R, 2005, p 27). De plus, une émotion est liée à une réaction, une action ressentie en parallèle. La seconde approche inefficace est le fait de "traiter directement l'émotion". En effet, pour une personne lambda il est très compliqué de définir l'émotion ressentie et par la suite d'adapter son comportement. La solution qui paraît la plus adaptée est celle de traiter les raisons de ces émotions au lieu de se centrer sur l'émotion en elle-même. En effet "la maîtrise des préoccupations centrales constitue donc un excellent moyen d'exploiter nos émotions sans les laisser prendre le dessus" (Fisher, R, 2005, p 31). Les préoccupations centrales sont l'appréciation, l'affiliation, l'autonomie, le statut et le rôle.

Après avoir expliqué les émotions et leur gestion, je vais me pencher sur les stratégies pour leurs faire face comme les mécanismes de défense et le coping.

3.3 Les mécanismes de défense et le coping

Plusieurs auteurs se sont intéressés aux mécanismes de défenses, d'ailleurs le nombre de mécanismes varie selon les auteurs entre 8 et 45. On retrouve globalement les mêmes : le blocage, le déni, l'évitement, l'identification, la projection, le refoulement etc... Les autres ont plusieurs façons de les définir. Pour Alain Braconnier, les mécanismes de défense ont été créés afin de défendre, de protéger

le psychique humain (Alain BRACONNIER, dans le Journal des psychologues, 2013, p 54). Ce sont des “processus mentaux automatiques, qui s’activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l’action demeure inconsciente” (Henri Chabrol, 2005, p31-32).

Pour Sillamy (selon Hecktor, L, dans Santé Mentale, 2003, p 21) “la défense est un mécanisme psychologique inconscient utilisé par l’individu pour diminuer l’angoisse née des conflits intérieurs entre les exigences instinctuelles et les lois morales et sociales”. En ce qui concerne Braconnier (selon Hecktor, L, dans Santé Mentale, 2003, p 21) le mécanisme de défense se définit comme “une notion qui englobe tous les moyens utilisés par le moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers externes et internes”. Ce sont des “opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes” (Henri Chabrol, 2005, p31-32).

Les mécanismes de défense sont présents au quotidien, et sont multiples, comme le dit Vaillant (selon Hecktor, L, dans Santé Mentale, 2003, p 20) “Il y a autant de défenses que notre imagination, notre témérité ou notre aisance verbale nous permettent d’en inventorier”.

Puis le coping, le mot « coping » vient du verbe anglais « to cope with » qui signifie « faire face à ». Tout au long de notre vie nous faisons face à des événements qui peuvent nous perturber émotionnellement. Il est alors important de savoir comment réagir face à celles-ci. C’est pourquoi de nombreuses recherches se sont développées autour du concept de « coping » qui fut développé en 1978 par Lazarus et Launier.

Lazarus et Folkman en 1984 définissent le « coping » comme étant « l’ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d’un individu » (selon André Mariage, 2001, p46-47).

Le coping, se traduisant par “stratégie d’adaptation” ou “processus de maîtrise”, « est une opération mentale volontaire par laquelle le sujet choisit délibérément une réponse à un problème interne et/ou externe » (Henri Chabrol, 2005, p31-32). Ce qui permet aux individus d’agir en tant qu’acteurs face aux situations difficiles et non d’agir comme des spectateurs.

Il existe différents types de coping: Le coping centré sur les émotions, qui a pour but de réguler la détresse émotionnelle. le coping centré sur le problème, qui vise à gérer la personne qui à généré cette détresse. Le coping évitant permet de diminuer la charge émotionnelle par l’évitement, la fuite, le déni ou bien encore la résignation. Et pour finir il y a le coping vigilant qui permet de faire face à des situations afin de les résoudre grâce à des stratégies d’informations, de soutien social et de moyens.

Dans un premier lieu, il y a, comme vu précédemment, les stratégies centrées sur le problème, celles-ci permettent de réduire le problème et donc la cause du stress, grâce à des actions préventives, pour anticiper et des actions agressives, pour attaquer. Puis il y a les stratégies centrées sur l’émotion (Lazarus, Launier, 1978) qui permettent une régulation de la réponse émotionnelle suite à un stress.

« Celles-ci permettent un mieux-être de l'individu grâce à des techniques qui changent la signification du problème et amoindrissent le danger » (Nicchi, S et Le Scanff, C, 2005, p97).

Une fois les concepts de la problématique définis grâce à différents auteurs, une étude qualitative est réalisée pour apporter d'autres éléments de réponse à la question ou confirmer les informations déjà collectées.

III- Le dispositif méthodologique du recueil de données

Dans le but de compléter la partie théorique de mon mémoire, j'ai réalisé une enquête auprès d'infirmières professionnelles par le biais de deux entretiens semi-directifs avec des questions ouvertes et larges. Afin de mener à bien ces entretiens, j'ai choisi deux infirmières puéricultrices ayant une carrière différente mais travaillant dans le même service. Le fait de réaliser des entretiens semi-directifs permet aux professionnelles de répondre de façon approfondie aux différentes questions. Pour ce faire, je me suis appuyée sur un guide d'entretien réalisé au préalable. Ce dernier me permet de garder un fil conducteur et de ne pas oublier certains points à aborder.

La première IDE interrogée est diplômée depuis 14 ans. Elle a commencé de nuit aux urgences pédiatriques puis en réanimation pédiatrique. En 2014, elle a passé son diplôme d'infirmière puéricultrice. Depuis, elle a exercé dans un service de remplacement sur la filière néonatale et réanimation pédiatrique. En 2021, elle a obtenu un poste fixe en réanimation pédiatrique.

La deuxième IDE interrogée est diplômée depuis 2015. Elle a continué ses études en puériculture à la suite de son diplôme. Elle a commencé à exercer en Loire Atlantique pendant 6 mois puis en 2017, elle est arrivée au CHU de Rennes. Elle a commencé par travailler en réanimation néonatale, puis 8 mois aux urgences pédiatriques ainsi qu'au pool de remplacement (réanimation néonatale, pédiatrique et service de néonatalité). Aujourd'hui, cela fait plus de deux ans qu'elle est en réanimation pédiatrique.

J'ai interviewé deux infirmières travaillant en réanimation pédiatrique car je pense que c'est principalement dans ce service que des annonces de diagnostic sont réalisées. J'ai également choisi ces infirmières car j'ai fait un stage en réanimation pédiatrique et c'était alors plus facile pour réaliser les entretiens.

Les entretiens sont menés de façon individuelle et dans une pièce fermée et calme pour favoriser la concentration du professionnel qui répondra à mon questionnaire. Les entretiens sont enregistrés avec mon portable après avoir eu l'accord des deux infirmières, ils ont été supprimés lorsque la transcription a été faite.

IV- L'analyse descriptive des entretiens

1. L'annonce de diagnostic

1.1 Le vécu d'une annonce de diagnostic

Les deux infirmières interrogées ont vécu des annonces de diagnostic dans leur carrière. La deuxième infirmière m'a précisé qu'en réanimation pédiatrique, l'annonce de diagnostic est fréquente car il y a de nombreuses pathologies aiguës ou chroniques qui nécessitent des diagnostics donnés par les médecins réanimateurs.

