



Institut de Formation en Soins Infirmiers - CHU Pontchaillou - Rennes

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Thématique : La prise en soin d'un enfant
maltraité

Formateur référent : Sophie BOR

MORISSON Blanche
Formation Infirmière
Promotion 2020-2023
Date : 2 mai 2023



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION RÉGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

MIRSI : Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

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 en soins infirmiers
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 18 avril 2023, à Rennes

Identité et signature de l'étudiant :

MORISSON Blanche

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 remercie vivement Madame Sophie BOR, ma formatrice référente pour ce travail, qui a su me guider tout au long de cette année avec bienveillance et patience.

Je salue l'accompagnement de mon référent pédagogique Monsieur Erwan MASSON qui durant ces trois années s'est montré disponible et à l'écoute.

Merci à mes amis de promotion et autres ainsi qu'à mes proches de m'avoir soutenu durant ces trois ans d'études.

J'adresse également mes remerciements à tous les professionnels que j'ai pu rencontrer lors de mes stages, avec qui j'ai pu discuter et apprendre.

Introduction et cheminement vers la question de départ	1
I- Cadre conceptuel	2
1. La maltraitance infantile	2
1.1 L'enfant	2
1.1.1 Définition	2
1.1.2 Les étapes clés du développement psychomoteur et affectif de l'enfant	3
1.1.3 Les besoins d'un enfant	3
1.2 La maltraitance infantile...	4
1.2.1 Définition	4
1.2.2 Les facteurs de risques	5
1.2.3 Les conséquences sur le développement de l'enfant	5
2. La prise en soin d'un enfant dans un contexte de maltraitance	6
2.1 Prendre soin	6
2.1.1 Qu'est ce que prendre soin ?	6
2.1.2 Prendre soin d'un enfant	7
2.1.3 Relation triangulaire enfant/parents/soignants	7
2.2 Relation soignant - soigné dans un contexte de maltraitance	8
2.2.1 Définition et utilité	8
2.2.2 Les ressources	9
2.2.3 Les difficultés	10
3. Le travail émotionnel des soignants	11
3.1 Les émotions des soignants dans une situation de maltraitance	11
3.1.1 Rester neutre	11
3.1.2 Quel impact sur la prise en soin ?	12
3.1.3 Des solutions face aux émotions	12
3.2 L'intelligence émotionnelle	13
3.2.1 Définition	13
3.2.2 Place de l'émotion dans les soins	14
3.2.3 La notion d'attachement	14
II- Le dispositif méthodologique du recueil de données	15
III- L'analyse descriptive des entretiens	16
a) La maltraitance infantile	16
b) La prise en soin de l'enfant	17
c) L'accompagnement des parents	19
d) Le travail émotionnel des soignants	21
e) Ressources et difficultés	23
IV- Discussion	26
a) La maltraitance infantile	26
b) La prise en soin de l'enfant	28
c) L'accompagnement des parents	29
d) Le travail émotionnel des soignants	31
e) Ressources et difficultés	32

Conclusion	33
Bibliographie	34

Introduction et cheminement vers la question de départ

C'est dans le cadre de ma dernière année d'étude, au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Pontchaillou à Rennes que je réalise ce travail. Ce Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers (MIRSI) s'inscrit dans plusieurs unités d'enseignements qui sont l'UE 3.4 Initiation à la démarche de recherche, l'UE 5.6 Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles et l'UE 6.2 Anglais.

Lors de mon second stage de semestre 4, j'ai effectué un stage de 5 semaines dans un service de médecine pédiatrique. Ce dernier pouvait accueillir des enfants de 0 à 16 ans mais la population avait rarement plus de 3 ans. Durant cette période sur le terrain, je me suis occupée d'enfants dont le motif d'hospitalisation était "suspicion de maltraitance". Ils étaient présents dans le service le temps que l'enquête judiciaire soit menée.

Ce travail s'intéresse aux enfants de 0 à 6 mois séjournant à l'hôpital dans un contexte de maltraitance. C'est en effet cette tranche d'âge qui a fait l'objet de mes deux situations d'appel. Les versions complètes de ces situations se trouvent dans la partie "annexes".

La première situation concerne Agathe, 4 mois. Elle est convoquée en hospitalisation dans le service dans le cadre d'une enquête pour maltraitance la concernant elle et sa sœur jumelle. Elle doit arriver avec l'un de ses parents pour 16h. A 19h30, pendant le tour des soins, Agathe et son Papa arrivent. Nous n'avons pas vraiment le temps de les accueillir tout de suite. Ils sont installés très rapidement dans la chambre en attendant que nous ayons fini le tour des soins. Nous (l'infirmière, l'auxiliaire puéricultrice et moi-même) passons quelques minutes plus tard. L'objectif de ce passage est de nous présenter, de débiter la prise en soin... Nous donnons un biberon au papa afin qu'il nourrisse sa fille. Vers 20h30, nous retournons les voir pour faire signer au père l'autorisation de soins et poser un cathéter. Après un échec, le père refuse catégoriquement le soin.

Dans cette situation, la relation avec le père se révèle être très compliquée. Il semble être "contre l'équipe soignante". Il ne nous voit absolument pas comme des personnes neutres mais comme "celles qui vont lui retirer sa fille" ou du moins qui l'accusent d'être un mauvais parent.

La seconde situation porte sur Corentin, 5 mois. L'enfant est transféré dans notre service afin d'être opéré d'une torsion testiculaire. Au bloc, les professionnels se rendent compte qu'il s'agit en réalité d'un hématome de pincement. Une "enquête" pour suspicion de maltraitance est initiée. A son arrivée dans le service, nous sommes informés de la situation : un contexte familial compliqué, un

frère jumeau hospitalisé à Nantes pour brûlures graves, absence des parents... Quelques jours plus tard, la mère de Corentin arrive dans le service et rejoint son fils. Elle s'en occupe comme si rien ne c'était passé, lui dit des mots doux, le câline...

Connaissant le contexte de l'hospitalisation, il a été très difficile pour moi de rester neutre, de conserver une attitude de non-jugement. Je remettais notamment en cause l'authenticité du comportement et du discours de la mère. Un mélange de colère et de tristesse m'a envahi. Ma crainte était de détériorer la relation qu'il pouvait y avoir entre la mère de Corentin et l'équipe soignante. J'en ai discuté avec l'infirmière. Cette dernière m'a proposé de ne pas entrer dans la chambre de l'enfant.

Après avoir pris du recul sur ces situations, de nombreuses questions se sont posées. Ces dernières figurent en annexe. Trois thèmes se sont dégagés : la place des parents dans la prise en soin d'un enfant dans le contexte de la maltraitance, la posture infirmière et les émotions. Ainsi, la question de départ s'est formée : **Dans quelles mesures le motif d'hospitalisation de "maltraitance infantile" influe la prise en soins de l'enfant ?**

Ce travail se compose de différentes parties. Tout d'abord, un cadre théorique au cours duquel nous allons aborder la notion de maltraitance infantile, la prise en soin d'un enfant dans le contexte de la maltraitance et enfin le travail émotionnel des soignants. La seconde partie, l'analyse, s'appuie sur deux entretiens réalisés avec deux infirmières travaillant en pédiatrie. La dernière partie, appelée "discussion" nous permettra de mettre en lumière les principaux éléments de ce travail et de comparer les deux parties précédentes.

I- Cadre conceptuel

1. La maltraitance infantile

1.1 L'enfant

1.1.1 Définition

D'après l'article premier de la Convention relative aux droits de l'enfant, rédigée en 1989 par l'Organisation des Nations Unies (ONU), "un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable". Cette partie de la population est accueillie dans les services de pédiatrie afin de bénéficier de soins adaptés, avec des professionnels spécialisés (par exemple, infirmières puéricultrices, auxiliaires de puériculture...).

1.1.2 Les étapes clés du développement psychomoteur et affectif de l'enfant

Nous nous sommes intéressés aux théories du développement selon Piaget. D'après le psychologue, le développement de l'enfant se compose de 4 étapes. Appelées stades, ces étapes se déroulent pour tous les enfants, dans le même ordre : le stade sensori-moteur (de la naissance à 2 ans), le stade préopératoire (de 2 à 7 ans), le stade opératoire concret (de 7 à 12 ans) et enfin, le stade formel (de 12 à 16 ans). Il s'entend que chaque individu continue de se développer au fur et à mesure de sa vie.

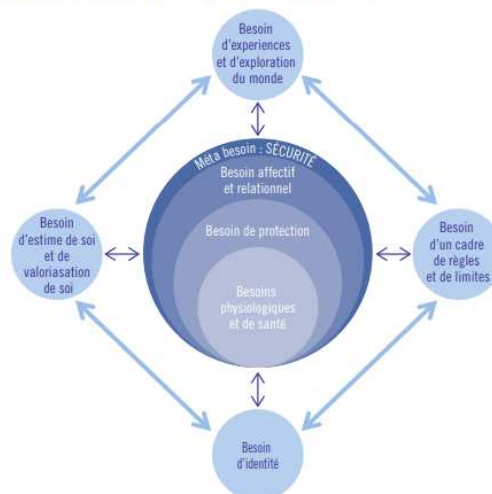
C'est le stade sensori-moteur qui nous intéresse particulièrement dans ce travail. Durant les deux premières années de sa vie, l'enfant va procéder au "développement et à la coordination des capacités sensorielles et motrices" (Carla Bugosen). À cette période, l'enfant pense et voit ce qui l'entoure d'un aspect surtout pratique : il touche et porte les objets à la bouche. Aux yeux du bébé, si quelque chose tombe, derrière un meuble par exemple, il n'existe plus. Si sa mère quitte la pièce dans laquelle il se trouve, "c'est qu'elle a disparu, elle « n'existe plus »" (Carla Bugosen).

Ceci nous amène à la notion d'attachement désigné comme "le lien affectif et social développé par une personne envers une autre personne" par le guide de la puéricultrice à la page 427. Selon ce dernier, les comportements de signalisation et d'appel, permettent au nouveau-né de montrer son attachement. Ils correspondent aux réflexes primitifs comme la "poursuite oculaire", "l'agrippement", le "cri", le "réflexe de succion" et cetera. C'est d'abord à sa mère (ou son substitut) que l'enfant démontre son attachement. Auprès d'elle, il cherche également sécurité et protection. Au fur et à mesure de sa vie, l'individu transfère ce lien à d'autres personnes : d'abord à son entourage proche, familial puis à des "étrangers", amis... "Il est important dans la structuration de la personnalité." expliquent les auteurs du Guide de la puéricultrice. Ils précisent même qu' "un enfant « bien attaché » se détachera, se séparera plus facilement."

1.1.3 Les besoins d'un enfant

À la naissance et durant les premières années de sa vie, l'enfant est dépendant de ses parents ou de ses représentants légaux. Il va, au fur et à mesure, prendre en autonomie. C'est aux parents que revient le rôle de satisfaire les besoins de l'enfant : "La satisfaction des besoins du nouveau-né est totalement dépendante de ses parents" (Le guide de la puéricultrice, page 353).

La carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant



Ces besoins sont multiples. Marie-Paule Martin-Blachais en compte 7 : “les besoins physiologiques et de santé, de protection contre toute forme de violence et le besoin d’une continuité affective et relationnelle pour accéder à sa construction en tant que sujet. Les autres besoins fondamentaux et universels de l’enfant sont : le besoin d’expérience et d’exploration du monde, le besoin d’un cadre de règles et de limites, le besoin d’identité et enfin le besoin d’estime de soi et de valorisation de soi.”. Ces propos ont été recueillis au sein de l’article nommé La prise en compte de l’intérêt supérieur de l’enfant est au centre de la protection de l’enfance, paru en mars 2019 sur le site de Santé publique France.

Aux pages 375-376, les auteurs du guide de la puéricultrice développent eux aussi un certain nombre de besoins. Tout d’abord, “les besoins liés à la motricité” (qui nécessitent une sécurité physique et affective), les besoins relatifs à l’amour et à la stabilité de la relation sont abordés. On trouve aussi des éléments concernant le besoin de repères dans le temps et dans l’espace, et finalement, le besoin d’avoir un cadre de vie. Plus loin, à la page 665 de l’ouvrage, les écrivains ajoutent que “le développement moteur de l’enfant est, lui aussi, liés à la maturation du cerveau (...), ainsi qu’aux propositions environnementales et à la qualité des interactions avec un adulte fiable et suffisamment adapté à ses besoins.”.

1.2 La maltraitance infantile...

Dans cette partie, nous allons d’abord définir ce qu’est la maltraitance infantile. Ensuite, nous développerons quels sont les facteurs de risques que les professionnels de santé ont pu soulever. Enfin, nous aborderons le sujet des conséquences directes et indirectes, à court et à long terme.

1.2.1 Définition

Selon l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la maltraitance infantile correspond à toute forme de violence et/ou de négligence qu’une personne âgée de moins de 18 ans peut subir. Dans ce même article intitulé “Maltraitance des enfants”, l’auteur précise qu’il n’existe pas un seul type de maltraitance mais bien une multitude. Elle peut être physique, affective, sous la forme d’abus sexuels, de négligence, d’exploitation...

Nous pouvons croiser cette définition de l’Organisation Mondiale de la Santé avec celle de Paul Strauss, donnée dans le guide de la puéricultrice à la page 665 “L’enfant maltraité est celui qui est victime de la part de ses parents - ou d’autres adultes ayant autorité sur lui - de violences physiques, de sévices psychologiques, de négligence (ou absence de soins) ou d’abus sexuels pouvant avoir des conséquences sur son développement physique ou psychologique (...)”.

Selon les trois auteurs du guide de la puériculture, les fines frontières entre intentionnel et accidentel, mauvais traitement et punition inadaptée sont sources de difficultés d'évaluation de la maltraitance. A cela, s'ajoutent les différences culturelles et les traditions diverses que peuvent vivre les enfants.

1.2.2 Les facteurs de risques

Différents organismes tels que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont, après avoir analysé les situations d'enfants maltraités, présenté des facteurs de risque qu'ils ont "classés" sous la forme de catégories. On distingue 4 types de facteurs de risque. Ils sont liés à l'enfant, aux parents, à la dimension relationnelle et ou encore sociale-économique et culturelle. Les facteurs liés à l'enfant prennent en compte l'âge (le risque de maltraitance est plus élevé avant 4 ans), le fait que l'enfant soit non désiré ou né d'un adultère. Un enfant présentant une pathologie mentale, physique ou même génétique sera plus à risque. Les facteurs liés aux parents considèrent les antécédents de maltraitance vécus dans l'enfance du parent lui-même, un déficit de connaissance concernant le développement de l'enfant et de ses capacités, l'abus d'alcool et/ou de drogue (per et post-partum)... Les facteurs portant sur la dimension relationnelle peuvent être en lien avec une famille proche non présente, un "éclatement de la cellule familiale" (OMS)... Les facteurs sociaux-économiques et culturels correspondent aux difficultés financières, aux problèmes liés au logement, aux facilités d'accès à l'alcool et à la drogue...

La HAS appuie également sur la notion d'attachement. En effet, le lien affectif entre les parents et l'enfant se crée déjà pendant la grossesse et continue de se construire à la naissance ainsi que dans l'enfance. Ce lien peut être fragilisé voire rompu dans certaines situations pour des raisons diverses (hospitalisation, séparation à la naissance, histoires de vie, contextes difficiles...). Cela constitue une autre catégorie de facteurs de risque.

Enfin, le guide de la puéricultrice met en valeur la notion de périodicité, c'est-à-dire que certaines étapes de la vie accentuent les risques de maltraitance : "certaines périodes du cycle familial sont plus à risque : déménagement, perte d'emploi, naissance d'un enfant non désiré." (page 666)

1.2.3 Les conséquences sur le développement de l'enfant

Dans cette partie, nous allons évoquer les différentes conséquences de la maltraitance sur la vie des enfants qui l'ont subi. Ces dernières sont multiples, touchent les plans physiques, psychologiques, affectifs, et apparaissent à court terme ou à long terme.