1.2 La réalisation de l'annonce

Pour la réalisation de l'annonce, les deux infirmières ont décrit le même déroulement. L'annonce est réalisée dans un bureau, dans un salon des familles, un endroit isolé et à l'écart du regard des autres. Elles m'ont aussi précisé que c'était bien le médecin réanimateur, en l'occurrence dans leur service, qui annonce.

La première infirmière m'a décrit le personnel médical et paramédical présent lors de l'annonce, soit le médecin qui annonce, l'interne qui est là en soutien pour le médecin et l'infirmier qui s'occupe de l'enfant ce jour-là. L'interne est présent car en réanimation "il y a un réel binôme entre médecin et interne". Il peut ajouter des informations complémentaires sur ce que dit le médecin, comme les dernières radios, bilans sanguins etc..

La deuxième infirmière a précisé que plusieurs médecins peuvent être présents en fonction de la pathologie annoncée ou du diagnostic. Certains médecins spécialistes sont plus aptes à expliquer les pathologies que le médecin réanimateur. "Les oncologues, les neurochirurgiens ou bien d'autres ont plus de connaissances sur les traitements, sur la suite de la prise en charge ou tout simplement sur l'explication du diagnostic".

1.3 Le rôle de l'IDE lors de l'annonce

Toutes les deux s'accordent sur le fait que l'infirmier est plutôt "spectateur" qu'acteur lors de l'annonce. La première infirmière m'explique qu'elle répond qu'aux questions "d'ordre pratique". "Comme l'organisation du service, des repas, comment dormir auprès de l'enfant..." Elles sont aussi là pour expliquer le déroulement du soin. En effet, la seconde infirmière m'a précisé que les médecins n'étaient plus forcément présents lorsque les parents retournent dans la chambre. Cependant, c'est souvent à ce moment-là que les parents ont des questions, ont besoin de reformulations des termes médicaux ou d'informations sur la suite de l'hospitalisation etc..

2. La dynamique relationnelle

2.1 Définition

Quant à la question “que représente pour vous la “dynamique relationnelle ?”, les deux infirmières m’ont donné presque la même définition de la dynamique relationnelle. Elles ont toutes les deux employé les mêmes termes “ce n’est pas une relation à deux mais bien à trois : l’enfant, les parents et nous le soignant”, “il y a trois acteurs : les soignants, l’enfant et les parents”, “c’est un vrai trio”, “tout est de manière triangulaire” “ on ne fonctionne pas les uns sans les autres”.

La première infirmière m'a décrit la dynamique relationnelle comme la “base de son travail”. Elle a aussi ajouté qu’on ne mettait pas les parents à l'écart, n'importe quel soin ne se fait pas sans les parents, “l’enfant à besoin de ses parents et les parents ont besoin d’être avec leur enfant”.

La deuxième infirmière m'a beaucoup parlé de la communication, elle m’a fait comprendre que la dynamique relationnelle se traduit par la communication avec l’enfant et les parents. En effet, elle m’a décrit les types de communication “la parole, le toucher, les gestes, ainsi que tous les autres sens”. Selon elle, la relation à trois est indispensable pour la communication car seul les parents connaissent mieux leur enfant “il n'y a pas mieux que les parents pour les comprendre et donc de créer une dynamique relationnelle”.

2.2 La mise en place de la relation

J’ai donc interrogé les infirmières pour savoir comment se mettait en place cette dynamique relationnelle. Elles m’ont alors répondu, que la mise en place de la dynamique relationnelle se fait naturellement et fait partie de la base du métier d’infirmière. La première infirmière précise que “pour entrer en relation avec l’enfant, il faut d’apport avoir une relation de confiance avec les parents”. Pour la deuxième infirmière, il faut que la relation de confiance soit acquise le plus tôt possible, cela permet d’élargir la relation et ne pas rester centré que sur la prise en charge de l’enfant « parfois, la relation met un peu de temps à se mettre en place, il faut laisser les choses se faire naturellement ».

La deuxième infirmière évoque aussi qu’en réanimation la relation de confiance doit être installée le plus tôt possible car c'est un service qui génère des émotions auprès des enfants comme des parents.

Les deux infirmières ont l’impression que tout professionnel aujourd’hui a conscience de cela. Pour elles, il faut mettre en place cette dynamique relationnelle pour prendre, au mieux, l’enfant en charge.

3. La gestion émotionnelle des soignants lors de l'annonce

3.1 Des annonces de diagnostic ou situations qui marquent plus les soignants que d'autres

Chacune des infirmières m'explique qu'il est parfois difficile de prendre en charge certaines situations sans éprouver des émotions fortes.

La première infirmière me dit qu'il y a des situations qui touchent plus que d'autres, des familles, des enfants... Selon elle, dans son métier "inconsciemment, naturellement" elle installe une "barrière". Cette barrière est indispensable pour exercer son métier. Si, elle ne s'imposait pas cette distance relationnelle, elle souffrirait, confie-t-elle.

Pour les deux infirmières, le plus important c'est de prendre en compte les besoins des parents, d'être en capacité de les écouter, de les entendre et de prendre en considération "leur douleur, le chagrin mais aussi la joie et le bonheur". Derrière la blouse du soignant, il y a des humains. Il est donc normal d'avoir des émotions mais si ces émotions prennent le dessus, il faut savoir en parler voire déléguer la prise en charge.

Pour la deuxième infirmière, parfois, il n'y a pas forcément quelque chose à dire, il ne faut pas essayer de combler les silences mais plutôt "mettre une main sur l'épaule" par exemple. Elle précise aussi qu'une psychologue est présente dans le service pour les besoins de l'enfant, des parents mais aussi pour être à l'écoute des professionnels.

3.2 Le refus de prendre en soin un enfant

En ce qui concerne "le refus de soin", les deux infirmières m'ont évoqué ne jamais avoir refusé de prendre en charge un enfant. Le motif qui pourrait les inciter à le faire est si elles connaissent personnellement l'enfant ou tout simplement la famille.

En réanimation pédiatrique, les prises en charge des enfants peuvent être plus ou moins longues. C'est alors dans ces situations que les infirmières délèguent car « parfois ça nous prend beaucoup d'énergie physique et psychologique ». La deuxième infirmière évoque qu'elle peut créer des liens avec les familles et les enfants et "si en rentrant chez moi je repense beaucoup à la famille et que cela me préoccupe, je préfère déléguer quand j'y retourne le lendemain.", "il faut savoir prendre de la distance".

V- la discussion

Dans cette partie de mon mémoire, je vais mettre en relation les dires des différents auteurs sur les notions de mon cadre théorique avec les dires des infirmières interrogées. Cela va me permettre d'approfondir mon travail de recherche en y incorporant mon analyse. Je vais donc aborder en premier lieu le déroulement d'une annonce de diagnostic en pédiatrie et son but lors d'une hospitalisation, ensuite la relation parent, enfant et soignant, puis les émotions des soignants face aux annonces de diagnostic.

Tout d'abord je commence par l'annonce de diagnostic. Comment définir une annonce ? Pour moi une annonce de diagnostic, c'est une annonce faite par le médecin au patient et à ses proches. En pédiatrie, cette annonce est faite en premier lieu aux parents. En fonction de l'âge de l'enfant et de sa compréhension, l'annonce peut être faite ultérieurement. Lors de mes entretiens, les infirmières m'ont toutes les deux évoqué l'annonce de diagnostic de la même façon, sur le déroulé comme sur la façon de faire mais aussi sur les rôles des différents soignants présents. Chaque annonce est différente, mais comme le précise Morisseau « il n'y a pas de « bonne façon » de faire une annonce ». Ben Soussan dit aussi qu'« il n'y a pas d'annonce heureuse, pas de bonne façon d'annoncer une mauvaise nouvelle » car généralement, une annonce de diagnostic n'est jamais faite pour annoncer une bonne nouvelle. Lors de mon stage en réanimation pédiatrique, j'ai pu assister à une annonce de diagnostic. C'était quelque chose que j'apprenais mais auquel j'avais envie d'assister pour enrichir mes expériences et ma pratique professionnelle. C'était pour moi difficile en temps qu'étudiante d'être présente car la situation était très particulière. Le médecin réanimateur a annoncé à la maman de la jeune fille une mort cérébrale ainsi que le bénéfice d'arrêter les machines qui tiennent sa fille en vie. Afin qu'elle puisse partir paisiblement dans ses bras. Lors de l'annonce, j'étais plutôt étonnée car étant une personne sensible je pensais que cela serait dur de garder mes émotions face à une maman très affectée. Mais finalement, j'ai réussi à ne pas montrer ma tristesse car j'étais considérée comme une soignante.

Lors de mes entretiens, les infirmières ont évoqué qu'en réanimation pédiatrique, beaucoup d'annonces sont réalisées car il y a de nombreuses découvertes de pathologie aiguë et chronique. Il est vrai que lors de mon stage, j'ai assisté qu'à une annonce mais je suis restée à plusieurs reprises, pendant mes dix semaines de stage, dans la chambre de l'enfant lorsque leur parents étaient avec les médecins. Dans cette étude, je n'ai absolument pas élaboré l'annonce faite aux enfants, mais une des deux infirmières m'en a parlé lors de l'entretien, « il y a aussi une annonce de diagnostic auprès des enfants. Pour les enfants qui sont plus grands et en âge de comprendre. C'est vrai que les médecins et nous, on essaye de leur expliquer par rapport à leur degré de compréhension, leur niveau de vocabulaire, leur maladie pour qu'ils puissent la comprendre et vivre leur quotidien au mieux ».

Ensuite, j'ai décidé d'aborder la notion de la dynamique relationnelle. C'est une notion essentielle dans la profession d'infirmière. En effet, la relation entre le patient et le soignant fait partie des compétences que l'on doit acquérir tout au long de notre formation mais aussi tout au long de notre carrière. En pédiatrie, cette notion est très importante car elle se fait avec trois acteurs, l'enfant, les parents et puis le soignant. C'est pour cela que j'ai souhaité l'aborder dans mon cadre théorique car c'est une notion essentielle dans la prise en charge d'un enfant. Au fil de mes lectures, j'ai pu constater l'importance de cette relation en pédiatrie. En effet les auteurs expliquent qu'en pédiatrie, accueillir un enfant à l'hôpital revient à accueillir ses parents. Pendant une hospitalisation, tous les soins sont réalisés à trois. Les infirmières interrogées sont en accord sur ce que disent les auteurs. Elles ont souvent évoqué les mêmes termes, c'est à dire, "ce n'est pas une relation à deux mais bien à trois : l'enfant, les parents et nous le soignant", "il y a trois acteurs", "c'est un vrai trio", "tout est de manière triangulaire" "on ne fonctionne pas les uns sans les autres".

Pour moi, cette dynamique relationnelle est très importante lors d'une annonce de diagnostic car l'annonce de diagnostic en pédiatrie peut être une expérience émotionnellement difficile pour l'enfant et sa famille. Il est donc important de mon point de vue que la dynamique relationnelle entre l'enfant, la famille et l'équipe de soin soit prise en compte lors de l'annonce du diagnostic. Plusieurs notions vont contribuer à cela, la communication par exemple. Elle est essentielle pour établir une relation de confiance et pour fournir des informations claires et précises. Je pense que dans ces moments-là, il est aussi important que l'équipe soignante écoute les préoccupations et les besoins de la famille et surtout réponde à leurs questions le plus juste possible. Mais il y a aussi la collaboration, lors d'une annonce de diagnostic en pédiatrie, il est important que l'équipe de soins travaille en collaboration pour offrir un soutien efficace à l'enfant et à sa famille. Cette collaboration peut aider à améliorer la qualité des soins et à réduire les risques d'erreurs de communication. Lors de mes entretiens, j'ai questionné les infirmières sur la mise en place de cette relation. Pour savoir si elle se crée rapidement et naturellement. Elles m'ont répondu que c'était la base de métier d'infirmière et que la confiance était l'élément essentiel dans cette relation.

Les différents auteurs abordent l'intérêt et les impacts de cette relation. Il évoque l'amélioration des résultats de santé des enfants, la satisfaction des patients et des familles, la collaboration interprofessionnelle, la gestion du stress et de l'anxiété et puis l'humanisation des soins.

Enfin, j'ai voulu aborder les émotions des soignants en pédiatrie et surtout lors des annonces. Pour moi, lorsqu'on me parle d'émotions, je pense à la joie, au bonheur, la tristesse, la colère, l'anxiété. Au cours de mes lectures j'ai pu découvrir de nombreuses listes d'émotions selon les auteurs mais six reviennent à coup sûr, la peur, la tristesse, le dégoût, la surprise. Il s'agit des émotions dites "fondamentales". Les émotions nous touchent dans notre vie quotidienne et même dans notre vie professionnelle surtout dans le métier d'infirmière. Pendant mes entretiens, j'ai questionné les infirmières sur leurs émotions. Au début, elles ont évoqué les émotions des parents lors de l'annonce: "on doit être en capacité d'entendre toute leur douleur, leur chagrin, leur colère, la joie, le bonheur, on

absorbe.” Puis elles ont abordé leurs émotions à elles, lors de l’annonce ou après, pendant la prise en soin de l’enfant. Elles évoquent, la création d’une “barrière” “inconsciemment, naturellement” mais que derrière leur blouse de soignant il y a des humains.

En effet, je pense que les émotions peuvent être présentes à différents moments, sur une période qui varie. Il peut arriver que des éléments nous préoccupent, d’y penser en fin de journée, quand on arrive chez nous ou parfois en pause. Puis, il y a des émotions qui nous hantent l’esprit toute la journée et qui peuvent avoir des conséquences sur la qualité de notre travail. Malgré ce que disait John BOWLBY “ la tristesse est une réaction normale et saine devant toute infortune”, les infirmières lors de mes entretiens m’ont précisé que c’était humain d’avoir des émotions mais que si ces émotions prennent le dessus, il faut savoir en parler et prendre du recul sur la situation.

Étant une personne très sensible dans ma vie quotidienne, je pleure très facilement. C’était alors un challenge de choisir ce métier car je savais que j’allais être confronté à des situations qui pouvaient me rendre triste, comme lors de “ma première annonce de diagnostic”, expliquée en amont. Je pense qu’une carapace se crée au fur et à mesure de notre vie, des mécanismes de défense se mettent en place naturellement, expliqué par Henri Chabrol, ce sont des “processus mentaux automatiques, qui s’activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l’action demeure inconsciente”. Lorsque j’ai créé mon guide d’entretien, je n’ai pas posé de question sur les mécanismes de défense que les infirmières peuvent mettre en place lors de leur pratique professionnelle mais naturellement elles m’ont évoqué quelques mécanismes. Elles m’ont expliqué que si elles connaissaient la famille de l’enfant, elles feraient un blocage et donc ne pourraient pas prendre en charge l’enfant. Elles m’ont aussi évoqué que lorsqu’elles prennent en charge un enfant pendant longtemps, parfois cela fait du bien de déléguer la prise en charge.