Dans leur ouvrage dont le titre est L'hôpital face à l'enfance maltraitée, une passerelle entre coups et réparation, Françoise Hochart et Annick Roussel mettent en évidence les conséquences de la révélation, de la mise au grand jour de cette maltraitance. L'enfant doit alors parcourir un long chemin entre "enquête de police" et "procédure judiciaire", "changement d'école", de vie, "reproches familiaux" et "adultes qui ne le croient pas"... (page 136).

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans l'article Maltraitance des enfants, cite 7 conséquences : "propension à commettre des violences ou à en subir ; dépression ; tabagisme ; obésité ; comportements sexuels à risque ; grossesses non-désirées ; alcoolisme et toxicomanie". Celles-ci sont intimement liées à un stress qui affecte le développement précoce du cerveau et par conséquent les différents systèmes de l'organisme. De plus, l'organisation précise qu' "au travers de ses conséquences comportementales et psychiques, la maltraitance peut favoriser les pathologies cardiaques, le cancer, les suicides et les infections sexuellement transmissibles".

Dans un autre de ses articles, nommé Prévenir la violence à l'encontre des enfants favorise une meilleure santé, l'organisation, après la réalisation d'études, fait le parallèle entre les enfants qui n'ont pas vécu de maltraitance et ceux qui l'ont subi. "Les enfants recevant avec régularité une éducation chaleureuse avaient une probabilité moins grande de développer une dépression, d'être dépendant des drogues et de l'alcool ou d'avoir des pratiques sexuelles à risque. Le risque est également plus faible qu'ils soient impliqués dans des actes criminels ou violents."

Lorsque les enfants sont hospitalisés, les équipes soignantes et médicales ont un rôle à jouer dans la prévention de ces conséquences. Elles sont inévitables mais certaines peuvent être atténuées dans des situations particulières. Des questions vont se poser tout au long de la prise en soin.

2. La prise en soin d'un enfant dans un contexte de maltraitance

2.1 Prendre soin

2.1.1 Qu'est ce que prendre soin ?

Selon Walter Hesbeen, "prendre soin de quelqu'un c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation de soins qui lui est particulière, et ce dans le but de contribuer à son bien-être, à son autonomie" (d'après Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante).

Dans un article nommé Soigner ou Prendre soin ? La place éthique et politique d'un nouveau champ de protection sociale, Denis Piveteau appuie sur la différence entre soigner et prendre soin. La frontière entre les deux termes est floue mais existe : “cette différence profonde que si l’acte soignant agit “pour” le malade, l’acte du «prendre soin » s’efforce d’agir ou de faire “avec” lui” (page 4). Ce même article compare les expressions françaises aux expressions anglaises qui différencient plus clairement les deux notions : “Il est sûr, en tout cas, qu’il ne faut pas confondre ce que la langue anglaise ne confond pas, elle qui distingue le “to cure”, qui est le soin qui guérit ou s’efforce de guérir, et le “to care”, qui est le prendre soin attentif, le soin qui aide, qui accompagne mais ne vise ni n’ambitionne aucune guérison.” (page 3).

2.1.2 Prendre soin d’un enfant

Depuis 40 ans environ, la notion du prendre soin spécifique à la pédiatrie émerge. En effet, un enfant est un individu en plein développement qui n’est pas autonome. Bérénice Lombart, dans son article Le care en pédiatrie le précise “L’enfant par son seul statut et non en raison d’un handicap ou d’un déficit n’est pas autonome.” (page 69). C’est l’adulte qui s’occupe de lui, qui lui apporte tout ce dont il a besoin afin de satisfaire ses besoins évoqués précédemment. Ceci est indispensable à son développement.

Dans un contexte de maltraitance, le rôle infirmier est plus complexe car il s’agit de permettre “à l’enfant de reprendre ou découvrir les habitudes d’une vie enfantine ordinaire : Benoît bébé négligé découvre le plaisir du bain, il va ensuite être changé, nourri, câliné, materné.” (Hochart F., Roussel A., page 134). Elles précisent à la page 15 de leur ouvrage : “L’enfant maltraité est d’abord un ENFANT”. Enfin, les auteurs mettent en évidence que l’hospitalisation signe la fin de la maltraitance, dans le pire des cas, pour le temps de séjour à l’hôpital (page 133).

2.1.3 Relation triangulaire enfant/parents/soignants

La prise en soin d’enfants présente des particularités notamment par la présence des parents. La charte de l’enfant hospitalisé permet de poser un cadre. Les articles 2 (“Un enfant hospitalisé a le droit d’avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.”) et 3 (“On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents que les règles de vie et les modes de faire, sont propres au service afin qu’ils participent activement aux soins de leur enfant.”) sont notamment axés sur la place des parents dans l’hospitalisation de leur enfant.

La prise en soin pédiatrique nécessite la construction d'une relation de confiance entre l'enfant et les soignants mais également entre les parents et les soignants. Celle-ci débute dès l'admission, lors de l'installation du patient et de sa famille. Thomas Bonnet, docteur en sociologie précise notamment qu' "il apparaît alors comme primordial d'instaurer une relation de confiance avec l'enfant et sa famille dès le début de l'hospitalisation." (page 8-9). Durant l'hospitalisation, les parents sont intégrés dans les soins afin de sécuriser l'enfant. Cela permet d'instaurer une atmosphère de travail plus apaisée et donc plus confortable pour les équipes soignantes : "Le partenariat des soignants avec les parents de l'enfant est un élément particulièrement précieux dans les soins pédiatriques (...)" (Bérénice Lombart, page 8)

Cependant, certaines choses peuvent rendre la mise en place de la relation soignants - parents plus compliquée. Le sociologue cité précédemment explique que chaque parent est catégorisé par les soignants : "tous les parents sont soumis à une catégorisation sociale de la part des soignants en fonction principalement de leur rapport à l'hospitalisation de l'enfant et à sa pathologie." (page 11). Ainsi, le motif d'hospitalisation peut influencer la liaison entre les parents et les équipes.

2.2 Relation soignant - soigné dans un contexte de maltraitance

2.2.1 Définition et utilité

Dans leur ouvrage *L'hôpital face à l'enfance maltraitée, Une passerelle entre coups et réparation*, F. Hochart et A. Roussel explicitent qu'un "enfant maltraité est d'abord un ENFANT" (page 15).

Lors de notre formation, nous avons bénéficié d'un cours sur la relation soignant - soigné. Ce dernier nous a été présenté par Gaël Robin, dans le cadre de l'unité d'enseignement 1.1 S2, psychologie, sociologie, anthropologie le 17 février 2021. Il existe un certain nombre de types de relation : sociale, de dépendance, de maternage, d'éducation, coopérative, d'autorité, d'acceptation, thérapeutique... En fonction du patient, des parents, et du ou des professionnels qui s'en occupent, la relation ne sera pas la même. Dans ce cours, la relation soignant - soigné est définie comme une "situation complexe aux composantes multiples techniques, psychologiques, affectives, procédant d'une subtile alchimie".

Dans un article rédigé par Laurence Gilloire, paru en janvier 2013 dans la revue *Contraste*, il nous est expliqué que la relation soignant - soigné se base sur la volonté des professionnels de santé à prodiguer des soins de qualité, adaptés à chacun. A cela, vient s'ajouter la composante empathique.

Celle-ci “contribue à la construction d’un projet thérapeutique.” (Capodano, J. Les conflits entre professionnels et parents. *Métiers de la petite enfance*, numéro 196, 10-12). Cette même source indique que la compassion entre aussi en jeu et rend les soignants “sensible aux souffrances et au malheur d’autrui”.

2.2.2 Les ressources

Dans l’accompagnement de l’enfant, un certain nombre de ressources sont mises à disposition des soignants pour les aider. D’après nos lectures, il y en a beaucoup, nous allons en développer quelques-unes.

Tout d’abord, la neutralité du lieu qu’est l’hôpital. Cela permet à chacun des protagonistes de prendre sa place. F.Hochart et A. Roussel, dans leur livre *L’hôpital face à l’enfance maltraitée, Une passerelle entre coups et réparation*, vont plus loin en expliquant que “l’enfant peut y être admis lorsqu’il n’existe que des doutes. Si ceux-ci ne sont pas confirmés, il n’y aura pas eu de conséquences irréparables. S’ils le sont, la prise en charge pourra immédiatement commencer sans attendre une confirmation souvent trop tardive” (page 15).

Le travail en équipe est, sans aucun doute, une ressource pour les professionnels de santé. Par exemple, dans un article écrit par Monique Busquet, publié le 17 janvier 2023, l’auteur explique l’importance de pouvoir passer le relais. Par cette idée, elle développe la relation de confiance qui existe entre deux collègues et de manière implicite, l’intelligence émotionnelle (ce concept est développé dans la troisième partie de ce cadre théorique). Cependant, il semble nécessaire de préciser qu’il correspond au fait de se rendre compte de ses émotions, ses ressentis (...) et de les accueillir. A ce moment-là, “ils ont compris que, lorsqu’ils se sentent débordés ou « à bout », c’est le moyen de protéger les enfants de leur propre colère et réactions. Cela permet à chacun de retrouver son calme.”. La psychomotricienne explique d’ailleurs que le manque de l’équipe lors du travail à domicile est une difficulté.

Dans la revue *Soins pédiatrie - puériculture* numéro 304, un article est nommé *Rester soignant malgré l’inconcevable...*. Les professionnelles interrogées rapportent que des temps organisés par les cadres de santé peuvent être proposés a posteriori de situations complexes afin de débriefer. Cela permet à chacun de pouvoir s’exprimer librement, d’accueillir ses émotions... C’est aussi un temps au cours duquel les soignants sont amenés à réfléchir autour de l’amélioration de leur pratique professionnelle.

Dans la prise en soin de l’enfant, on sous-entend que les parents sont aussi à accompagner. Ce travail de recherche s’intéresse particulièrement aux enfants de 0 à 6 mois. Les parents ont alors un rôle qui n’est pas négligeable. Les responsables légaux du patient sont en droit d’être informés de la situation, des examens à venir, des résultats et cetera. Au cours de notre cursus et au travers des unités d’enseignements portant sur la psychologie (1.1S1 et 1.1S2) et sur les soins relationnels (4.2S3), des

outils nous ont été présentés pour nous aider. Prenons pour exemple la relation de soutien. Celle-ci se définit par l'attitude compréhensive et rassurante que le soignant adopte. Elle favorise la construction d'une relation de confiance entre les individus. Ainsi, l'acceptation de la situation par les parents pourra être plus "rapide et simple" : "Mais nous expliquons également à la famille que nous sommes une équipe soignante, et que nous pouvons comprendre ces difficultés." (F.Hochart et A. Roussel, L'hôpital face à l'enfance maltraitée, Une passerelle entre coups et réparation page 135)

La présence des parents avec l'enfant, la juste distance (...) sont d'autres ressources auxquelles les soignants ont accès. Ces dernières seront développées dans la partie "enquête".

2.2.3 Les difficultés

Malgré de multiples ressources, les soignants font face à des difficultés de tous types. Précédemment, nous avons évoqué la présence des parents comme étant une ressource. Il est alors évident que leur absence met en difficulté les équipes soignantes. Cette absence peut être liée aux parents seulement ou dépendre d'une "indication du Procureur ou du juge des enfants" (F.Hochart et A. Roussel, page 135).

Le motif d'hospitalisation lui-même peut être source de difficultés car il engage chez certain soignant des émotions qui ne sont pas toujours simples à gérer. Cette idée sera développée dans la troisième partie de ce travail. Cependant, nous pouvons citer l'article Rester soignant malgré l'inconcevable... de la revue Soins pédiatrie - puériculture (numéro 304, 37-40). Ce dernier présente le témoignage de deux professionnelles de santé. Nous pouvons prendre la mesure de la place des émotions dans la prise en soin de l'enfant et de ses parents. De plus, nous l'avons précisé auparavant, les soignants peuvent être amenés à catégoriser les familles en fonction du motif d'hospitalisation de l'enfant.

Dans une situation telle que celles sur lesquelles nous travaillons, adopter une posture soignante peut être compliqué. "Bien souvent, le sujet même de la maltraitance infantile met mal à l'aise les intervenants (...)" (L. Gilloire, revue Contraste, numéro 37, 165-172). De plus, en lien avec les ressentis, cette même source explique que "si naturellement l'enfant maltraité suscite l'empathie du soignant, celle-ci peut-être envahissante".

Chacune des difficultés rencontrées par les soignants est favorisée par la méconnaissance de ce qu'il s'est réellement passé. En effet, l'hospitalisation est souvent un temps consacré à l'enquête. L'incertitude en fait partie et peut influencer le comportement des parents comme celui des soignants. "Un climat de méfiance vis-à-vis des parents peut donc facilement s'installer." dit L. Gilloire.

3. Le travail émotionnel des soignants

3.1 Les émotions des soignants dans une situation de maltraitance

3.1.1 Rester neutre

La neutralité, le non-jugement et ne pas montrer ses émotions sont des notions qui semblent assurer le professionnalisme des soignants. C'est Marion Borenstein qui le dit dans la revue Soins pédiatrie - puériculture, numéro 304, à la page 11 : "Or, la neutralité émotionnelle semble considérée chez les soignants comme un gage de professionnalisme.". Alors, il paraît important de rappeler que le métier d'infirmier, dans toutes ses manières d'être exercé, implique une dimension relationnelle. Selon le dictionnaire Le Robert micro, la relation correspond à l' "Ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles". La relation demande donc aux deux individus un investissement particulier et implique des émotions pour les deux parties, quelles qu'elles soient.

Dans le contexte de la prise en soin d'un enfant maltraité, ou hospitalisé pour suspicion de maltraitance, il est possible que les soignants (infirmiers, puéricultrices, aides-soignants, auxiliaires puéricultrices mais aussi médecins...) ressentent des émotions plus lourdes à porter. Toujours dans l'optique de ne pas être dans le jugement de la situation, refouler ses émotions peut s'avérer être normal et la meilleure solution. A ce propos, Audrey Franklin explique que "Plus nous grandissons, plus nous mettons en sommeil nos ressentis" (Cahiers de la puéricultrice, numéro 354, page 1). Nos "ressentis" correspondent à ce que nous ressentons lors de situations et par extension aux émotions qui en découlent.

Ne pas montrer nos émotions peut aussi s'inscrire dans la volonté de protéger le patient, et sa famille. L'objectif peut être de ne pas les affecter, de ne pas alourdir leur charge émotionnelle. F. Bourdeaut explique "Plus encore, l'égard que nous portons aux situations par nature fragiles des personnes soignées exige que rien de leur joie, de leur légèreté ou de leur peine ne soit grevé ou froissé par le poids de nos propres états d'âmes."

Enfin, l'auteur cité précédemment compare deux types d'émotions : les joies et les tristesses. Cette dernière précise que les soignants, au fur et à mesure du temps, ont commencé à exprimer leur joie. Quant à leur tristesse considérée comme une émotion négative ne doit pas paraître. Cependant, chaque hospitalisation est composée de moments de joie, au même titre que des moments de tristesse. Un questionnement autour de l'expression de tout type d'émotion peut alors exister.

3.1.2 Quel impact sur la prise en soin ?

D'après les différents articles cités dans ce travail, nous comprenons que les émotions sont nécessaires à la construction d'une relation, quelle qu'elle soit. Ces dernières peuvent être "une richesse et une difficulté" (S. Corona, et D. Dionnet dans Soins pédiatrie - puériculture, numéro 304).