Pour conclure cette discussion, je dirais que pour une annonce de diagnostic, il n’y a pas de contre indication car il n’y a pas de méthodes miracles. C’est au cas par cas en fonction de la pathologie, de la situation familiale, etc.. En ce qui concerne la relation enfant-parent-soignant, elle est très importante dans la prise en charge. Si les personnes en sont conscientes, c’est le principal. Cependant, dans le cadre de cette dynamique relationnelle, les soignants savent aussi qu’il faut prendre des distances pour réussir au mieux la prise en soin.

Ma question de départ prend en compte seulement l’annonce de diagnostic faite aux parents et non celle faite à l’enfant. Il pourrait également être intéressant d’étudier les autres moyens mis en place pour les annonces faites aux enfants et le rôle différent des infirmiers.

VI- La conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche avait débuté autour de situations d'appels qui m'avaient interpellée en stage. Elles étaient portées sur le thème de l'émotion du soignant, sur la relation parent-enfant-soignant et sur des situations d'annonce de pathologies et diagnostics à une famille. Ensuite, des questionnements ont suivi et m'ont guidée vers ma question de départ : Comment accompagner la famille après ces annonces de diagnostic de maladie ou de mort ? Dans quelle mesure, le soignant arrive à gérer ses émotions lorsqu'il annonce aux familles, un diagnostic grave ? Afin d'y répondre, j'ai effectué des recherches auprès d'auteurs qui m'ont éclairée sur la compréhension de quatre notions : la relation, les émotions, la dynamique relationnelle ainsi que l'annonce de diagnostic. À la suite de ce cadre théorique, j'ai réalisé des entretiens auprès de deux infirmières: les deux travaillent en réanimation pédiatrique. Pour cela, j'ai effectué une méthodologie et un guide d'entretien afin d'étayer les dires des auteurs et de répondre à mes questionnements, puis une analyse descriptive permettant de classer les différentes idées des infirmières. Pour continuer, j'ai confronté dans une discussion les idées des auteurs et celles des infirmières en ajoutant mon point de vue. Cette conclusion permet de poser toute la démarche d'initiation à la recherche et d'énoncer mon ressenti tout au long de ce travail.

La réalisation de ce travail a été enrichissante car elle m'a permis d'apprendre, de comprendre, de me questionner, de construire, de mener une réflexion sur ma pratique professionnelle et enfin d'évoluer en tant que personne et soignante. Tout d'abord, je dirais que j'ai pu acquérir des connaissances sur les différentes notions par les auteurs, notamment la dynamique relationnelle, qui est pour moi essentielle en pédiatrie pour adapter ou bien améliorer sa prise en soin. J'ai pu ainsi découvrir des idées et réflexions intéressantes qui ont fait avancer mon cheminement et qui m'ont beaucoup intéressée. Toutes ces notions apportent des éléments pour la compréhension de ma question de départ. L'annonce de diagnostic est un élément essentiel dans l'hospitalisation de l'enfant mais il n'est pas toujours un moment facile à vivre pour la famille de l'enfant comme pour les soignants. La notion de dynamique relationnelle prend alors tout son sens dans ces situations d'annonce de diagnostic. La relation soignant-soigné, entre l'enfant, les parents ainsi que le soignant est un trinôme essentiel pour l'hospitalisation. En ce qui concerne les émotions, chaque soignant est différent mais chacun ressent des émotions. Ces émotions peuvent jouer sur la prise en charge d'une personne, il faut savoir prendre des distances quand cela est nécessaire, c'est-à-dire, quand cela contribue dans la prise en charge du soigné.

Grâce à ce travail de recherche et d'analyse j'ai pu modifier ma façon de percevoir les choses, les témoignages des professionnelles ont normalisé ma réaction face à cette situation et m'ont appris à

mieux réagir. Je retiens de ce travail qu'il est important de rester soi-même, de savoir dire stop quand on ne s'en sent pas capable.

Ce travail de recherche m'a également permis de répondre en partie aux questions que je me posais et à ouvert une autre interrogation :

Est-ce qu'une annonce de diagnostic en pédiatrie peut être aussi libérateur dans certaines situations ?

VII- La bibliographie

Ouvrages:

- Chabrol, H et Callahan, S (2004). Mécanismes de défense et coping. Paris, France : Dunod
- Ben Soussan (2004) cité par Soubieux p 225
- Fisher, R (2008). Gérer ses émotions. Paris, France : Robert LaffontChristopher
- Perry, J (2009). Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation. Paris, France : Masson
- Ionescu, S, Jacquet, M-M, Lhote, C (1997). Les mécanismes de défense, théorie et clinique. Paris : Nathan
- Wanquet, Pascal Thibault (2015) L'enfant hospitalisé: travailler avec la famille et l'entourage

Articles:

- "Breaking Bad News: Pediatric Hematology-Oncology Providers' Preferences and Perceptions", Kane et coll. (2019)
- Braconnier, A. (2013). Evolution contemporaine du concept de mécanisme de défense. Le journal des psychologues, n° 306, p54-55-56-57.
- Hecktor, L (2003). Les mécanismes de défense, Santé mentale, (75), p 20-25
- Lhote, C (2000). Les mécanismes de défense et d'adaptation des soignants, Laennec (5), p 10-13
- Mariage, A. (2001). Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture. Le travail humain, volume (64), p46-47
- "Nurses' role in the delivery of a diagnosis of childhood cancer or life-threatening haematological condition", Keats et coll. (2019)

Site internet:

- Bourdès, Daniel. Le rôle du cadre de santé et la place des parents en pédiatrie (2008). Repéré: <http://www.em-premium.vom.docelec.u.bordeaux.fr/acticle/158492>
- Joie. (s. d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/joie/44939>
- Peur. (s. d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/peur/60046>
- Colère. (s. d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/col%c3%a8re/17100?q=col%c3%a8re#1692>
- Tristesse. (s. d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tristesse/79816?q=LA+TRISTESSE#78850>
- Dégoût. (s. d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%c3%a9go%c3%bbt/22879?q=le+d%c3a6>
- Tristesse. (s. d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tristesse/79816?q=TRISTESSE#78850>
- Martin Média. Journal des psychologues (2008). n° 254 page 22-42 Repéré: [Le Journal des psychologues 2008/1 \(n° 254\)](#),
- Revues. Médecine thérapeutique / Pédiatrie. L'annonce du diagnostic en pédiatrie en cas de maladie grave de l'enfant. Groupe thématique Miramion : Parents et soignants face à l'éthique en pédiatrie. Repéré: [mtPed2002-Annoncediagnostic.pdf](#)
- Institut national du cancer. (2019). Dispositif d'annonce. Repéré: [Dispositif-d-annon](#)

Annexes

Annexe I: Guide d'entretien

Guide d'entretien

Introduction:

Ma présentation: Cléa Binet étudiante en 3ème année à l'institut de Pontchaillou.

Présentation du sujet du mémoire: En pédiatrie, en quoi la dynamique relationnelle est impactée par la gestion émotionnelle du soignant dans le contexte de l'annonce d'un diagnostic ?

Garantir l'anonymat et obtenir le consentement pour l'enregistrement audio

Présentation de l'infirmière: pourquoi avez-vous choisi ce métier ? Depuis combien de temps ? Où avez-vous travaillé ?

L'annonce d'un diagnostic.

Avez-vous déjà eu l'occasion d'assister à une annonce de diagnostic ?

Comment se passe l'annonce ?

Qui annonce ?

Quel est le rôle des différents professionnels de santé dans cette situation ?

Quels professionnels sont présents ou alors appelés lors de l'annonce ?

Dynamique relationnelle

Que représente pour vous la dynamique relationnelle ?

Est ce qu'il y a réellement une relation triangulaire entre l'enfant, la famille et le professionnel ?

Comment arrivez-vous à la mettre en place ?

La gestion émotionnelle du soignant.

Comment arrivez-vous à gérer vos émotions ?

Est ce que vous avez déjà vécu une situation très dure sur le côté émotionnel ?

Est ce que ca vous est déjà arrivé de refuser d'être présent lors de l'annonce ou tout simplement ne pas prendre en charge l'enfant ?

Conclusion :

Que souhaitez-vous ajouter ?

Remerciements

Annexe II: Entretien IDE 1

Entretien n°1

ESI: Alors mon sujet de mémoire c'est "en quoi la dynamique relationnelle est impactée par la gestion émotionnelle du soignant lors de l'annonce de diagnostic."

IDE: D'accord, mes émotions à moi qui m'impactent.

ESI: Du coup, j'ai trois thèmes: l'annonce de diagnostic, après j'ai la dynamique relationnelle, donc parent-enfant-soignant et la gestion émotionnelle du soignant.

Est-ce que tu veux bien te présenter ?

IDE: Oui, je suis infirmière depuis 2009 ça fait 13 ans, j'ai toujours travaillé en pédiatrie, 2 mois aux urgences pédiatriques de nuit et après j'ai été en réanimation pédiatrique de nuit au départ jusqu'en 2014 où je suis partie à l'école du puer. Depuis janvier 2015 je suis puéricultrice. J'ai commencé par du service de remplacement au départ sur la filière néonatale et la réanimation pédiatrique. Après je suis revenue en post 2021 en réanimation pédiatrique. Donc j'ai toujours fait de la pédiatrie.

ESI: En premier, j'aimerais parler de l'annonce de diagnostic. Donc, est-ce que tu as déjà assisté à des annonces de diagnostic ?

IDE: Oui

ESI: comment se passe l'annonce ? Qui annonce ?

IDE: La plupart du temps, dans l'idéal, on essaye de prendre un vrai temps sauf demande exprès des parents ou ils veulent qu'on reste dans la chambre de l'enfant. Sinon on prend le temps de se mettre à l'écart dans un bureau au calme isolé pas aux yeux de tout le monde. Et au mieux on est le médecin, l'interne et l'infirmière qui s'occupe de l'enfant. Parce que le médecin c'est à lui que revient la responsabilité d'annoncer. L'interne, on sait qu'ici il y a un vrai travail de binôme avec le médecin qui prend beaucoup le relais. C'est important qu'on soit au courant de tout ce qui est dit. Et puis nous aussi parce que dans nos transmissions et notre prise en charge c'est important de savoir ce qui a été dit aux parents de ne pas se tromper sur les termes d'avancer au même rythme finalement que l'équipe médicale.

ESI: Donc il y a principalement l'interne, le médecin et l'ide qui s'occupe de l'enfant. Je voulais connaître les différents rôles des professionnels présents.

IDE: au moment de l'annonce

ESI: oui

IDE: J'ai envie de dire que la plupart du temps après je te parle de mon expérience. C'est vrai que je ne suis pas avec mes autres collègues peut-être qu'elles sont plus actives dans l'entretien mais sur ces moments là. Il y a vraiment un grand temps de parole du médecin. Qui prend le temps de réexpliquer. Qu'est ce qui s'est passé, si on peut prendre le temps d'expliquer aux parents qu'est ce qui s'est passé, qu'est ce qu'il l'a emmené en réanimation pédiatrique. Et où on en est à ce jour et qu'est ce qu'on a comme résultat qui nous amène à ce diagnostic. Donc finalement c'est un grand temps de parole du médecin. L'interne il vient pour écouter beaucoup et parfois amène des compléments d'information sur des résultats d'examens que le médecin n'aurait pas ou un doute. Et puis nous on est là, fin moi je suis plutôt spectatrice je ne suis pas très actrice sauf répondre à une question d'ordre pratique, une question des parents sur l'organisation du service des questions toutes bêtes mais sinon dans l'annonce je ne parle pas trop.

Nous on est vraiment là, les parents posent une question sur la psy sur l'organisation des repas, comment je vais dormir auprès de mon petit, c'est des questions d'ordre pratique. Si quand le médecin annonce on va faire tel soin, dans le déroulement de soin, si par exemple le médecin dit bon bah la pour soigner on a besoin de faire tel soin si les parents posent des questions sur tel soin, ça c'est mon travail d'expliquer le déroulement du soin. Mais sinon non c'est principalement le médecin qui parle.

ESI: Après c'était sur la dynamique relationnelle, qu'est ce que ça représente pour toi ? La relation parent-enfant ?

IDE: Ça représente la base de notre travail, c'est à dire qu'on est dans un métier humain donc on est pas juste des faiseuses, on est pas juste des techniciennes, on est pas que des infirmières. Déjà avec les adultes tu es dans une relation humaine bas la il y a une dimension différente avec les enfants c'est à dire que tu n'es pas dans une relation à deux mais dans une relation à trois, il y a toi, enfant et les parents on sait très bien fin il est loin le temps où on mettait les parents à l'écart où ils restaient à l'écart du service. Là on est dans un service qui est ouvert 24h /24h, les parents peuvent être là tout le temps. Le soin ne se fera pas sans les parents, l'enfant a besoin de ses parents, les parents ont besoin d'être avec leurs enfants. Voilà c'est une dynamique relationnelle mais à trois. Et on ne fonctionne pas les uns sans les autres.

ESI: Elle se met en place naturellement ?

Ide: Je pense parce que c'est de plus en plus ancré dans les pratiques, après j'ai une expérience que dans mon service, dans le CHU après je pourrai pas te dire dans les autres villes de France mais oui j'ai envie de croire que c'est partout pareil et qu'on a pris conscience qu'on ne pouvait pas faire autrement agir autrement que laisser l'enfant avec ses parents. Et pour entrer en relation avec l'enfant, être en relation avec les parents et pour pouvoir approcher l'enfant il faut expliquer aux parents. Je pense en tout cas que ça fait partie des choses qu'on a plus à prouver en fait et à se dire, j'ai l'impression que tout professionnel aujourd'hui a conscience de ça.

ESI: Et pour finir c'est la gestion émotionnelle du soignant. Qu'est ce qu'il y a des situations qui te marquent plus que d'autres ?