Les émotions font partie des facteurs qui vont nous permettre d'instaurer une juste proximité, plus communément appelée juste distance. Si celle-ci est trop ou pas assez jaugée, la relation de soin peut être impactée négativement. F. Bourdeaut énumère 3 risques potentiels dans un article paru dans la revue Ethique et Santé (Les émotions dans la relation de soin : des racines de leur répression aux enjeux de leur expression. Volume 3, numéro 3). Le premier risque cité est celui de tomber dans l'absence, par la recherche du contrôle des émotions, voire par le refoulement de celles-ci. Ces absences peuvent être physiques comme relationnelles. Le second risque serait "la normalisation de cette distance". La distance entre le soignant et le patient permettrait au professionnel de prendre une distance émotionnelle avec la situation. Selon la "culture des soins", l'expression des émotions pourrait être considérée comme "une conduite affective inadéquate". Enfin, le troisième risque évoqué insiste sur la notion "culturelle" de l'expression des émotions : "si les larmes sont cette « abdication à juger et à savoir »". Elles seraient le reflet de notre vulnérabilité face à une situation ou un événement émotionnellement difficile. Il semble donc important d'effectuer un travail sur ses propres émotions afin de trouver le juste équilibre.

3.1.3 Des solutions face aux émotions

Les émotions font partie du métier d'infirmier, elles s'inscrivent dans la composante relationnelle de la profession. Elles sont inévitables et concernent chaque soignant. M. Borenstein dit dans son article Les soignants et leurs émotions au quotidien, pages 10-12 de la revue Soins pédiatrie - puériculture (numéro 304) : "Un métier, même choisi, ne constitue pas une armure infaillible". Les soignants peuvent souffrir de certaines situations, de par leurs émotions mais aussi en raison de l'inconsidération de celles-ci ou de leur prise en charge inadaptée.

Un certain nombre d'aides, de solutions peuvent être mises en place pour aider les soignants à gérer leurs émotions. S. Corona et D. Dionnet en proposent dans leur article Des ressources pour soutenir les soignants (revue Soins pédiatrie - puériculture, numéro 304, page 26-28). D'abord, il semble important d'être conscient et à l'écoute de nos émotions, à un instant précis ou a posteriori. Ensuite, "faire appel à ses ressources personnelles" permet d'aider à trouver son équilibre : famille, proches, sport, activités de loisir...

En équipe, les moments informels de pause, de discussions dans un couloir, ou tout simplement de partage sont propices à l'installation d'une atmosphère chaleureuse, de confiance, de bienveillance... Des temps plus formels peuvent être proposés par le cadre, (CREx : Comité de Retour d'Expérience, nommé comme cela au Centre Hospitalier Universitaire de Rennes), permettent à

chacun de s'exprimer en toute liberté, dans un cadre adapté. Ils donnent l'occasion aux professionnels de relever les points positifs des situations évoquées mais aussi des axes d'amélioration, des propositions de solution à mettre en place si un événement similaire venait à se présenter. "Le cadre de santé constitue une ressource pour l'équipe" (S. Corona et D. Dionnet). Ce dernier n'est pas dans les soins et peut donc prendre plus simplement du recul sur une situation complexe. Son regard sera complémentaire à ceux des équipes soignantes.

Parfois, les émotions sont telles qu'une prise en charge par d'autres professionnels, comme des psychothérapeutes par exemple, est nécessaire.

3.2 L'intelligence émotionnelle

3.2.1 Définition

L'intelligence émotionnelle est définie comme "la capacité à percevoir l'émotion, à l'intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre les émotions et à les maîtriser afin de favoriser l'épanouissement personnel" par les psychologues John Mayer et Peter Salovey.

Dans un article de M. Phaneuf, publié en avril 2013, l'auteur nous explique que l'intelligence émotionnelle est utile, même nécessaire dans l'instauration de la relation soignant-soigné "car elle humanise les soins" (page 30). Se rendre compte de ses émotions au quotidien, dans la vie professionnelle tant que dans la vie personnelle permet de mieux les gérer et les appréhender.

Les émotions peuvent être positives ou négatives. Elles nous mènent chacune vers des ressentis différents. "En conséquence, nos émotions influent sur nos réactions, nos choix, nos décisions, elles orientent notre agir et nos soins" (page 30).

3.2.2 Place de l'émotion dans les soins

Chaque individu ressent des émotions. Cependant, la place que ces derniers leur accordent dans leur vie professionnelle varie. Ces émotions naissent à partir "de l'attachement aux enfants et à leurs familles, ces émotions" (F. Bourdeaut, *Ethique et santé*, volume 3, numéro 3, page 133). Cet article met en lumière une certaine "nécessité" de contrôler, de réprimer ses émotions pour faire des choix, de prendre des décisions au cours de l'exercice du métier de soignant. M. Borenstein, explique dans un article paru en 2018 dans *Soins pédiatrie - puériculture*, que la volonté de contrôler ses émotions est vouée à l'échec. Cette stratégie peut fonctionner un temps mais reviendra, au final, à "ramer à contre-courant". Plus loin, l'auteur explique le fait que les émotions font partie intégrante de chaque individu. Sans elles, tout change, elles représentent l' "identité personnelle mais aussi professionnelle" (page 12).

La mise en place d'une relation soignant-soigné fait partie intégrante de la profession d'infirmière et implique une composante émotionnelle (du côté du patient mais aussi du soignant). M. Borenstein pose même la question suivante : "comment s'intéresser à ce que l'autre ressent si nous redoutons, par anticipation, l'écho que cela peut provoquer en nous ?" (page 12).

Il semble alors que la place des émotions dans les soins dépend de plusieurs facteurs. D'abord, la place que les soignants leur accordent personnellement. Et ensuite, la place que l'organisation laisse à ces émotions. Les soignants peuvent-ils s'exprimer en toute liberté, sans crainte d'être jugés ? L'ambiance de travail est-elle propice à l'expression des émotions ? L'atmosphère du service permet-elle aux soignants d'accepter de ressentir des émotions sans les refouler ?

3.2.3 La notion d'attachement

L'attachement dans les soins pédiatriques est, selon les différents articles et ouvrages lus, quelque chose d'inévitable. F. Bourdeaut l'illustre : "Même dans cette relation professionnelle, l'attachement à un enfant, plus qu'avec tout autre patient, est naturel, échappant à toute réprobation, admis si ce n'est souhaitable." (page 134). Cet attachement, que l'on peut qualifier d' "inévitabile", induit de toute évidence des émotions chez le soignant.

Dans un témoignage, Rester soignant malgré l'inconcevable..., publié en 2018 dans la revue Soins pédiatrie - puériculture (page 37 - 40), une auxiliaire de puériculture et une infirmière puéricultrice racontent leurs vécus quant à une situation vécue. Les deux professionnelles travaillent au sein de la même équipe dans le secteur de la protection de l'enfance. Durant près de 10 mois, leur équipe a pris soin d'un bébé. Après une décision de justice, le placement est levé et l'enfant rentre chez ses parents. Les soignants sont alors dans une totale incompréhension mais ne peuvent qu'accepter. 5 mois plus tard, la petite fille décède suite à de mauvais traitements. A cette nouvelle, apportée par la cadre du service, accompagnée d'une psychologue, une vague d'émotions envahit la salle. Dans ce retour d'expérience, nous pouvons prendre la mesure de l'investissement qu'a mis l'ensemble de l'équipe. Le bouleversement est massif et les émotions ne peuvent plus être refoulées : cela traduit-il un manque de professionnalisme ? Marion Borenstein en parle d'une manière très simple : "Les émotions ne sont donc pas un simple outil de travail. Elles ne sont pas ennemies ou amies. Elles sont présentes et font partie de nous. S'en couper, c'est s'amputer d'une partie de soi, de son identité personnelle mais aussi professionnelle." (page 12). Nous comprenons alors l'importance de prêter attention à ce que nous ressentons.

II- Le dispositif méthodologique du recueil de données

Dans le but de comparer les écrits et le terrain, j'ai choisi de réaliser deux entretiens auprès d'infirmières travaillant en pédiatrie. J'ai fait le choix de préparer un guide semi-directif pour me permettre d'éclaircir des points incompris ou rebondir sur certains sujets. Ce dernier se trouve en annexe.

Afin de garder une homogénéité dans ce travail, j'ai travaillé mon guide d'entretien et le tableau d'analyse de ces entretiens selon le plan de mon cadre conceptuel soit : la maltraitance infantile, la prise en soin de l'enfant et de ses parents et pour terminer, la place des émotions des soignants dans cet accompagnement. Cela m'a permis de garder en tête les objectifs de départ.

Pour trouver les professionnelles de santé, j'ai fait appel à mon réseau ainsi qu'à un groupe d'entraide. La première infirmière interrogée, Mme L, est une puéricultrice. Elle travaille dans un centre hospitalier en Normandie. L'organisation de ce dernier lui permet de tourner sur différents services : les urgences, la néonatalogie, nourrissons et adolescents. Mme L peut ainsi bien connaître la prise en soin de l'enfant de son arrivée à la sortie. Pour le second entretien, j'ai questionné Mme B. Cette dernière a reçu son diplôme d'infirmière en juillet 2021. Elle travaille au sein d'un service de chirurgie pédiatrique.

Ces entretiens ont été réalisés via des visioconférences. En amont de ces deux temps de partage, j'avais convenu avec chacune que les entretiens étaient anonymes. Je leur avais également demandé leur permission pour enregistrer nos dialogues.

Je n'ai pas été confrontée à des difficultés particulières.

III- L'analyse descriptive des entretiens

a) La maltraitance infantile

Les premières questions du guide d'entretien étaient tournées vers ce qu'est la maltraitance infantile et les besoins de l'enfant. Mme L, la puéricultrice interrogée a répondu que selon elle, la maltraitance infantile "c'est un enfant pour qui tous ces besoins ne sont pas satisfaits, ne sont pas pris en compte (...) ça peut être dans les faits mais aussi dans les non faits". En parallèle, l'infirmière 2 définit la notion en développant les différents types de maltraitements qui existent : "physique", "verbale", "négligence", "pas de prise en soin"... A cela, Mme B a ajouté des exemples afin de bien en comprendre le sens. Il me semble important de noter une différence quant à la notion de négligence. L'infirmière 1 insiste sur le fait que la négligence et la maltraitance sont d'une même gravité alors que la seconde précise que la négligence est un type de maltraitance et que "je mets des gros guillemets, "la négligence peut être minime" par rapport à la maltraitance."

Concernant les besoins de l'enfant, de 0 à 6 mois, 3 classes de besoins ont été citées par les deux professionnelles :

- Les besoins physiologiques qui concernent surtout l'alimentation "saine et adaptée à l'âge de l'enfant." et "l'hygiène."
- Les besoins psychoaffectifs, notamment en lien avec l'attachement existant entre l'enfant et ses parents. Mme L explique "qu'un enfant a besoin d'être porté, un enfant a besoin d'être câliné, un enfant a besoin d'être écouté, un enfant a besoin d'être regardé, un enfant a besoin qu'on soit en interaction permanente avec lui...". Cette dernière insiste vraiment sur l'importance de l'affection et de l'impact de son absence sur le développement de l'enfant : "Un enfant peut tout à fait arrêter de grandir et de grossir s'il manque d'affection, on parle d'anorexie du nourrisson et j'en ai vu des situations comme ça.". Mme B, cite également la présence et le besoin pour un enfant d'être en contact avec ses parents ou une autre autorité.
- Le besoin d'éveil, le besoin pour l'enfant d'être stimulé, "sollicité dans ses cinq sens." notamment "avec des jouets."

La première soignante, en lien avec les besoins psychoaffectifs aborde le besoin de communication. Ne serait-ce que pour exprimer un besoin, comme manger par exemple, le bébé va s'exprimer. Cependant, ses moyens de communications diffèrent des nôtres elle dit alors : "il faut apprendre à écouter son enfant pour répondre à ses besoins".

La seconde ajoute le besoin de sécurité, qui peut être assuré par un "suivi de santé.", et le besoin d'interactions sociales. Ce dernier se révèle être un outil dans l'apprentissage des normes

sociétales, de la vie en communauté. Cela “peut engendrer des soucis s'il n'est pas habitué tôt. Un exemple tout bête : prêter ses jouets peut être compliqué s'il n'en a pas l'habitude.”

b) La prise en soin de l'enfant

La seconde partie du guide d'entretien portait sur la prise en soin de l'enfant et l'accompagnement de ses parents. Nous avons d'abord observé que la prise en soin d'un enfant hospitalisé pour maltraitance s'appuyait sur un certain nombre de facteurs.

Le contexte de l'arrivée à l'hôpital représente la première variable. Les infirmières interrogées ont toutes les deux parlé de l'hospitalisation avec pour motif “suspicion de maltraitance” : “s'il y a déjà des doutes parfois la maltraitance est le motif même de l'hospitalisation aux urgences” (IDE 1). La seconde complète en expliquant que certaines lésions, en fonction de l'âge du patient déclenchent des procédures d'enquêtes. Elle prend d'ailleurs un exemple : le traumatisme crânien (“En fait, dès qu'un bébé qui a entre 0 et 6 mois se présente aux urgences pour traumatisme crânien, c'est qu'en général on l'a fait tomber...”). Cependant, le bébé peut être admis pour une toute autre raison et au fur et à mesure des investigations et des examens, certaines lésions évoquent ou peuvent évoquer la maltraitance. La première professionnelle donne même un exemple : “j'ai accueilli un enfant pour pleurs continus. Bon et bien je l'ai déshabillé pour l'examiner et là je me suis aperçu d'un hématome à la cuisse qui pouvait être apparenté à une fracture du fémur alors j'ai demandé à l'interne de regarder. Il a prescrit une radio et en effet c'était une fracture du fémur. Or chez un enfant de 4 ou 5 mois il ne peut pas s'être cassé un os comme ça tout seul dans son lit.”.

La prise en soin de l'enfant prend aussi en compte les particularités de chacun : l'âge, la situation, les circonstances du traumatisme et de l'arrivée... Les deux personnes interrogées insistent sur l'importance de penser au cas par cas, de ne pas généraliser. Elles disent : “chaque situation est différente. Je ne voudrais pas généraliser c'est vraiment du cas par cas” (IDE 1), “Ça dépend des situations c'est du cas par cas.” (IDE 2). Mme L ajoute qu'une question se pose : “maltraitance ou accident”.

Mme B, la seconde soignante questionnée nous éclaire sur les objectifs de l'hospitalisation. Ce sont aussi des points variables pour chaque accompagnement. Ils sont au nombre de deux. D'abord, “on veut toujours s'assurer qu'il n'y ait pas de maltraitance derrière”, “qu'au vu de ses lésions on veut s'assurer qu'il n'y a pas plus de dégâts, qu'il n'y a pas autre chose.”. Il s'agit donc de poser un diagnostic pour assurer la sécurité de l'enfant. Ensuite, en prenant en exemple une situation qu'elle a elle-même vécue, elle indique qu' “il n'y avait pas de lésions particulières, il était juste en surveillance dans le service mais la maman a quand même dû voir l'équipe de la CASSED pour s'assurer que c'était

bien un accident ce qu'il s'est passé. Le but n'est pas de les accuser d'être de mauvais parents mais bien de s'assurer de la bonne sécurité de l'enfant. Ça va être juste une conversation avec la médecin.". Cela met en lumière la nécessité de fournir à l'enfant une surveillance spécifique et accrue en fonction de ses lésions.

D'après les entretiens, l'accompagnement de l'enfant repose sur 3 piliers : la relation soignant/soigné et ses valeurs, l'attachement entre l'enfant et les soignants ainsi que la notion de juste distance.

La première infirmière avec qui je me suis entretenue appuie à plusieurs reprises sur la bienveillance : "il faut toujours avoir en tête l'accompagnement et la bienveillance,", "être le plus bienveillant possible dans l'accompagnement de l'enfant et de son parent.", "Cependant, on reste soignant et on est là pour apporter de la bienveillance à l'enfant.", "Mon rôle c'est vraiment d'accompagner de soigner le tout dans la bienveillance"... Cette valeur soignante semble être au cœur de son métier et l'accompagne tout au long de chacune de ses prises en soin. Elle ajoute aussi "pour moi il n'y a pas vraiment de différence du moins, dans nos faits" lorsque je lui ai demandé si son comportement à l'égard des enfants était différent selon le motif de leur hospitalisation.