IDE: Oui c'est obligé qu'il est des situations qui te marquent plus que d'autres parce que ça arrive à un moment de ta vie ou tu es peut-être plus sensible ou dans ton histoire personnelle ça résonne un peu plus cette situation là il y a de famille qui sont marquantes, des enfants qui sont attachants. Il y a des histoires qui sont tragiques et que tu ne comprends pas alors après. Je pense que par notre métier inconsciemment on a une barrière qui s'installe fin je pense que sinon tu tiens pas dans la longueur. Si tu te l'imposes pas après j'ai envie de te dire qu'elle est naturelle mais si tu t'imposes pas cette distance relationnelle bah tu te fais souffrir toi tu vas trop loin et je pense qu'en plus de ça tu viens biaiser la relation. Les parents, ils n'ont pas besoin d'un soignant fébrile ils ont besoin d'un soignant qui soit là qu'il soit en capacité de faire les soins et en capacité d'entendre toute leur douleur, leur chagrin, leur colère toutes les émotions là, la joie, le bonheur, on absorbe pleins pleins de choses. Si toi, à un moment donné, tu ne te mets pas de barrière et que tu es dans le chagrin et que c'est le parent qui doit te consoler, alors les relations, elles ne seront pas correctes. Oui de toute façon c'est de la gestion d'émotions, il faut que tu puisses gérer tes émotions dans le soin, dans la relation humaine, c'est professionnel il faut que ça reste des relations professionnelles. C'est ton travail même s'il y a des relations qui te touchent, qui t'attristent. Je ne dis pas qu'il ne faut pas avoir d'émotions. Il y a des situations moi qui m'ont marquée, des parents, des enfants qui m'ont mise la larme à l'oeil. J'ai été et je l'ai dit aux parents oui votre situation elle me touche maintenant je me reprends je suis là pour vous pour vous écouter fin voilà il ne faut pas non plus s'écrouler. On est humain avant tout on est dans de la relation humaine oui il faut te protéger oui tu es là pour absorber les émotions des parents mais des fois on a des petites failles on est humain. Mais c'est bien de le dire aux parents là oui je suis triste mais je suis encore là je vais pouvoir vous gérer ne vous inquiétez pas après voilà on est humain et on sait que des fois on peut être dépassé par ça on fait au mieux.

ESI: Est ce que des fois ça t'est déjà arrivé de te dire là ce dossier là je ne vais pas pouvoir prendre en charge ?

IDE: Alors moi personnellement ça ne m'est jamais arrivé, sur le parallèle de ma vie personnelle ça m'est jamais arrivé. Je n'ai jamais eu de situations où je connaissais les gens. Les seuls raisons pour lesquelles j'ai pu un moment dire là je vais pas pouvoir c'est parce que c'est des prises en charge longues et qui à un moment peut-être parce que tu as peur de trop t'investir ou parce que tu as donné beaucoup d'énergie que ce soit physique ou psychologique. Il y un moment ou tu as envie de reprendre ta place ta position prendre de la distance par rapport à cette situation là c'est sur des prises en charge longues ou parfois j'ai dit là je fais une pause, je reviendrai peut-être plus tard mais sinon non dans l'affecte ou j'ai senti que c'était trop j'ai jamais eu cette situation là.

Annexe III: Entretien IDE 2

Entretien n°2

ESI: mon sujet de mémoire c'est en pédiatrie, en quoi la dynamique relationnelle est impactée par la gestion émotionnelle du soignant lors de l'annonce de diagnostic.

Donc dans un premier temps on va parler de l'annonce de diagnostic, puis la dynamique relationnelle parents-enfant-soignant et pour finir la gestion émotionnelle que le soignant éprouve par rapport à l'annonce.

Est ce que tu veux bien te présenter ?

IDE: Je m'appelle Laura, j'ai 30 ans, je suis diplômée infirmière depuis 2015 j'ai enchaîné avec la formation d'infirmière puéricultrice. Je suis donc infirmière puéricultrice depuis 2016. J'ai travaillé dans un hôpital périphérique en Loire Atlantique pendant 6 mois puis je suis arrivée au CHU de Rennes en 2017. J'ai travaillé en Réanimation néonatale, j'ai travaillé 8 mois aux urgences pédiatriques et après j'ai fait du pool de remplacement de réanimation pédiatrique, réanimation néonatale, neonate et maintenant ca fait un plus de deux ans que je suis en réanimation pédiatrique.

ESI: Du coup pour commencer je voulais savoir est-ce que tu as déjà vécu une annonce de diagnostic ?

IDE: Oui, c'est vrai qu'en réanimation pédiatrique on a souvent des choses aiguës et graves donc les diagnostics, fin les suppositions parce-qu'on a pas toujours les réponses tout de suite sur les diagnostics, il faut parfois un lapse de temps. En tout cas dans la mesure des possibilités, il est évoqué aux parents les possibilités d'annonce de diagnostic.

Après ça reste les médecins qui font les annonces là, nous on les accompagne souvent en salon d'entretien de manière isolée ça se fait rarement en chambre. On est souvent avec les médecins, c'est eux qui font les annonces.

ESI: Et du coup qui annonce ? quels sont les rôles des différents professionnels de santé présents ?

IDE: Le médecin qui fait l'annonce parfois c'est plusieurs médecins en même temps parce que quand sa combinaison diffère. Je pense à des découvertes de tumeurs cérébrales car ils vont passer une imagerie et il y a souvent le médecin réanimateur et des fois le neurochirurgien qui va expliquer parfois la chirurgie la suite des traitements et ça peut aussi être combiné avec les oncologues qui vont projeter les parents un petit peu plus loin que dans l'annonce du diagnostic et puis nous on est là en soutien du médecin et aussi en soutien des familles parfois. Car souvent dans les chambres, fin quand on retourne dans les chambres le médecin n'est pas toujours présent. Les parents peuvent ré-avoir des questions donc on a un rôle ou ça nous arrive de reformuler parfois les propos des médecins à ré-expliquer ce qu'ils n'ont pas compris. Il y a aussi une annonce de diagnostic auprès des enfants pour les enfants qui sont plus grands et en âge de comprendre. C'est vrai que les médecins et nous, on essaye de leur expliquer par rapport à leur degré de compréhension, leur niveau de vocabulaire, leur maladie pour qu'ils puissent la comprendre et vivre leur quotidien au mieux. Avec l'enfant, l'annonce se fait plus dans la chambre.

ESI: Merci maintenant, qu'est ce que représente pour toi la dynamique relationnelle ?