Le lien d'attachement qui se crée entre l'enfant et les équipes soignantes est au cœur de la relation de soin. Mme L dit pour commencer "une infirmière ce n'est pas une machine parce que sinon on forme avec l'intelligence artificielle et ce sont des robots qui poseront les perfusions qui donneront les biberons... Est-ce que c'est ça être soignant ?". La professionnelle prouve que l'attachement fait partie de l'accompagnement de l'enfant mais surtout qu'il est nécessaire et en quelque sorte inévitable. Cependant, la seconde soignante raconte une situation dans laquelle elle a eu des difficultés à s'attacher à un enfant. Ce lien est donc nécessaire mais peut parfois être un obstacle à la relation entre l'enfant et le professionnel. "dans un sens comme dans l'autre, trop attaché ou pas assez attaché". Relever cette citation me semble pertinent pour mettre en valeur l'importance d'une relation équilibrée entre l'enfant et l'infirmière. Cela fait le lien avec le troisième et dernier pilier explicité lors des deux entretiens.

La juste distance est une notion que seule Mme B a abordé de manière explicite. Mme L en a parlé de manière plus implicite. Mme B parle de la juste distance comme un équilibre "entre la relation de confiance et l'attachement.". Aussi appelée juste proximité, elle permet de poser un cadre. En effet, "l'attachement est ce qui va te permettre de créer cette relation de confiance, c'est vraiment très lié.". Grâce à son expérience, dans les soins mais aussi dans la vie quotidienne, c'est au soignant de poser les limites car l'enfant lui ne saura pas où elles se trouvent : "c'est plus dur à gérer pour eux que pour nous parce que nous on a l'expérience, on sait qu'eux ils n'y connaissent rien.".

c) L'accompagnement des parents

La prise en soin de l'enfant est particulière car elle implique aussi les parents de ce dernier. Les responsables du patient ont une place particulière dans l'accompagnement. On nomme la relation de soin "relation triangulaire" car elle doit prendre en compte l'enfant, le soignant et les parents. Ces derniers peuvent être une ressource ou source de difficultés pour les soignants. J'ai pu en discuter avec les infirmières interrogées lors des entretiens.

La création d'une relation de confiance avec les parents est une première étape dans le processus de l'accompagnement quel que soit le motif d'hospitalisation. Je rappelle que nous avons vu précédemment que la bienveillance est l'une des valeurs soignantes mise au centre dans la relation soignant-soigné et par extension, avec les parents aussi. Mme B indique "mais vraiment les rassurer et leur expliquer c'est important.". D'autres éléments de la relation de confiance seront développés plus tard de manière transversale en lien avec d'autres thèmes, par exemple l'information à la famille.

Les parents sont, le plus souvent, les responsables légaux de leur enfant. Ils ont le droit d'être informés des soins et examens dont leur enfant va bénéficier. Mme L le dit : "puis d'informer les parents". Elle explique aussi : "Chose importante à avoir en tête, les parents sont parfois loin de se douter, ce n'est pas forcément eux les responsables, ça peut être la nourrice, la famille...". Il semble alors préférable de ne pas les brusquer, de ne pas donner trop d'informations à la fois afin qu'ils puissent accepter la situation malgré sa gravité. L'IDE 2 tente de nous expliquer la manière de faire avec les parents d'enfants hospitalisés pour suspicion de maltraitance : "quand il y a des examens à passer on va essayer d'expliquer mais sans trop expliquer pourquoi, en fait, le pourquoi on fait les choses mais on se doit quand même de les rassurer.". La réassurance, l'information viennent consolider la relation de confiance que les soignants tentent d'instaurer avec les parents.

De nombreux acteurs interviennent auprès de l'enfant, de manière systématique ou selon les besoins, les situations. Il y a d'abord l'équipe médicale. Au CHU de Rennes, comme l'explique Mme B, cette équipe est divisée en deux parties : le pédiatre (et les internes) du service d'un côté, et le pédiatre (et les internes) de la CASED (Cellule d'Accueil Spécialisée de l'Enfance en Danger). Ils n'ont pas les mêmes rôles mais se complètent dans l'accompagnement de l'enfant. Mme L précise lorsqu'elle me décrit une situation que "c'est l'interne qui a fait l'annonce de la fracture et de la suspicion, de l'enquête de pourquoi est-ce qu'il y a cette fracture." C'est un "geste" médical. L'équipe de la sécurité peut aussi être appelée. Mme B prend pour exemple le risque de fugue, le refus de soin... Enfin, l'équipe infirmière est présente quotidiennement dans le service, jour et nuit. Ces acteurs œuvrent tous dans deux mêmes objectifs : la sécurité de l'enfant et l'accompagnement de ses parents.

Lorsque le motif d'hospitalisation est en lien avec une enquête pour maltraitance infantile, les parents doivent conserver leur place de parents. Mme B dit qu'elle a envie "de moins les laisser faire sauf que c'est quand même leur enfant donc c'est à eux de faire, tant qu'il n'y a pas eu de décision.". Cependant, les deux infirmières notent des différences. Mme L dit "Bien sûr, dans les faits elle [*la place*] va forcément être différente parce que la suspicion de maltraitance est tout de suite abordée. Ce n'est pas une chambre dans laquelle on va entrer et sortir la première blague comme ça. On ne rentre pas dans une chambre de la même manière que pour un enfant qui a par exemple une pyélonéphrite et qui sortira dans 3 jours avec son antibiotique.". La seconde professionnelle explique que "naturellement" le soignant met en place une surveillance particulière : "au niveau du contact bah tu fais attention à chaque faits et gestes aussi auprès de l'enfant parce que c'est ton œil de soignant qui peut aussi parfois impacter la suite.".

Les soignantes questionnées m'expliquent l'importance de "laisser le bénéfice du doute". C'est-à-dire, que l'on ne sait pas ce qu'il s'est passé, si ce qui est arrivé à l'enfant est accidentel ou volontaire. Mme B dit : "Dans certaines situations les parents ne vont pas comprendre, parce qu'ils savent que ça n'est pas eux et parfois c'est aussi compliqué parce qu'ils font tout pour te montrer qu'ils n'ont rien fait, et ça peut être de très très bons acteurs, on le sait, on le voit et quand tu as des doutes, c'est là que dans ta prise en soins tu as plus envie de faire des choses avec l'enfant, de "remplacer les parents".". Adopter une attitude bienveillante et de non-jugement permet alors d'adopter une posture d'infirmière qui ne mène pas l'enquête. De plus, l'IDE 1 explique "Si ça se trouve, la maman qui amène l'enfant n'en sait rien et ça s'est passé pendant la journée avec la nounou".

Avec l'IDE 1, j'ai pu discuter de l'impact de la présence ou de l'absence des parents de l'enfant lors d'une hospitalisation. Elle m'a bien expliqué que l'objectif des équipes est de tout faire pour que les parents puissent rester, que ce soit dans le confort, la place qu'ils peuvent occuper dans l'accompagnement de l'enfant... "on fait tout pour qu'ils restent", "on essaie de faire en sorte de tout mettre en œuvre pour qu'ils aient leur place et qu'ils puissent rester.". Cependant, il arrive que les parents n'aient pas le droit de rester auprès du patient. Cela résulte d'une décision judiciaire : "Sauf bien sûr avec une décision judiciaire qui expliquerait que les parents n'ont pas le droit d'être présents. Là, on n'a pas le choix.". Précédemment, Mme B, la seconde infirmière expliquait le rôle que la sécurité pouvait assurer au sein de la prise en soin de l'enfant. Dans le cas où des parents n'accepteraient pas la décision judiciaire en lien avec le droit de visite, la sécurité peut être amenée à intervenir.

Dans la prise en soin de l'enfant et de ses parents, l'infirmière a plusieurs missions. Les professionnelles interrogées en ont cité à elles deux 4 types. Mme L parle d'abord des soins

relationnels. Ces derniers occupent une place importante puisque le rôle des soignants consiste à “accueillir les émotions de chacun”. Elle ajoute “notre rôle c'est de les accueillir, de les écouter”. Elle explique ensuite que le raisonnement clinique et la traçabilité des faits et informations relèvent du rôle infirmier : “Il faut développer ses cinq sens pour observer et être attentif à l'ensemble de la situation. Cela te sert aussi pour rédiger tes transmissions qui doivent, je le rappelle, être factuelles”, “On note des faits. Un “rapport” de soignant ce sont des faits. Il faut se contenter des faits...”. Ces transmissions écrites, ce “rapport” entre en jeu dans l'aspect médico-légal de la prise en soin de l'enfant. En effet, Mme B insiste sur le fait que les écrits auront un poids, de la valeur dans l'enquête judiciaire. Le dernier rôle explicité au cours des entretiens concerne l'éducation à la santé. Mme B indique que cet aspect de l'accompagnement de l'enfant et de ses parents doit être le même pour tous les parents : “On essaie aussi d'apporter des conseils mais ça c'est pour tous les parents sur le développement de l'enfant (...), on fait un peu de prévention, mais ça c'est vraiment quelque chose qu'on fait avec tous les parents.”.

Enfin, dans cette partie concernant la prise en soin, les infirmières ont toutes les deux parlé de manière plus ou moins explicite du travail en pluriprofessionnalité. En effet, nous avons vu précédemment que de nombreux acteurs interviennent dans l'accompagnement des patients : “Normalement ce sont les médecins”, “ Il faut communiquer entre l'assistante sociale, le gendarme qui vient faire son enquête et d'autres intervenants mais je communique des faits.”. Mme L insiste sur le fait qu'il n'est pas du rôle infirmier de mener l'enquête, d'analyser, mais bien de celui des enquêteurs : “une chose est sûre, ce n'est pas à nous de faire une analyse et encore moins une conclusion de la situation.”, “mais ce n'est pas à nous soignants de mener l'enquête.”, “Je te dis moi je ne suis pas enquêteur”.

d) Le travail émotionnel des soignants

La troisième et dernière partie des entretiens menés portait sur le travail émotionnel des professionnels. Lors de toute prise en soin, les soignants se doivent d'adopter une posture professionnelle.

Rester neutre est une notion abordée par les deux professionnelles interrogées. Elles appuient toutes les deux sur les différences plus ou moins marquées entre leur pensée et leurs faits. Mme L l'illustre en disant “bien sûr que dans notre tête c'est différent, mais il faut absolument rester à notre place de soignant et ne pas devenir enquêtrice ni juge.”. La seconde, Mme B en parle également lors de l'entretien : “il faut faire un peu comme si tu savais pas”, “bah oui, on est humain et même s'il ne faut pas, tu ne peux pas être impartial tu penses quand même...”, “j'étais assez proche dans mon contact avec elle parce que je la croyais.”. Nous pouvons établir une relation entre cette neutralité et la

juste distance. En effet, dans cette dernière citation concernant Mme B, elle juge sa distance à la mère de l'enfant pris en soin comme "assez proche". Elle justifie cela par le fait qu'elle la "croyait".

En lien avec la neutralité du soignant, les infirmières questionnées abordent l'importance d'adopter une attitude de non-jugement. Nous avons dit auparavant que de nombreux acteurs intervenaient dans la prise en soin de l'enfant et dans l'accompagnement de ses parents. Ces derniers ont tous des rôles et des missions précisément définis. Mme L explique que cela l'aide justement à adopter une attitude soignante qui tend le plus possible vers le non-jugement : "tu vois j'évite de réfléchir à comment on a pu en arriver là parce que ce n'est pas à moi de le faire, je n'en ai pas les compétences et je ne suis pas là pour ça.". La seconde soignante précise quant à elle que "même si tu ne veux pas juger les parents parfois c'est humain et dans ton comportement ça peut se ressentir même si en tant que soignante tu ne dois pas le montrer.". Cela montre l'implication des soignants dans l'accompagnement des enfants.

Mme L a dit "je ne suis pas un robot" dans le but de m'expliquer que les soignants, même s'ils ne le montrent pas forcément, ressentent des émotions lors de l'accompagnement des enfants et de leur famille. La raison première pour laquelle la prise en soin d'enfants avec comme motif d'hospitalisation "suspicion de maltraitance" peut être plus complexe est justement ce motif. Mme L explique "c'est notre ressenti qui va être différent bien sûr je ne vais pas rentrer dans la chambre dans le même état d'esprit que quand je rentre dans celle d'un enfant qui est là pour une maladie comme une pyélo.". Mme B m'explique que certaines situations sont plus marquantes que d'autres, notamment à cause de leur complexité, de cette "impression que c'est toi qui enlève les parents à l'enfant.". Le rôle infirmier, nous l'avons vu ci-dessus, prend en compte l'accueil des émotions des parents. Cela peut parfois être compliqué en raison de l'état de stress de ces derniers : "Parfois, ça passe, parfois ça passe moins parce qu'ils [les parents] peuvent être plus stressés."

Dans le cadre théorique présenté, une partie a été consacrée à l'intelligence émotionnelle. Celle-ci a été abordée de manière implicite au cours du deuxième entretien que j'ai réalisé avec Mme B. Cette dernière m'expliquait : "si tu peux pas, c'est pas grave se rendre compte que tu n'es pas capable de le faire c'est déjà beaucoup parce que après ça te permet de travailler dessus. Il vaut mieux ça que de rentrer et de briser la relation qui a plus ou moins été installée avec les parents.". Cet exemple met en relation de nombreux concepts et notions évoqués dans cette analyse.

Lors des deux partages d'expériences, j'ai relevé deux mécanismes de défense. Pour rappel, les mécanismes de défense sont des "opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes" (IFSI de Dijon). En d'autres termes, ce sont les "moyens que nous développons pour nous prémunir contre la souffrance".

Au cours du premier entretien, Mme L a dit : “je reste à ma place mais j'ai le droit de penser ce que je pense, ça reste dans ma tête. Je pense des choses parce que je suis une maman que je suis une femme et j'ai envie de repartir avec le gamin, mais non”. Cela correspond à l'identification projective. C'est-à-dire que le soignant applique ses émotions, ses sentiments, ses réactions, pensées (...) au patient.

Mme L, a dit : “[Étudiante : Est-ce que quand l'enfant est là pour suspicion maltraitance, ça influe sur le fait qu'on va s'attacher plus ou moins ou pas] Oui je pense. J'ai certains collègues qui le disent, c'est surtout ceux qui ont des enfants, moi j'en ai pas donc moins tu vois. J'ai des collègues qui vont se dire “oh le pauvre c'est abusé”. C'est entre l'empathie la pitié et tout ça c'est vraiment quelque chose à part mais je sais pas trop comment l'expliquer.”. Le mécanisme de défense illustré par cet exemple est le transfert. Ce dernier se définit comme étant une projection, une fusion entre la situation réelle et les émotions du soignant.

La notion d'envahissement émotionnel est ressortie lors des entretiens. On pourrait aussi parler d'implication émotionnelle. Malgré une posture soignante travaillée, les émotions des professionnelles ne sont pas épargnées et leurs pensées sont sans cesse sollicitées : “dans ta tête tu ne peux pas dissocier les deux et la question de comment ça s'est passé est omniprésente dans la prise en soin de cet enfant. Tu ne penses qu'à ça...”, “on y pense tout le temps”. Avec son expérience Mme L va même jusqu'à dire “Il y a vraiment des situations qui nous marquent beaucoup plus que d'autres. Parfois ils arrivent et tu sais tout de suite que c'est mal barré pour tout le monde.”. “C'est toujours un peu délicat.”. Cette dernière phrase dite par Mme B montre un “point commun” à toutes les prises en soin d'enfants suspectés d'être maltraités.

e) Ressources et difficultés

Au fur et à mesure des entretiens et des questions posées, les infirmières ont identifié des éléments ressources qui facilitent les prises en soin mais aussi les difficultés auxquelles elles doivent faire face.