IDE: Qu'est ce c'est que pour moi la dynamique relationnelle en pédiatrie. Alors, il y a trois acteurs: les soignants, les parents et les enfants. C'est vraiment un trio et ensuite la relation passe part différent domaine entre la parole avec les enfants et les parents. Il y a la relation qui passe par les gestes car on a des enfants qui ne peuvent pas parler ça va être le visuel, le toucher, le sens pour lui aussi. Les enfants qui ne peuvent pas parler car ils sont intubés ils vont être capables de nous montrer ou de parfois mettre en place des capacités d'adaptation et de mettre en place autrement. On a différents outils dans le service qui vont nous permettre de communiquer avec les enfants et d'être en relation avec eux, avec des pictogrammes, des claviers d'ordinateur et c'est aussi pour les enfants polyhandicapés, ce sont les parents qui connaissent le mieux leur enfant et c'est les parents qui nous aident à avoir une dynamique relationnelle qui nous guident à avoir une dynamique relationnelle avec leur enfant parce-que ce sont pas forcément des enfants qui ne sont pas communicants verbalement. Ils vont communiquer par des gémissements, des cris, des rires. Et du coup si on a pas les parents pour nous indiquer ce que telle chose veut dire, ça serait beaucoup plus difficile pour nous et plus difficile pour avoir une relation avec l'enfant. Dans le service, on a la chance d'avoir des habitudes de vie que quand on a des enfants, avec des enfants besoins spécifiques fin ils ont tous des besoins spécifiques

mais les enfants polyhandicapés quand les parents ne peuvent pas toujours être là ça nous donne des outils pour mieux les comprendre et la relation c'est essayer de lui communiquer les choses mais aussi essayer de comprendre ce qu'il veut dire. Tout est de manière triangulaire.

ESI: Et cette relation se met en place naturellement ?

IDE: oui je trouve que ça se met en place naturellement alors c'est vrai que dans un contact d'entrée en réanimation, il y a toujours un phénomène émotionnel aussi qui joue du côté des parents et des enfants. C'est vrai que la réanimation entendue de l'extérieur c'est quelque chose qui peut faire peur, il y a un état émotionnel que ce soit du côté des parents qui peut être intense à ce moment là. On essaye de mettre en place une relation aussi de confiance le plus tôt possible parce que si elle est acquise cette relation de confiance ça permet aussi après d'élargir la relation à quelque chose de plus large et de ne rester centré que sur les soins et d'améliorer la prise en soin de l'enfant.

ESI: ma dernière question c'était sur ta propre gestion émotionnelle. Est ce que tu as déjà vécu une situation qui était trop dure pour toi ?

IDE: oui, j'en ai même fait mon mémoire à l'école de l'infirmière donc ça me parle. Oui je ne vais pas te dire le contraire moi j'ai fait mon mémoire sur la gestion des émotions soignante en soin palliatif. C'était pas une situation chez un enfant mais en fait c'était des soins palliatifs chez un monsieur qui avait tout un contexte particulier je pense que je me rappellerai tout le temps. Je me sentais dans cette situation là, je n'arrivais pas à communiquer avec lui du moins verbalement. Je n'étais pas du tout à l'aise justement dans la relation verbale avec ce monsieur. C'était au domicile, il y a avait tout un contexte, quand tu es au domicile des gens à faire des soins on voit le contexte familial, je connaissais l'histoire de vie, il y avait de petits enfants dans la maison où on faisait des soins aussi. Il y avait tout une gestion émotionnelle qui franchement me submergeait, fin ça ne se voyait pas quand j'allais chez lui mais en fait dans ma relation avec lui, fin ce monsieur, je n'arrivais pas à lui parler. Avec les enfants, j'ai eu la chance de ne pas avoir fait de décès ou des choses comme ça depuis que je travaille chez les enfants. Après c'est parfois difficile je ne vais pas te dire le contraire. On sait que parfois dans la relation avec les parents on se sent un petit peu diminué de mot à ce moment-là. Après moi, de mon point de vue je pense que parfois je préfère laisser le silence qu'essayer de combler les silences, il n'y a pas toujours besoin de dire quelque chose alors on est aussi là en soutien pour les parents en posant une main sur une épaule c'est pas toujours évident. On reçoit aussi parfois toute la colère nous on peut être submergé par les émotions mais eux aussi peuvent s'exprimer être débordé par la situation de leur enfant et même l'enfant. Parfois ça prend un petit peu de temps de remettre en place une relation avec eux, il faut laisser les choses se faire naturellement. On a des outils dans le service,

on a une psychologue que ce soit pour les parents, pour nous aussi elle est disponible quand il y a des décès dans le service on fait des débriefs ça nous permet d'échanger et de notre côté d'apaiser la situation. Mais oui ça peut parfois être difficile et c'est vrai que, je vais pas dire régulièrement, mais une situation qu'on sait critique afin que les parents comprennent que ça va être critique. Moi ça m'arrive je ne sais pas quoi dire mais en même temps est-ce ce qu'il y a quelque chose à dire. Je pense à une situation, une adolescente qui est très triste du fait de ses multiples pathologies, on comprend, elle a toutes les raisons pour être triste et en même temps si elle n'a pas envie de discuter, on va pas avoir une relation verbale avec elle. On respecte aussi ces choses là que ce soit avec les familles et les enfants.

ESI: Est ce que ça t'es déjà arrivée de refuser de prendre en soin un enfant ?

IDE: Non ça ne m'est jamais arrivé alors après je pourrais refuser si je connais personnellement la famille et l'enfant ça a un autre impact je pense qu'on peut pas être professionnel, il y a un manque d'objectivité constamment qui se crée. Je pense que c'est quand on sait personnellement que c'est à ce moment-là qu'il faut déléguer. Après on peut être à l'aise dans une situation mais quand l'enfant reste très très longtemps hospitalisé. Il ne faut pas non plus hésiter à passer le relai parce-que c'est vrai qu'on fait des soins lourds et techniques. Lorsque des enfants restent longtemps on peut se créer un lien aussi avec les familles si on voit que ça nous impacte dans notre vie à la maison, enfin qu'on emmène ça à la maison il ne faut pas hésiter à passer le relai. On a des collègues qui sont très très ouverts dans le service donc voilà. Ça m'est déjà arrivée de m'occuper d'un enfant pendant très très longtemps et de dire un moment donné j'aimerais bien passer à autre chose, prendre de la distance. Il faut savoir un peu décharger et pas tout ramener chez soi.

Annexe IV: Tableau d'analyse des entretiens

Thème	Sous thème	IDE 1	IDE 2
L'annonce de diagnostic	Avoir déjà vécu une annonce de diagnostic	“oui”	“oui, en réanimation pédiatrique il y a des pathologies aiguës et graves qui nécessitent des annonces de diagnostic”
	Réalisation de l'annonce	“on prend le temps de se mettre à l'écart dans un bureau au calme isolé pas aux yeux de tout le monde.” “Il y a les médecins, l'interne et nous de présent pdt l'annonce” “ Le médecin c'est à lui que revient la responsabilité d'annoncer” “l'interne est présent car dans notre service il y a réal binôme médecin-interne, il est là aussi pour rajouter des informations mais surtout pour écouter.”	“c'est les médecins qui annoncent, on les accompagne souvent en salon d'entretiens de manière isolée, ça se fait rarement en chambre.” “ Parfois plusieurs médecins sont présents pdt l'annonce car en fonction des diagnostics, certains médecins comme (neuro chirurgien, oncologue..) ont plus de connaissance sur les pathologies ect..
	Le rôle de l'ide lors de l'annonce	“pour ma part, je suis plutôt spectatrice, je réponds juste à des questions à l'ordre pratique, sur l'organisation du service mais sinon je ne parle pas trop” “on répond aux questions des parents sur l'organisation des repas et comment dormir auprès de leurs enfants. “On est aussi là pour expliquer le déroulement des soins”	“nous on est là en soutien du médecin et aussi en soutien des familles parfois” “Car souvent après l'annonce quand on revient dans la chambre on reformule parfois les propos du médecin et aussi on ré-explique ce qu'ils n'ont pas compris.
La dynamique relationnelle	Définition	“c'est la base de notre travail” “déjà avec les adultes il y a une relation humaine” “en pédiatrie ce n'est pas une relation à deux mais à trois, toi l'enfant et les parents. On ne met pas les parents à l'écart du service, il est ouvert 24h/24h. Ils peuvent être là tout le temps.	“ il y a trois acteurs: les soignants, les parents et les enfants” “ c'est un vrai trio” “ on communique avec plusieurs façon, la parole, les gestes, le toucher, les sens” “si l'enfant ne peut communiquer,