La ressource principale en service de pédiatrie pour les infirmières prenant en soin des enfants hospitalisés pour suspicion de maltraitance est l'équipe pluriprofessionnelle avec en premier lieu l'équipe soignante (infirmiers, aides-soignants, auxiliaires puéricultrices). Les deux professionnelles interrogées le disent : “l'équipe est totalement ressource dans ces situations”, “Oui oui oui oui oui, j'ai pu en discuter avec des collègues, la situation en elle-même avait été très compliquée.”. Mme B m'explique l'importance de l'équipe et notamment l'importance de bien se connaître, d'avoir confiance en ses collègues. Elle ajoute : “bien connaître ses collègues ça passe aussi par se voir parfois en dehors du travail. Par exemple, ce soir, on va boire un verre. Ça peut nous permettre de

décompresser, de discuter de situations qui nous ont marqué de manière beaucoup plus simple et surtout beaucoup plus informelle.”. La cohésion d’une équipe permet alors la libération de la parole et se voir en dehors des heures de travail permet de diminuer les “conséquences” des réactions de chacun : “Si admettons tu pleures devant tes collègues en dehors du service, bah c’est pas grave, ça aura beaucoup moins de répercussions que si tu pleurais dans le service. Et en plus, ça nous permet d’apprendre à bien nous connaître.”.

De cette ressource en découle un autre, celle du passage de relais. Lorsque les situations sont difficiles à gérer nous on peut passer le relais tu vas dire à ton collègue d’y aller à ta place en fait”, “et tu vois c’est pas forcément dans le cadre de la maltraitance ça peut être dans toute situation.”. Mme B expose aussi le fait “qu’on a pas toujours besoin en même temps, que le vase émotionnel n’est pas toujours plein au même moment !”. Cela permet alors de s’entraider et à long terme de créer une dynamique d’équipe.

Les médecins ont été cités comme ressources par les deux infirmières. Il y a les pédiatres du service mais aussi ceux de l’aide de protection à l’enfance : “nous on peut tout à fait les appeler de manière informelle pour avoir des conseils, discuter avec eux une fois que le premier contact a été établi. Si moi en tant qu’infirmière, j’ai des questions je peux les appeler sans pour autant enfreindre ou lancer un protocole.”.

Les cadres de santé ont aussi un rôle à jouer dans l’accompagnement des enfants hospitalisés et leur famille. Ces derniers vont notamment intervenir lors de situations compliquées : “Par contre dans d’autres situations, à d’autres moments, quand on a des situations compliquées avec des parents qui ne respectent pas les droits de visite par exemple, là pour le coup on fait intervenir la cadre.”.

A cette liste s’ajoutent les psychologues. La seconde soignante interviewée m’a expliqué que dans son service, une psychologue est affectée un certain nombre de jours par semaine. Elle est disponible pour les patients et les parents mais sait aussi se montrer à l’écoute des soignants. Cette professionnelle organise des temps d’échange, à destination des professionnels qui le souhaitent afin de revenir sur des situations qui ont pu être difficiles à vivre. Le but est aussi de comprendre ce qu’il s’est passé afin de mieux réagir la fois suivante. “C’est vraiment la psychologue d’elle-même, qui va dire quand il y a une situation difficile là on va prendre un temps sur la base du volontariat, pour ceux qui veulent. Pour en avoir déjà fait un ou deux, en gros on se réunit dans une pièce en général c’est la salle de staff et on discute en équipe de ce qui a été difficile, qu’est-ce qu’on peut mettre en place pour que ça se passe mieux la fois suivante ? ...”

Nous l’avons dit, l’équipe de sécurité peut elle aussi intervenir dans un objectif de protection de l’enfant. Cette dernière est appelée en cas de problèmes avec les parents par exemple.

Le positionnement infirmier dans la prise en soin est aussi une ressource. Mme L a une vision positive de l'accompagnement des enfants hospitalisés : “moi je ne suis jamais déçue, une sortie c'est souvent une victoire pour la pédiatrie.”, “si c'est un enfant qui va en famille d'accueil, on voit que ça s'est bien passé l'intégration, on se dit que sa nouvelle vie commence, c'est super ! La pédiatrie n'est pas une fin en soi, notre objectif est que les enfants sortent dans les meilleures conditions possibles.”. Mme B, de son côté, précise que cette place de soignant, qui n'est pas enquêteur, qui n'a pas la main sur les décisions qui vont être prises, permet de rendre moins difficile le positionnement face aux parents : “Oui, et d'un autre côté nous on ne sait pas. Donc c'est aussi ce qui nous aide en disant aux parents “je ne sais pas, ce n'est pas moi qui ai la main, ce n'est pas moi qui décide, moi je suis là pour faire des soins auprès de l'enfant” c'est aussi ce qui facilite notre position.”.

Enfin, les équipes soignantes trouvent des solutions pour ne pas “souffrir” de laisser un enfant seul et que ce dernier bénéficie d'un petit peu d'affection de leur part. L'IDE 1 m'explique qu'elles ont des poussettes dans le service pour prendre les enfants avec elles. Elle me parle aussi des temps où elles prennent avec elles les enfants, pendant les transmissions par exemple.

Les difficultés rencontrées par les infirmières avec qui j'ai réalisé les entretiens sont de plusieurs types. On observe tout d'abord celles en lien avec les décisions judiciaires. On comprend alors qu'un enfant placé occupe une place en pédiatrie qui ne lui est pas adaptée : “Une OPP chez nous, ce n'est jamais une grande victoire parce que nous nous ne sommes pas une maison d'accueil, on n'est pas un foyer, on a pas le temps. Donc une OPP chez nous c'est compliqué, car on n'est pas une famille, on ne va pas lui apporter ce qu'une famille pourrait lui apporter.”. Mme L ajoute également que le “désaccord” entre ce que pense les soignants et ce que la justice décide est parfois difficile à accepter pour les équipes : “bon sauf si à défaut de preuves et que nous on en est plus ou moins convaincu, il retourne chez son parents et là on se dit que tout n'est pas forcément fait.”. Mme B, au cours de l'entretien, m'a raconté une histoire qui lui est arrivée. Elle a dû mentir aux parents d'un enfant afin de faciliter le travail des policiers qui venaient les chercher. Cette situation était d'autant plus complexe qu'elle était gérée par un magistrat d'un autre secteur : “un appel téléphonique des policiers. Ils disaient qu'ils allaient venir chercher les parents d'ici peu de temps et pour que ça ne fasse pas de drame dans le service, que ça génère pas de tensions supplémentaires, il fallait faire sortir les parents du service.”

La seconde “classe” de difficultés recensée concerne les parents et notamment les difficultés à les informer et à communiquer avec eux tant la situation peut être délicate : “Et ça tu vois, c'est super dur parce que tu dois mentir aux parents sans vraiment leur mentir non plus.”. Parfois, les parents ne sont pas au courant de certains examens et c'est à l'infirmière de leur expliquer alors que ce n'est pas

son rôle. On comprend aussi que l'absence des parents est une difficulté, qu'elle soit un choix ou non de leur part, issue d'une décision judiciaire ou non : "C'est surtout quand il y a une absence des parents". Il arrive, comme l'explique la première professionnelle, que les parents soient là physiquement sans être vraiment présent pour l'enfant comme acteurs. Il est alors du rôle des soignants d'assurer la satisfaction des besoins de l'enfant sans pour autant remplacer les responsables de l'enfant.

Certaines difficultés proviennent de raisons organisationnelles. L'exemple donné par Mme B est en lien avec les horaires de travail. Dans sa situation, celle-ci parle du laps de temps où il n'y a plus de cadre pour intervenir si besoin : "Bah non tu sais le soir il y a un laps de temps où il n'y a pas de cadre, parce qu'on est entre 2, les cadres de la journée sont partis, et le cadre de la nuit pas encore arrivé.". En cas de difficultés, les équipes doivent alors faire appel à d'autres personnes ou trouver une autre solution.

Enfin, la dernière difficulté citée correspond à la relation entre les soignants et les enfants et plus particulièrement la relation d'attachement. Mme L et moi-même en avons discuté : "oui là c'est dur de laisser l'enfant seul dans sa chambre alors qu'il a besoin d'affection de câlins de tout ce que tu veux. Là en tant que soignant effectivement c'est compliqué et là souvent on les a avec nous par exemple en transmission dans nos bras pour qu'ils soient le moins seul possible.". Mme B précise quant à elle que cette relation d'attachement peut influencer sur le comportement et le positionnement des soignants : "Du coup tu vois si ça sonne, peut-être que tu vas y aller plus vite, peut-être que tu vas y rester plus longtemps..."

IV- Discussion

Au cours de ce travail, nous avons pu explorer de nombreux sujets en lien avec le thème de la maltraitance infantile. Nous avons d'abord pu avoir un apport théorique puis un apport plus pratique lors des deux entretiens réalisés. Cette dernière partie va permettre de confronter les principales informations recueillies dans le cadre conceptuel avec les propos de deux infirmières interrogées tout en donnant mon point de vue. Le plan général sera le même que pour le cadre théorique et l'enquête.

a) La maltraitance infantile

La convention relative aux droits de l'enfant (rédigée en 1989 par l'ONU) définit l'enfant comme étant un individu âgé de moins de 18 ans. Les infirmières questionnées n'ont pas apporté

d'éléments supplémentaires. Selon moi, un enfant peut aussi se définir par sa maturité, son degré d'autonomie, ses capacités physiques et intellectuelles...

Le sujet central de ce travail porte sur la notion de maltraitance. De nouveau, les éléments du cadre conceptuel et ceux de l'analyse sont similaires. La maltraitance infantile correspond à des faits violents ou des non faits dont est victime un enfant. Précisons cette définition. Par "faits violents", je fais référence aux violences physiques, aux violences psychologiques et verbales, aux abus sexuels, à l'exploitation... Les "non faits" englobent l'absence de suivi de santé, l'alimentation inadaptée, une mauvaise hygiène et tout ce qui n'est pas mis en place pour garantir la santé au sens large de l'enfant (c'est-à-dire santé physique, mentale...). Selon l'OMS et l'une des infirmières, la maltraitance et la négligence sont aussi graves tandis que la seconde soignante explique qu'à ses yeux, il arrive que la négligence soit minime par rapport à la maltraitance. Elle parle de cela avec beaucoup de délicatesse car cela n'est pas toujours le cas. Je pense que la négligence est une forme de maltraitance à part entière, au même titre que les violences physiques par exemple. Il n'y a donc pas de relation de supériorité ou d'infériorité entre ces deux notions.

La question de l'accident ou de l'acte volontaire se pose au cours de l'hospitalisation. Ce n'est pas aux soignants de mener l'enquête mais à la justice.

Avant d'atteindre un certain âge, l'enfant dépend totalement de ses parents pour voir ses besoins satisfaits. Au travers du cadre conceptuel et des interviews des professionnelles, nous nous rendons compte qu'ils sont nombreux. Les idées développées par les deux parties sont similaires. Les infirmières, à elles deux, ont discuté des besoins physiologiques (alimentation et hygiène), des besoins psychoaffectifs, des besoins de communication, d'éveil, d'être stimulé et d'avoir des interactions sociales ainsi que du besoin de sécurité. On peut aussi ajouter le besoin de vivre en société, d'apprendre les codes.

Marie-Paule Martin-Blachais développe quant à elle 7 besoins : physiologie (et santé), protection contre la violence, une stabilité affective et relationnelle, le besoin de vivre des expériences qui permettent de découvrir le monde, le besoin d'un cadre de vie fixe, "le besoin d'identité" ainsi que "le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi". Colson S., Gassier J., De Saint Sauveur C., tous les trois auteurs de l'ouvrage *Le guide de la puéricultrice* complètent les propos de cette dernière en ajoutant le besoin de motricité en lien avec la sécurité physique et affective, le besoin d'avoir des points de repères dans le temps et dans l'espace et enfin les besoins relatifs à l'amour et à la stabilité de la relation.

Cette "liste" est non exhaustive. En effet, à mon sens, ces besoins représentent une base. Elle va cependant évoluer selon l'enfant lui-même : son caractère, l'histoire de la grossesse, la dynamique familiale... On pourrait ajouter par exemple le besoin pour un enfant d'avoir un sommeil de qualité, dans un environnement calme et adapté.

b) La prise en soin de l'enfant

Dans le cadre théorique, nous avons débuté cette partie en définissant la notion de prendre soin et en expliquant la différence entre soigner et prendre soin. Au cours de mes expériences de stage, j'ai pu noter que prendre soin implique une dimension humaine et donc une implication du soignant et de ses émotions. Celles-ci font partie intégrante de l'accompagnement de l'enfant et des parents, et par extension, de tout autre patient. Cette implication peut donc facilement devenir personnelle. En ce sens, le terme "soigner" s'apparente à l'acte du soin thérapeutique en lui-même. La comparaison de Denis Piveteau entre la langue française et la langue anglaise me semble très parlante.

La prise en soin des patients en pédiatrie diffère sur de nombreux points avec la prise en soin de patients adultes. Des spécificités ont commencé à apparaître depuis une quarantaine d'années. Bérénice Lombart explique que l'enfant, même sans handicap ou autre raison, n'est pas un individu autonome. Il nécessite alors naturellement plus de temps et d'attention. Ce sont ses parents qui lui apportent normalement tout ce dont il a besoin pour se développer. Dans le cadre de la maltraitance, certains besoins de l'enfant ne sont pas satisfaits.

Au-delà de différer avec la prise en soin de patient adulte, l'accompagnement d'un enfant avec comme motif d'hospitalisation "suspicion de maltraitance" ne va pas être le même qu'un enfant venu pour une pyélonéphrite par exemple. Les objectifs principaux vont être de mettre l'enfant en sécurité, de stopper ce phénomène (selon les situations, au moins le temps du séjour dans le service) et de mener l'enquête par de nombreux examens. Les équipes aident à la réalisation des examens mais ne mènent pas elles-mêmes l'enquête. Les soignants ont aussi comme mission d'assurer une surveillance accrue de l'enfant et de ses parents. Selon moi, les équipes de professionnels de santé se doivent également de veiller à la satisfaction des besoins de l'enfant en fonction de son âge, de son stade de développement (...).

Nous l'avons dit auparavant, chaque enfant est différent, sa situation aussi. Il semble alors indispensable d'individualiser chacune des prises en soin. L'âge, les circonstances de l'arrivée à l'hôpital et le positionnement des parents sont des facteurs qui font que chaque accompagnement est unique. A mes yeux, l'une des plus grandes compétences qui est requise pour être infirmier est celle de l'adaptation. Cette capacité me semble indispensable pour rendre chaque relation singulière et vraie.

Au cours de l'enquête, nous avons observé que la relation soignant-soigné reposait sur trois piliers : les valeurs soignantes, l'attachement et la juste distance. Par l'expression "valeurs soignantes", les auteurs et les soignantes interrogées entendent la compassion, l'attitude empathique, la bienveillance, le respect... A cela, nous pourrions ajouter l'écoute, la patience, la tolérance et bien

d'autres qualités. Ces valeurs sont individuelles et collectives. En effet, chaque soignant, selon son vécu, sa personnalité, ses choix, va être sensible à telle ou telle valeur. L'importance qu'elle aura à ses yeux sera différente. Les professionnels de l'équipe réunie forment une unité. Cette dernière s'oriente naturellement vers les principes les plus "représentés". Tout cela permet de mettre en confiance l'enfant et ainsi de faciliter les soins. De plus, adopter une posture soignante bienveillante aide les parents à entrer en relation avec les professionnels de santé et ainsi à débiter la construction de la relation soignants-parents.

D'après les infirmières, l'attachement entre le soignant et l'enfant fait partie intégrante de la relation de confiance et de la prise en soin. La première professionnelle interrogée m'explique "qu'elle n'est pas un robot", qu'après avoir donné un biberon à un bébé, elle le garde dans les bras car selon elle, un enfant a besoin de plus que ce biberon. Je suis entièrement d'accord avec cela. Cependant, la seconde soignante me raconte qu'il lui est déjà arrivé de ne pas avoir réussi à s'attacher à des enfants pour diverses raisons. Les prises en soin de ces derniers s'étaient révélées plus difficiles. Dans le cadre conceptuel, nous l'avons vu, un enfant a besoin de ce lien d'attachement avec ses parents. Si ce lien est instauré entre le soignant et l'enfant, il permettra la mise en place d'une relation de confiance. Les soins seront ainsi facilités et l'ensemble de l'accompagnement sera probablement plus fluide.

Le troisième pilier dont nous avons parlé est la juste distance. On peut aussi parler de juste proximité, de juste proxémie. D'après les éléments que nous avons trouvé au cours des recherches et de l'enquête de terrain, c'est au soignant d'adapter sa posture à chaque enfant et aux parents. En effet, c'est lui qui est professionnel dans le domaine, c'est lui qui a le plus d'expérience. Ainsi, en tant que personne neutre, il sera "plus aisé" pour le professionnel de s'adapter à chaque situation. La posture de l'infirmier est influencée par de nombreux facteurs comme par exemple les émotions de chacun, le positionnement des parents vis-à-vis de la situation (sont-ils inquiets, sur la défensive, indifférents...), l'état de santé de l'enfant...

c) L'accompagnement des parents

Dans cette partie, nous avons parlé à de nombreuses reprises des parents. En pédiatrie, ces derniers ont une place importante. D'ailleurs, la charte de l'enfant hospitalisé leur consacre deux articles (2 et 3).

Lors de son arrivée en milieu hospitalier, l'enfant est accompagné de ses parents sauf si ces derniers ne peuvent être présents (pour des raisons professionnelles ou judiciaires par exemple). Mme L, la première infirmière avec qui je me suis entretenue a exprimé au cours de l'entretien l'importance de la présence des parents durant l'hospitalisation de leur enfant. Ils sont une ressource pour l'enfant et pour les soignants. A mes yeux, la présence des parents peut en effet être un réel avantage mais peut aussi être source de difficultés dans le cas, par exemple, où ils mettraient en danger leur enfant ou s'ils étaient dans le refus de soin...

La place que les parents occupent lors d'une hospitalisation dans un contexte de maltraitance ne va pas être la même que si leur enfant séjourne à l'hôpital pour une pathologie "plus conventionnelle" (pour une bronchiolite, une pyélonéphrite...). Françoise Hochart et Annick Roussel expliquent que le rôle des soignants consiste à prendre soin de l'enfant en lui permettant de (re)découvrir "une vie enfantine ordinaire". L'une des professionnelles questionnées insiste, elle, sur l'importance de laisser faire les parents tout en surveillant ce qu'ils font. Ces deux propos s'opposent. Selon moi, chaque situation se présente différemment. La posture soignante évolue. Le positionnement que les parents vont adopter va aussi aiguiller les professionnels. Les parents peuvent se montrer très investis dans l'hospitalisation comme ils peuvent s'effacer et laisser faire.

Une chose demeure inchangée dans chaque situation : l'importance des transmissions. Précédemment, nous avons évoqué les objectifs de l'hospitalisation. Il y a, entre autres, la mise en sécurité de l'enfant. Les infirmiers sont tenus de tracer les faits et gestes, les dire (...) qui pourraient avoir un impact sur l'enquête. Mme L insiste, il faut être factuel, il ne doit pas y avoir de jugement quel qu'il soit dans les transmissions. J'ajouterai qu'il faut garder à l'esprit que les parents peuvent à tout moment demander le dossier.

Mme B, la seconde infirmière interrogée m'a parlé de l'éducation à la santé. Cela fait partie du rôle infirmier auprès des parents. Cet aspect de l'accompagnement concerne tous les parents, quel que soit le motif d'hospitalisation de l'enfant. Malgré les accusations qui peuvent leur être portées, il me semble important de montrer aux parents notre neutralité. De plus, l'éducation à la santé est primordiale et peut, dans certaines situations, permettre d'éviter des accidents. La prévention de la négligence et de la maltraitance y a aussi sa place. Ces temps aident à la construction de la relation triangulaire puisque l'enfant, les parents et les soignants sont inclus dans le processus.

La relation triangulaire est au centre de la prise en soin des enfants. Tout au long de ce travail, nous avons mis en lien la relation parents - enfant, soignants - soigné et soignants - parents. Ces trois liaisons sont aussi importantes les unes que les autres. En effet, si l'une d'entre elles est rompue, les soignants devront faire face à des difficultés sur le plan relationnel et dans les soins. Aussi, les valeurs que mettent en œuvre les professionnels de santé telles que la bienveillance, le respect, l'écoute et cetera contribuent à la mise en place de cette relation triangulaire. La confiance entre aussi en jeu dans cet accompagnement. Comme pour toute prise en soin, une atmosphère de confiance est nécessaire au bon déroulement de l'hospitalisation. Dans le cadre de la maltraitance, nous l'avons vu et j'ai pu l'observer lors de mon stage en pédiatrie, il est parfois plus compliqué de laisser l'enfant seul avec ses parents, de laisser les responsables s'occuper du patient... Nous avons vu dans le cadre théorique que les soignants pouvaient parfois catégoriser les parents selon le motif d'hospitalisation de leur enfant. Cela peut alors interrompre la construction de la relation de confiance.

En conclusion de cette troisième partie de discussion, je souhaite insister sur la place des parents au sein de l'hospitalisation de l'enfant maltraité (ou non) et plus largement sur l'importance des aidants avant, pendant et après l'hospitalisation. Ces personnes sont souvent une ressource pour les soignants. La prise en soin d'un enfant est différente de celle d'un adulte. Pour autant, la relation soignant-soigné, la confiance, la bienveillance (...) sont tout aussi importantes. Enfin, les parents ont une place à part entière. Avant d'être suspecté d'être maltraitants, ils sont des parents et ont le droit d'être considérés à "leur juste valeur", à recevoir des conseils... Une particularité de la pédiatrie porte sur la relation triangulaire qui se construit au fur et à mesure de l'hospitalisation.

d) Le travail émotionnel des soignants

Cette partie porte sur les émotions des soignants. Nous l'avons comprise au fur et à mesure de ce travail, ces dernières sont extrêmement présentes au sein des prises en soin des enfants hospitalisés pour suspicion de maltraitance et lors de l'accompagnement de leurs parents.

Nous avons tout d'abord abordé les notions de neutralité et de non jugement. J'ai pu comprendre que ne pas montrer ses émotions et rester neutre étaient deux choses tout à fait différentes. En effet, la neutralité est de mise pour tous les types de prise en soin, avec chaque patient qu'il soit un enfant ou un adulte. Dans notre contexte, la neutralité correspond au non jugement, à notre posture neutre au sein de l'enquête. Nous ne devons pas prendre parti que ce soit avec les parents ou avec la justice. Cela n'empêche cependant pas les soignants de penser. Les infirmières interrogées l'ont dit, "dans notre tête c'est différent" (Mme L), "Il faut faire un peu comme si tu ne savais pas" (Mme B). Il faut alors rester vigilant à la posture que nous adoptons, à notre discrétion vis-à-vis des parents et de toutes les personnes du service. Nous ne sommes pas des enquêteurs. Nous n'avons pas à tirer de conclusions quant à la situation. Une attitude de non-jugement est alors la plus adaptée.

De mon point de vue, il est nécessaire d'être conscient de ses émotions pour apprendre au fur et à mesure à les gérer. Cela fait le lien avec l'intelligence émotionnelle. Ce concept se définit comme étant une capacité à se rendre compte de ses émotions, à en être conscient et à les maîtriser. Ces dernières influencent notre manière d'agir, de penser, de réfléchir et finalement d'accompagner l'enfant et ses parents. Montrer ses émotions n'est selon moi pas une erreur. En effet, les cacher, les refouler peut s'avérer néfaste sur le long terme. Cependant, il est nécessaire de "choisir" dans quelles circonstances elles peuvent être exprimées. Tout ne peut pas être dit à n'importe qui, dans n'importe quelle situation. Il est important de prendre de la hauteur par rapport à ce que nous ressentons de manière à s'en servir de la façon la plus pertinente possible.

Mme B m'expliquait que des activités en dehors du temps de travail étaient organisées au sein de son service. Cela permet d'apprendre à connaître ses collègues et de créer des relations solides mais permet aussi de pouvoir revenir sur des situations difficilement vécues.

Cette partie s'intéressait particulièrement à la place des émotions des soignantes dans les soins. Après avoir effectué des recherches et questionné des professionnels du terrain, je pense pouvoir affirmer que les émotions font entièrement partie de l'accompagnement des enfants dans un contexte de suspicion de maltraitance. Elles permettent aux soignants de s'impliquer dans les prises en soin. L'intelligence émotionnelle les aide à trouver le juste équilibre entre trop impliqué et pas assez. Les émotions humanisent les soins. Les exprimer est nécessaire pour éviter les conséquences du refoulement à long terme. Il faut cependant trouver le bon moment pour le faire.

e) Ressources et difficultés

Au travers du cadre théorique et des entretiens, nous avons pu établir une liste non exhaustive de ressources et de difficultés auxquelles les infirmiers doivent faire face. Il ne me semble pas pertinent de les développer à nouveau. Je vais cependant comparer les données et ajouter mon point de vue.

Commençons par les ressources. Chacun des deux partis a cité comme ressource le travail en équipe et le passage de relais. Cela me semble primordial. Passer le relais peut permettre d'éviter des situations "de crises", de protéger les soignants... et les patients. Les infirmières interrogées parlent même de l'équipe au sens large, de l'équipe pluriprofessionnelle. Cette dernière comprend de nombreux corps de métier comme les médecins, les cadres de santé, les psychologues, la sécurité... J'ajouterai aussi les étudiants, qu'ils soient en cursus aide-soignant, infirmier, en médecine, ou autres. En effet, ils peuvent avoir un point de vue différent de celui des équipes et ainsi être force de proposition et de réflexion.

La présence des parents est vue comme une ressource dans la littérature et leur absence comme une difficulté. De leur côté, les professionnelles interrogées n'en parlent que du côté des difficultés. C'est notamment la communication et l'information qui peuvent constituer un obstacle. A mon sens, la présence des parents peut être un plus comme un point source de difficultés tout comme leur absence. Nous avons parlé à plusieurs reprises de l'individualisation des prises en soin. Cela me permet d'affirmer que chaque enfant, chaque parent, chaque accompagnement est différent et qu'il n'est pas possible de généraliser. Un parent qui refuse les soins, qui s'oppose à toute prise en soin sera source de difficultés pour les soignants. Si la présence des responsables de l'enfant met en péril la sécurité de ce dernier, il est alors préférable qu'ils soient absents. En revanche, si les parents se montrent présents, volontaires et impliqués dans la prise en soin de leur enfant alors ils sont une véritable ressource.

Le motif d'hospitalisation "maltraitance" ou "suspicion de maltraitance" présente parfois dès le début de la prise de poste une difficulté. Les soignants peuvent avoir des aprioris et ainsi se positionner sur la défensive ou mettre en place une surveillance poussée à l'extrême.

Cela n'a pas été dit lors des entretiens ni trouvé dans la littérature, mais pour moi, l'expérience est une ressource qui n'est pas négligeable. Au fur et à mesure de leur carrière, les soignants apprennent, tirent des leçons des situations qu'ils ont pu vivre et partagent leur expérience avec leurs collègues. La posture infirmière est alors plus simple à trouver et à adapter à chaque situation. Avant d'acquérir cette expérience, adapter sa posture professionnelle peut être difficile pour de multiples raisons, par exemple, la singularité de chacun des accompagnements, la présence des parents ou encore l'envahissement émotionnel.

Les ressources peuvent, selon le contexte et les circonstances, devenir des difficultés et inversement. Il paraît important d'identifier, au sein de son service, en fonction des équipes, des pathologies (...) ce qui peut poser souci ou ce qui va au contraire faciliter la prise en soin des patients.

Conclusion

Ce travail marque la fin de ces trois années de formation. Rappelons le, la question de départ initialement posée était : **Dans quelles mesures le motif d'hospitalisation de "maltraitance infantile" influe la prise en soins de l'enfant ?** Au fur et à mesure de mes recherches dans la littérature ou auprès des professionnels du terrain, je me suis rendue compte que le simple motif d'hospitalisation impactait réellement la prise en soin de l'enfant. Ce dernier pose un cadre très particulier, en raison des objectifs de l'hospitalisation qui sont différents, l'aspect relationnel est lui aussi affecté, la place des parents est remise en question... Cependant, une limite à cette question de départ se pose. Nous avons abordé à de nombreuses reprises l'individualisation de l'accompagnement. Chaque situation, chaque prise en soin ne sera alors pas impactée de la même manière alors que le motif d'hospitalisation est le même. Les réponses que nous avons pu apporter sont alors à prendre avec du recul car elles ne concernent pas toutes les situations.

Au fil de cette troisième année, mon projet professionnel a évolué laissant la pédiatrie de côté. Cependant, un transfert peut avoir lieu de ce travail vers l'ensemble des spécialités, notamment sur le plan des émotions. Nous pouvons à chaque instant être affectés d'une manière ou d'une autre par une histoire, une situation. Accueillir ses émotions et savoir ce que nous devons en faire me paraît primordial. Grâce à l'expérience, l'intelligence émotionnelle de chacun se développe et les émotions deviennent ainsi petit à petit une ressource. Cette réflexion m'a amené à me poser d'autres questions et

notamment la suivante, qui pourrait constituer un autre sujet de recherche : **Dans quelles mesures les émotions des soignants trouvent-elles leur place au sein des prises en soins ?**

Bibliographie

OUVRAGES :

Colson, S., Gassier, J., De Saint Sauveur, C. (2016). *Le guide de la puéricultrice, Prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence*. Elsevier Masson

Hochart, F. et Roussel, A. (1997). *L'hôpital face à l'enfance maltraitée, Une passerelle entre coups et réparation*. Karthala

Rey, A. (2009). *Le Robert micro : dictionnaire d'apprentissage de la langue française*. Éditions Le Robert.

Walter, H. (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Masson

ARTICLES :

Borenstein, M., (2018, septembre / octobre). Les soignants et leurs émotions au quotidien. *Soins pédiatrie - puériculture, numéro 304*, 10-12

Bourdeaut, F., (2006). Les émotions dans la relation de soin : des racines de leur répression aux enjeux de leur expression. *Ethique et santé, volume 3, numéro 3*, 133-137
<https://www.em-premium.com/article/82895/resultatrecherche/2>

Capodano, J., (2013, avril). Les conflits entre professionnels et parents. *Métiers de la petite enfance, numéro 196*, 10-12

Corona, S., Dionnet, D. (2018). Des ressources pour soutenir les soignants. *Soins pédiatrie - puériculture, numéro 304*, 26-28

Franklin, A., (2022, février). Osons exprimer nos émotions. *Cahiers de la puéricultrice, numéro 354*, 1.