		<p>Le soin ne se fera pas sans les parents, l'enfant a besoin de ses parents et les parents ont besoin d'être avec leurs enfants.</p> <p>“C'est une dynamique relationnelle mais à trois” “Et on ne fonction les uns sans les autres</p>	<p>dans le service on dispose de claviers d'ordinateur, pictogramme ect..”</p> <p>“ parfois il n'y a pas mieux que leurs parents pour les comprendre et donc crée une dynamique relationnelle”</p> <p>“ tout est de manière triangulaire”</p>
	La mise en place de la relation	<p>“on peut pas faire autrement, agir autrement que laisser l'enfant avec ses parents”</p> <p>“pour entrer en relation avec l'enfant, être en relation avec ses parents et pour pouvoir approcher l'enfant il faut expliquer à l'enfant”</p> <p>“j'ai l'impression que tout professionnel aujourd'hui a conscience de ça”</p>	<p>“ elle se met en place naturellement”</p> <p>“ en réanimation on essaye de l'installer le plus tôt possible car c'est un service qui peut générer des émotions auprès des parents et des enfants.”</p> <p>Si cette relation de confiance est acquise le plus tôt possible, ça permet d'élargir la relation et ne pas rester centré que sur les soins et la prise en soin de l'enfant.</p>
La gestion émotionnelle lors d'une annonce	Des annonces de diagnostic ou situation qui marquent plus les soignants que d'autres.	<p>“ Il y a des situations qui nous marquent plus que d'autres si c'est un moment de ta vie ou tu es plus sensible etc..</p> <p>“ Il y a des familles qui nous marquent, des enfants qui sont attachants.”</p> <p>“ Dans notre métier inconsciemment, naturellement il y a une barrière qui s'installe, si tu t'imposes pas cette distance relationnelle tu souffres”</p> <p>“Les parents ont besoin d'un soignant qui soit présent en capacité de les entendre, de les écouter et en capacité de prendre en soin leur enfant. Il faut que le soignant puisse prendre en compte toute leur douleur, leur chagrin, leur colère, leur joie, le bonheur.”</p> <p>“ Je ne dis pas que nous en tant que soignant on ne peut pas avoir d'émotion car on est humain. Mais si les émotions</p>	<p>“ C'est parfois difficile”</p> <p>“ parfois dans certaines situations on se sent démunie de mots. Mais des fois je ne sais pas si il y a vraiment quelque chose à dire. Comblent les silence n'est pas forcément une émotion, poser une main sur l'épaule est parfois plus approprié.”</p> <p>“on peut être submergé par les émotions mais les parents aussi submergés par la situation, par leur enfant.”</p> <p>“Parfois, la relation met un peu de temps à se mettre en place, il faut laisser les choses se faire naturellement”</p> <p>“ Dans le service, on a une psychologue qui est présente, elle est présente pour les enfants et la famille mais parfois aussi pour nous. Quand il y a des décès dans le service elle peut être présente lors de nos</p>

		prennent le dessus il faut en parler aux parents “	debriefing.”
	Le refus de soin d'un enfant	<p>“ je n'ai jamais refusé de prendre en soin un enfant”</p> <p>“jamais par rapport au parallèle de ma vie personnelle, ni des personnes que je connaissais”</p> <p>“ le seul moment où j'ai pu déléguer la prise en charge c'est quand l'enfant est présent depuis longtemps dans le service, que ça m'a pris bcp d'énergie physique ou psychologique”</p>	<p>“ non ça m'est jamais arrivé de refuser une prise en charge”</p> <p>“ je pourrais refuser si je connaissais la personne personnellement, je manque d'objectivité”</p> <p>“ Je pourrais déléguer si la personne est restée trop longtemps dans le service, car on fait des soins lourds, techniques.”</p> <p>“On peut se créer un lien avec les familles de l'enfant, cela peut nous impacter même en rentrant à la maison c'est à ce moment là qu'il faut savoir déléguer.</p> <p>“ prendre de la distance”</p>

Abstract

NOM: Binet
PRÉNOM: Cléa

TITRE: L'impact de la gestion émotionnelle du soignant dans un contexte d'un diagnostic sur la dynamique relationnelle.

Résumé:

Ce travail de recherche évoque la question des émotions des soignants lors d'une annonce de diagnostic en pédiatrie, ainsi que la dynamique relationnelle mise en place dans ce contexte. La première partie de ce travail porte sur les points de vue des différents auteurs. Ensuite ces connaissances ont été confrontées aux points de vue de deux infirmières. Les deux infirmières exercent dans un service de réanimation pédiatrique à l'hôpital sud du CHU de Rennes. Grâce aux différentes lectures et aux analyses des entretiens, un lien a été mis en avant entre l'annonce de diagnostic, la dynamique relationnelle et la gestion des émotions des soignants. En effet, lors d'une prise en charge en pédiatrie, une dynamique relationnelle se crée entre l'enfant, les parents et l'équipe soignante. Cette relation est encore plus sollicitée lors d'une annonce de diagnostic. Pendant cette annonce, les parents éprouvent généralement beaucoup de tristesse car les annonces de diagnostic sont faites dans le but d'annoncer une maladie grave, ou une avancée sur la maladie. Alors, les soignants peuvent éprouver eux aussi des émotions, il parfois difficile de prendre sur soi pour être le plus professionnelle possible. Enfin, l'analyse des différents résultats obtenus lors cette recherche a finalement établi une question de recherche: Est ce qu'une annonce de diagnostic en pédiatrie peut être aussi libérateur dans certaines situations ?

This research work refers to the issue of caregiver's emotions during a diagnosis announcement in pediatrics, and the relational dynamics established in this context. The first part of this work deals with the points of view of the various authors. This knowledge was then confronted with the points of view of two nurses. Those two nurses work in a pediatric intensive care unit at the Hopital Sud of the University Hospital of Rennes. Thanks to the different readings and the analysis of the interviews, a link has been highlighted between the announcement of the diagnosis, the relational dynamics and the management of the caregiver's emotions. Indeed, during a pediatric treatment, a relational dynamic is created between the child, the parents and the care team.

This relationship is even more in demand during a diagnosis announcement. While the announcement, the parents usually experience a lot of sadness because the diagnosis announcements are made with the aim of announcing a serious illness, or a progress in the disease. Then, the caregivers can also feel emotions, it is sometimes difficult to take on oneself to be as professional as possible. Finally, the analysis of the different results obtained during this research has finally established a research question: Can a diagnosis announcement in pediatrics be as liberating in certain situations ?

Mots clés: Infirmier/ infirmière, patient, annonce de diagnostic, gestion des émotions, dynamique relationnelle.

Key words : Nurse, patient, a diagnosis announcement, emotional handling, relational dynamics

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.

2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES - Promotion 2020-2023