Gilloire, L. (2013, janvier). L'engagement relationnel des soignants. Intérêt des groupes de travail avec un psychanalyste. *Contraste*, numéro 37, 165-172

L., K., P., M. (auteurs anonymisées) (2018, septembre / octobre). Rester soignant malgré l'inconcevable... *Soins pédiatrie - puériculture*, numéro 304, 37-40

Lombart, B., (2015, mars). Le care en pédiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, volume 122, 67-76.
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-67.htm>

Pillet, F. (2014, mai / juin). La communication avec le bébé à l'hôpital. *Soins pédiatrie - puériculture*, numéro 278, 13-X

Piveteau, D. (2009, février). Soigner ou Prendre soin ? la place éthique et politique d'un nouveau champ de protection sociale. *Laennec*, tome 57, 19-30.
<https://www.cairn.info/revue-laennec-2009-2-page-19.htm#:~:text=Prendre%20soin%20%3A%20un%20mode%20de%20solidarit%C3%A9%20%C3%A0%20part%20enti%C3%A8re&text=Mais%20il%20y%20a%20entre,et%20d'une%20proximit%C3%A9%20active.>

Phaneuf, M., (2013, 10 avril). L'intelligence émotionnelle, un outil du soin. *Santé mentale*, volume 177, 30-35 <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/05/Intelligence-emotionnelle.pdf>

Schmitt, C., (2015, mars). Accueil pédiatrique de l'enfant en danger. *Cahiers de la puéricultrice*, numéro 285, 15-18.

COURS THÉORIQUES :

Robin, G., (2021, 17 février). La relation soignant-soigné, les différents types de relation. IFSI CHU RENNES

PAGES WEB :

Bolter, F., Gorza, M., Martin-Blachais, MP. (2019, mars). *La prise en compte de l'intérêt supérieur de l'enfant est au centre de la protection de l'enfance. "Il y a consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant"*.

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/il-y-a-consensus-sur-les-besoins-fondamentaux-de-l-enfant-interview>

Bonnet, T., (2015). *La normalisation du rôle parental par une équipe soignante.*

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01898925/document>

Bugosen, C. (2018, 22 juin). *Développement cognitif de l'enfant : les stades chez J.Piaget.*

<https://psy-enfant.fr/stade-developpement-jean-piaget/>

Haag, C. (2021, avril). *Se réinventer grâce à l'intelligence émotionnelle.*

<https://www.hbrfrance.fr/chroniques-experts/2017/05/15511-se-reinventer-grace-a-lintelligence-e-emotionnelle/#:~:text=Selon%20les%20psychologues%20John%20Mayer,favoriser%20l'%C3%A9panouissement%20personnel%20%C2%BB.>

HAS. (2014, octobre). *Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir.*

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf

IFSI de Dijon. *Les mécanismes de défense psychique, leur présence potentielle chez les infirmiers.*

<http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2019/11/Me%CC%81canismes-de-de%CC%81fense-.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé. (2018, 2 Juin). *Prévenir la violence à l'encontre des enfants favorise une meilleure santé.*

<https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/preventing-violence-against-children-promotes-better-health>

Organisation Mondiale de la Santé. (2022, 19 Septembre). *Maltraitance des enfants.*

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

UNICEF. (2022) *Convention internationale des droits de l'enfant.*

<https://www.unicef.fr/wp-content/uploads/2022/07/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>

Vasseur, P. (2013). *Chapitre 18. Positionnement du soignant. Maltraitance chez l'enfant, 184-190.* Cachan: Lavoisier.

<https://doi.org/10.3917/lav.rey.2013.01.0184>

MÉMOIRES :

Gillois, P. (2002). *L'affectivité des infirmières/puéricultrices face aux parents maltraitants*. [Travail de fin d'étude, Institut de Formation en Soins Infirmiers, Saint Nazaire].
<https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-pierre.pdf>

TEXTES LÉGISLATIFS :

Centre Hospitalier Universitaire de Rennes. (X). *Charte de l'enfant hospitalisé*.

https://www.chu-rennes.fr/documents/Documents/01-Hospitalisation/06-vos_droits_et_devoirs/01-droit_information_egal_acces_aux_soins_chartes/CHURennes_CharteEnfantHospitalise_03.2012.pdf

Jospin, L., Guigou, E., Kouchner, B. (2004, 8 août). *Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, articles 5*

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000410355/#:~:text=5%C2%B0%20De%20participer%20%C3%A0,que%20de%20besoin%2C%20leur%20entourage.>

Organisation des Nations Unies (ONU). (1989, 20 novembre). *Convention relative aux droits de l'enfant*.

<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child#:~:text=Au%20sens%20de%20la%20pr%C3%A9sente,l%C3%A9gislation%20qui%20lui%20est%20applicable.>

Annexes I - Situation d'appel n°1

Le service au sein duquel j'ai effectué mon stage est une unité de médecine pédiatrique. Nous accueillons les enfants de 0 à 16 ans venant des urgences et nécessitant une hospitalisation. Cependant, l'enfant le plus âgé que j'ai vu avait 5 ans.

La situation suivante a été vécue lors de mon deuxième stage de semestre 4, dans un service de pédiatrie. C'est de celle-ci que je suis partie pour écrire mon analyse de pratique professionnelle. Afin de garantir l'anonymat, l'enfant concernée se nommera Agathe.

Agathe a 4 mois. Son hospitalisation est programmée, nous l'attendons pour 16h. Le motif de ce séjour à l'hôpital noté sur le carton de transmissions est : "BILAN CASED" (Cellule d'Accueil Spécialisé de l'Enfance en Danger*). Cela signifie qu'un médecin soupçonne qu'Agathe est victime de maltraitance. Pour bien comprendre la situation, il faut savoir que la patiente a été hospitalisée à ses 2 mois pour une salmonelle, et sa soeur jumelle, pour la même raison, il y a environ 10 jours. Lors du passage de la jumelle aux urgences, le médecin constate des ecchymoses sur le corps de l'enfant. Un bilan est alors réalisé, un signalement au procureur est fait et la famille informée de ce signalement. Le procureur autorise cependant la sortie et le retour à domicile. Quelques jours plus tard, les parents reçoivent une convocation pour une hospitalisation pour leur deuxième enfant (Agathe) afin de réaliser un bilan CASED.

Aux alentours de 19h30, le papa et sa fille arrivent dans le service, en même temps qu'une autre entrée provenant des urgences et le tour de soins du soir (derniers traitements, couchers...). Le père semble tendu, ne s'excuse pas de son retard et montre son incompréhension face à l'hospitalisation de manière non-verbale. Je me dis alors que cette prise en soins ne commence pas très bien et qu'il va falloir y aller par étape afin d'appriivoiser le parent et tenter de le mettre en confiance.

Nous n'étions alors pas disponibles à ce moment précis. L'infirmière ne prête pas attention à eux. Je décide alors de prendre quelques instants pour les accueillir, leur montrer la chambre, ce qui est mis à leur disposition le temps de leur séjour... Mon objectif est qu'ils puissent tous les deux commencer à prendre leurs marques, s'installer... Je rejoins l'auxiliaire de puériculture et l'infirmière en précisant au papa que nous allons repasser mais que nous avons des soins à terminer avant.

Quelques minutes plus tard, nous entrons toutes les trois dans la chambre. Je n'ai pas d'appréhension, depuis l'arrivée de la patiente, j'ai pu prendre un peu de recul, mettre de côté mes premières impressions dans le but de rester neutre et sans jugement/apriori. Le bébé est une patiente "comme les

autres” jusqu’à preuve du contraire. Nous devons nous en occuper et nous comporter comme tel. Le père est tendu, sa fille pleure (...). Nous apportons le biberon d’Agathe au papa puis nous sortons.

Aux alentours de 20h30, nous nous dirigeons à nouveau vers la chambre pour finir l’installation, faire signer l’autorisation de soins et perfuser la patiente car l’un des examens du lendemain nécessite une voie d’abord (scintigraphie osseuse). Il y a également un gros bilan sanguin à faire dans le cadre de la CAsED. Le papa semble un peu moins tendu qu’à son arrivée, sa fille est calme dans ses bras. L’infirmière lui explique le soin, lui propose d’occuper la petite avec un livre. Il accepte mais précise cependant que “sa fille est impicable”.

L’auxiliaire de puériculture a pour rôle de tenir le bras de l’enfant et de donner le matériel à l’infirmière et moi de donner du sucre grâce à une pipette à la patiente ainsi que lui “tenir” le reste du corps.

Le premier essai est un échec. Le papa a les larmes aux yeux, retire son enfant du lit, la prend dans ses bras en disant “C’est ça que j’appelle de la maltraitance ! Pourquoi faire tous ces bilans sanguins, qu’est ce que ça va nous apporter ?”. L’infirmière essaye de lui expliquer tant bien que mal mais il semble totalement fermé à la discussion, méfiant. Nous nous arrêtons là. Il est informé qu’une nouvelle tentative sera faite par les collègues de nuit.

Une transmission écrite est réalisée afin de tracer toute la situation qui vient de se dérouler et l’équipe de nuit est mise au courant. Finalement, la patiente descendra en salle de réveil pour faire le bilan et être perfusée.

Annexes II - Situation d'appel n°2

Le service au sein duquel j'ai effectué mon stage est une unité de médecine pédiatrique. Nous accueillons les enfants de 0 à 16 ans venant des urgences et nécessitant une hospitalisation. Cependant, l'enfant le plus âgé que j'ai vu avait 5 ans.

La situation suivante a été vécue lors de mon deuxième stage de semestre 4, dans un service de pédiatrie. Afin de préserver l'anonymat, l'enfant qui est au cœur de la situation s'appellera Corentin.

Corentin, 5 mois, est transféré depuis l'hôpital de Lorient vers le CHU afin d'être opéré d'une torsion testiculaire. Lors de l'intervention chirurgicale, les médecins se rendent compte que c'est en réalité un hématome de pincement. Celui-ci est drainé. L'enfant arrive dans notre service. Ses parents ne sont pas là. Corentin a une histoire familiale très compliquée : sa mère a 3 enfants avec un premier homme dont elle est séparée. Elle n'a pas la garde de ses trois aînés. Corentin a un frère jumeau. Ils sont issus d'une seconde union. Ce jumeau, au départ, hospitalisé lui aussi à Lorient a été transféré à Nantes pour des brûlures graves. Un bilan pour suspicion de maltraitance est également en cours pour lui.

Le médecin rend visite à Corentin et constate d'autres blessures : peau très abîmée dans le creux des mains, comme d'anciennes brûlures ainsi que des hématomes au niveau des cuisses. La procédure CASSED est alors débutée. La prise en soins du petit garçon est compliquée, il pleure souvent comme s'il manquait d'attention, réclame d'être dans les bras... Ce qui est difficile, c'est que nous ne pouvons pas rester avec lui tout le temps ni lui apporter l'affection dont il a besoin car en tant que soignant ce n'est pas notre rôle. Notre mission est que chaque enfant du service soit en sécurité et en meilleure santé possible.

24h après son arrivée, Corentin est rejoint par sa mère. Celle-ci se montre très proche de son fils, elle prend soin de lui, lui parle (...). Cependant, je me questionne sur l'authenticité du discours et des gestes de cette dernière envers Corentin. L'enfant semble rassuré, apaisé. Cette arrivée permet une prise en charge globale plus simple.

En tant qu'étudiante infirmière, une autre difficulté s'est présentée : rester neutre. Dans d'autres situations similaires, je n'avais pas rencontré ce "problème" de neutralité, de non-jugement. Je sentais que dans ce contexte en particulier mes limites risquaient d'être dépassées tant j'étais envahie par mes émotions. De la colère, de la tristesse et de l'incompréhension se sont mélangées. J'ai choisi d'en parler tout de suite avec l'infirmière qui m'a proposé de ne pas m'occuper de ce patient. La chose qui me faisait peur était de blesser la mère, qu'elle ne se sente plus en sécurité avec les soignants, la relation de confiance étant déjà complexe.

Annexes III - Questions en lien avec ces deux situations d'appel

- Quelle est la place des parents dans les soins de manière générale ?
- Quelle est la limite des bénéfices de la présence des parents ?
- L'absence des parents peut-elle, dans certaines circonstances, faciliter les soins, les prises en charge ?
- Comment prendre soin des enfants qui arrivent dans le service sans leurs parents ?
- Et plus particulièrement dans un bilan CASED ?
- Pour quelles raisons un parent peut-il être amené à infliger de telles souffrances à son/ses enfant(s) ? Existe-t-il des facteurs de risque ?
- Comment le soignant doit-il se comporter face à des parents qui refusent les soins de leurs enfants en CASED ?
- Quelles clés permettent de construire une relation de confiance entre les parents et l'équipe soignante ?
- Dans quelles mesures le motif d'hospitalisation "maltraitance d'un enfant" influe ou impacte la relation soignant-soigné avec l'enfant et ses parents ?
- En quoi le fait d'être soupçonné de maltraitance met à mal les parents et entrave la relation de confiance avec les soignants ?
- En quoi le contexte de "maltraitance infantile" peut-il influencer la relation triangulaire entre les infirmiers, l'enfant et les parents (et par conséquent, la prise en soin de l'enfant) ?
- Pour quelles raisons le soignant est-il mis en difficulté dans l'accompagnement des parents d'un enfant victime de maltraitance ?
- En quoi le vécu émotionnel du soignant peut être un frein à la prise en soin de l'enfant et de sa famille
- Comment, en tant que soignant, montrer aux parents que nous sommes neutres, que nous ne portons pas de jugement et que ce qui compte pour nous, c'est la sécurité de l'enfant ?
- Quelle est la place des émotions dans ce type de prise en soins ?
- En quoi l'intelligence émotionnelle de l'infirmière permet la prise en soin de l'enfant maltraité ou l'établissement de la relation soignant soigné avec les parents
- Quelles solutions pouvons-nous adopter si la situation devient trop difficile à gérer ?
- A partir de quel moment , passer le relais à des collègues peut être bénéfique ?
- Comment un enfant peut-il se construire après avoir été victime de maltraitance ?
- Comment pourra-t-il se sentir en sécurité ?
- Comment évoluera-t-il sur le plan affectif ?

Annexe IV - Le guide d'entretien

Dans quelle mesure le motif d'hospitalisation de maltraitance infantile influe-t-il la prise en soin de l'enfant ?

PLAN CADRE THÉORIQUE	OBJECTIFS	QUESTIONS	QUESTIONS DE RELANCE
La maltraitance infantile	Connaître les représentations sociales de la maltraitance des IDE	Pour vous, qu'est-ce que la maltraitance infantile ?	
	Identifier les besoins d'un enfant sur les plans physique, psychique, cognitif...	Selon vous, pour un développement harmonieux, quels sont les besoins d'un enfant (entre 0 et 6 mois) ?	Sur le plan physique, psychique, cognitif... de quoi un enfant a-t-il besoin pour se développer correctement ?
La prise en soin d'un enfant dans un contexte de maltraitance	Mettre en évidence les spécificités de la prise en soin de l'enfant maltraité	Pouvez-vous me raconter la prise en soin d'un nourrisson victime de maltraitance ?	- Comment s'est passé l'accompagnement de l'enfant, de ses parents ? - Quelles ont été les difficultés pour vous, pour eux ? - Quelles ont été les ressources pour vous, pour eux ?
	Comprendre quelle place est occupée, laissée aux parents dans un contexte de (suspicion de) maltraitance	Quelle a été la place des parents dans cette prise en soin ?	- Quelle est la place des parents dans la prise en soin (ont-ils le droit de rester seuls avec l'enfant ?, quels soins peuvent-ils prodiguer ?)

			- Comment les parents voient-ils l'équipe soignante ? (comme ceux qui veulent retirer l'enfant ?, comme des personnes neutres ?) - Comment mettre en place une atmosphère de confiance ? Est-ce possible pour eux de se sentir en confiance ?
		Voyez-vous une différence entre le prendre soin d'un enfant malade et le prendre soin d'un enfant maltraité ? (notamment sur le plan relationnel) Pouvez-vous prendre des exemples ?	- Est ce plus compliqué de prendre soin de l'un des deux ? - La place que les parents occupent est-elle différente ?
L'intelligence émotionnelle, le travail émotionnel des soignants	Mettre en avant les émotions des IDE dans la prise en soin de l'enfant maltraité	Que ressentez-vous lorsque vous vous occupez d'un enfant maltraité ?	- Quelles sont vos émotions dans l'instant ? après?
	Faire ressortir les difficultés dans la gestion des émotions et leur place dans la prise en soin de l'enfant victime de maltraitance.	Face à un enfant victime de maltraitance infantile, comment gérez-vous vos émotions ?	- A-t-on le droit de montrer ses émotions ? - Comment les gérer au quotidien ? - Vous est-il déjà arrivé d'être submergé à un tel point que vous avez dû passer le relais ?

			+ ressources
		Avez-vous eu des difficultés dans la gestion des émotions dans ce type de prise en soin?	- Notion de neutralité et de non-jugement
	Comprendre ce qui permet aux IDE de gérer leurs émotions	Selon vous, quelles sont les ressources dans la gestion des émotions ?	- Est ce que des aides ont été mises en place ? - Y a -t-il des choses qui ont été tentées pour aider les professionnels à trouver le juste équilibre entre trop peu d'émotion ou trop ?
	Comprendre les besoins des IDE quant à leurs émotions	De quoi avez-vous besoin pour gérer au mieux vos émotions ? Quelles "solutions" pourraient-être mises en place pour faciliter cette gestion ?	- Qu'est-ce qu'il vous manque ?
	Explorer la notion de l'attachement entre les soignants et l'enfant. → Si la notion d'attachement n'a pas	La notion d'attachement aux patients est probablement plus présente en pédiatrie que dans des services	- Vous êtes-vous déjà attaché à un enfant ? - Est ce que ça a été une ressource ou une difficulté ? Pourquoi ? - Cet attachement est-il

	encore été évoquée	adultes, est-elle une difficulté ou une ressource dans la prise en soin d'enfant maltraité et pourquoi ?	différent lorsque l'enfant est malade ou maltraité ?
		L'accompagnement des enfants victimes de maltraitance a-t-il des spécificités en fonction de l'âge de ce dernier ?	

Annexe V - Entretien 1 : Mme L

Avant l'entretien, par échange de messages, nous avons convenu que je pouvais enregistrer l'entretien et que ce dernier était anonyme.

Au début de l'entretien, nous avons abordé toutes sortes de sujets en lien avec la pédiatrie mais sans rapport avec notre travail. Il ne semblait pas pertinent de le retranscrire.

(...)

Etudiante : Si vous voulez, nous pouvons commencer le guide d'entretien que j'avais préparé. Pour vous expliquer, mon mémoire est divisé en trois parties, en premier la maltraitance infantile avec la définition par exemple. Ensuite vient la question de la prise en charge de l'enfant avec suspicion de maltraitance et la place de ses parents. Ma dernière partie porte sur les émotions des soignants, quelle place vont-elles avoir dans la prise en charge de l'enfant ?

Je pense qu'il est important aussi de préciser que je me suis intéressée particulièrement aux enfants de 0 à 6 mois car c'est cette tranche d'âge qui a fait l'objet de mes situations d'appel.

IDE 1 : ok, 0 et 6 mois. C'est des bébés secoués, c'est ça ?

Etudiante : Non... Alors la première situation que j'ai eu est arrivé le dernier jour de mon stage, donc je n'ai eu que le début. On attendait une petite fille, en hospitalisation programmée pour 16h30. La raison est que sa sœur est allée aux urgences et en la déshabillant pour l'examiner, ils ont remarqué des hématomes anormaux. Ils ont fait un certain nombre d'examens, une information préoccupante a été faite, et il a ensuite été décidé qu'elle pouvait rentrer chez elle seulement si sa sœur venait passer elle aussi une batterie d'examens pour s'assurer qu'elle allait bien.

Donc on attendait la famille pour 16h30 et ils sont arrivés à 19h30. Le problème est qu'on était en train de faire le tour des soins du soir et que l'on n'avait pas forcément le temps de les accueillir correctement. Du coup, l'infirmière m'a envoyé les installer dans leur chambre et elle m'a dit "bah tu les installes, tu leur montres deux trois trucs et tu reviens après". Après avoir fini de s'occuper des autres enfants, on est allée les voir pour faire un accueil et pour poser une perfusion pour les examens du lendemain. Ça a été un enfer, parce que le papa était énervé, le bébé ressentait tout, enfin c'était hyper compliqué.

IDE 1 : Ah oui d'accord... et tu as une autre situation ?

Etudiante : Oui, donc ça c'était la première et la deuxième que j'ai eu, en fait c'est un transfert de l'hôpital de Lorient, du service des urgences dans lequel le petit était hospitalisé avec son frère jumeau. Son frère jumeau a été transféré à Nantes au centre des grands brûlés et lui est arrivé à Rennes au CHU pour passer au bloc pour une torsion testiculaire. Il est passé au bloc, et il s'est avéré que c'était un hématome de pincement. Quand il est arrivé dans notre service ses parents n'étaient pas là, donc on a dû s'en occuper jusqu'à ce que ses parents arrivent. Son père était à Nantes et sa mère ici, à Rennes. Quand elle est arrivée, elle s'en occupait comme si de rien n'était, comme si son bébé allait très bien. On aurait dit "une maman parfaite qui chouchoute son bébé". Là j'ai dit à l'infirmière "je ne peux pas m'occuper de cet enfant, c'est trop dur, j'ai peur de dire quelque chose qui pourrait blesser la maman, être apparenté à du jugement". Elle m'a répondu qu'elle comprenait très bien et que je pouvais rester en dehors de la chambre, que je pouvais ne pas m'occuper de cet enfant. Elle m'a même félicité de lui avoir dit que je me sentais en difficulté. Lors des premiers soins, on a découvert des brûlures à l'intérieur des mains. C'était vraiment une prise en charge difficile sur le plan émotionnel.

IDE 1 : Je pense que ce serait bien aussi que tu parles du syndrome du bébé secoué parce que c'est vraiment la tranche d'âge 0 - 6 mois qui est concernée.

Etudiante : Ah oui, c'est vrai que je n'y avais pas forcément pensé au vu des situations que j'ai eu en stage mais c'est vrai que ça peut être de bons exemples et important d'en parler dans ce travail.

IDE 1 : Oui, et il y a vraiment une politique de communication actuelle pour éviter ça. Il faut absolument que tu en parles à un moment donné dans ton travail. Parce que là tu es dans l'âge où voilà un bébé pleure on ne sait pas pourquoi, le parent le prend le secoue et ça fait des hémorragies intracrâniennes, sans volonté de lui faire mal mais c'est après qu'on s'en aperçoit.

(...)

Etudiante : Alors la première question c'est très simple, pour vous, qu'est-ce que la maltraitance infantile ?

IDE 1 : Et bien, c'est un enfant pour qui tous ces besoins ne sont pas satisfaits, ne sont pas pris en compte. Donc la maltraitance ça peut être dans les faits mais aussi dans les non faits, dans la négligence. Voilà ce sont des besoins de l'enfant auquel les parents ou les adultes référents ne sont pas adaptés. Elle peut être psychologique, un parent complètement absent dans le regard, les interactions, physique, ça peut aussi être porté sur la malnutrition. Mais ça peut vraiment être dans les non faits : ne

pas parler à l'enfant, ne pas communiquer avec lui, ne pas lui procurer de soins, d'affection. Donc il y a plein de formes de maltraitance

Etudiante : Et est ce que vous faites une différence entre la négligence et la maltraitance ?

IDE 1 : Non, la négligence est dramatique tout comme la maltraitance La négligence c'est un enfant qui se fait oublier et qui oublie après de vivre. La négligence c'est de la maltraitance pure et simple. Il ne faut pas mettre sur une échelle de petite et grande violence, ce n'est pas possible. En revanche une chose est certaine il y a différentes formes de violence et de maltraitance

(...)

Etudiante : D'accord, et en lien avec cela quels sont les besoins de l'enfant à cet âge-là ? J'entends les besoins physiques, psychologiques, affectifs, de quoi a-t-il besoin pour se développer ?

IDE 1 : Ok. Alors on a déjà l'alimentation ça c'est sûr, l'hygiène. Et puis vraiment j'appuie dessus, l'interaction et l'attachement. Moi je suis une passionnée de la théorie de l'attachement.

Etudiante : Ah oui, je suis allée travailler dessus, avec les théories selon Piaget ?!

IDE 1 : Oui c'est tout à fait ça. Et bien tu vois, je suis convaincue personnellement avec mes enfants et professionnellement de cette théorie. C'est-à-dire plus un enfant est attaché, plus il se détachera facilement. C'est-à-dire qu'un enfant a besoin d'être porté, un enfant a besoin d'être câliné, un enfant a besoin d'être écouté, un enfant a besoin d'être regardé, un enfant a besoin qu'on soit en interaction permanente avec lui... Un enfant a besoin d'être sollicité dans ses cinq sens. Et plus il se sentira en sécurité avec son parent, moins il y aura de souci quand il devra se détacher. Je te donne un exemple : pour son premier jour d'école mon fils n'a pas pleuré, parce qu'il sait qu'une fois l'école passée sa maman viendra le chercher.

Etudiante : Mais oui, je l'ai lu dans différents articles et je la trouve vraiment très intéressante ! Comme quoi c'est vraiment quelque chose d'avéré.

(...)

IDE 1 : Il faut savoir qu'il n'y a pas de caprice chez les enfants, stop stop stop stop stop. Un enfant ne sera jamais trop câliné. Un enfant, un bébé de 0 à 6 mois a besoin d'être avec ses parents, dans leurs bras, d'être écouté, d'être regardé. Il faut lui parler. Pour un enfant, il y a la nourriture disons

diététique et la nourriture affective qui est tout aussi importante. Un enfant peut tout à fait arrêter de grandir et de grossir s'il manque d'affection, on parle d'anorexie du nourrisson et j'en ai vu des situations comme ça.

Etudiante : Pour le coup, je ne pensais pas que ça pouvait aller jusqu'à ce point...

IDE 1 : Je t'invite vraiment à utiliser cette expression de nourriture affective, on a tendance à l'oublier dans notre société de consommation. Parfois en néonate j'ai des parents qui voudraient que leur enfant fasse ses nuits, qu'il mange 4 repas par jour et bien non, il faut apprendre à écouter son enfant pour répondre à ses besoins.

Etudiante : Du coup j'avais une autre question en lien avec ça, est-ce qu'un bébé de quelques semaines seulement va comprendre ce qu'on lui dit ce que l'on voudrait communiquer avec lui ?

IDE 1 : Ah, mais ce n'est pas de quelques semaines. C'est un bébé de quelques minutes, de quelques heures, de quelques jours dès la naissance ! C'est même dans le ventre de sa mère. L'enfant il comprend. Il va comprendre avec ses propres capacités donc il ne va pas comprendre ce que nous on comprend mais il comprend très bien la situation. Un enfant quand il sort du ventre de sa mère, il faut que tu ailles assister à un accouchement, la première chose qu'il capte c'est le regard de sa mère et il comprend que c'est sa mère. Moi un bébé en néonate je lui explique ce que je fais, je lui explique la situation par exemple ta maman elle est en bas elle peut pas monter mais elle pense très fort à toi. Donc oui oui oui oui oui oui un enfant comprend mais ne comprend pas à notre façon adulte mais vraiment il comprend plein de choses. J'ai envie de dire, il ne faut pas lui parler mais communiquer avec lui avec le verbal mais aussi avec le non-verbal, le toucher, l'ouïe, la vue, les cinq sens en fait (...)

Etudiante : Donc j'imagine que c'est vraiment important que les parents soient présents lors de l'hospitalisation de leur enfant et que vous allez les inciter à rester le plus possible ?!

IDE 1 : Ah bah oui on fait tout pour qu'ils restent après ce sont les parents qui décident, selon leur situation professionnelle, il y a plein de raisons pour lesquelles ils ne pourraient pas être présents à l'hôpital, on essaie de faire en sorte de tout mettre en œuvre pour qu'ils aient leur place et qu'ils puissent rester. Sauf bien sûr avec une décision judiciaire qui expliquerait que les parents n'ont pas le droit d'être présents. Là, on n'a pas le choix.

Etudiante : C'est trop bien, que vous travaillez dans plusieurs services de pédiatrie [urgences, néonate, nourrissons, adolescents] parce que vous avez un regard global sur la prise en soin des enfants et ça

vous permet aussi de pouvoir avoir un suivi plus particulier. Comment faites-vous pour vous y prendre que ce soit avec les enfants ou avec les parents ?

IDE 1 : Et bien déjà, ça dépend du motif aux urgences, s'il y a des examens, s'il y a un motif d'envoi aux urgences de la part de la PMI, s'il y a déjà des doutes. Parfois la maltraitance est le motif même de l'hospitalisation aux urgences et parfois celle-ci est découverte fortuitement au fur et à mesure des examens. Je te donne un exemple : j'ai accueilli un enfant pour pleurs continus. Bon et bien je l'ai déshabillé pour l'examiner et là je me suis aperçu d'un hématome à la cuisse qui pouvait être apparenté à une fracture du fémur alors j'ai demandé à l'interne de regarder. Il a prescrit une radio et en effet c'était une fracture du fémur. Or chez un enfant de 4 ou 5 mois il ne veut pas s'être cassé un os comme ça tout seul dans son lit. Donc là il y a la question de la maltraitance ou de l'accident puis d'informer les parents. Choses importantes à avoir en tête, les parents sont parfois loin de se douter, ce n'est pas forcément eux les responsables, ça peut être la nourrice, la famille...

Etudiante : Comment après la radio vous l'avez expliqué aux parents ?

IDE 1 : Et bien en fait j'ai dit aux parents que je trouvais que la jambe avait un "aspect bizarre" et que leur enfant allait aller faire une radio et ensuite c'est l'interne qui a fait l'annonce de la fracture et de la suspicion, de l'enquête de pourquoi est-ce qu'il y a cette fracture. Mais les parents comprennent vite. Ça peut être un accident, des parents ou de quelqu'un d'autre, de la maltraitance également des parents ou de quelqu'un d'autre de la famille un proche la nounou. Une chose est sûre, ce n'est pas à nous de faire une analyse et encore moins une conclusion de la situation. Nous on est dans les faits, tu vois, on n'a pas à juger. Il faut que l'on ait un raisonnement factuel. Et puis on accueille les émotions des parents tel qu'on nous les donne, on note tout bien sûr, on sait que notre écrit aura une valeur pour plus tard, pour l'enquête parce que les médecins sont obligés de faire un signalement mais ce n'est pas à moi infirmière de faire l'enquête. Je suis la soignante pour gérer la douleur et accueillir les émotions de chacun.

Etudiante : Est-ce que dans la prise en charge de l'enfant "on fait comme s'il était là juste pour une fracture du fémur" alors qu'on sait qu'il est suspecté d'être victime de maltraitance, et quelle est la place des parents dans cette prise en soin ?

IDE 1 : Et bien non, Blanche, dans ta tête tu ne peux pas dissocier les deux et la question de comment ça s'est passé est omniprésente dans la prise en soin de cet enfant. Tu ne penses qu'à ça mais ce n'est pas à nous soignants de mener l'enquête. Et même s'il y a maltraitance, qui sommes-nous pour juger qui sommes-nous pour avoir un comportement qui va dans le sens du jugement ? Si ça se trouve, la

maman qui amène l'enfant n'en sais rien et ça s'est passé pendant la journée avec la nounou mais par contre oui, on y pense tout le temps...

(...)

IDE 1 : Il y a vraiment des situations qui nous marquent beaucoup plus que d'autres. Parfois ils arrivent et tu sais tout de suite que c'est mal barré pour tout le monde. Mais notre rôle c'est de les accueillir, de les écouter, de soigner. Plutôt que prise en charge, tu peux vraiment utiliser le mot accompagner.

Etudiante : Oui, oui, j'ai fait attention dans ce que j'ai rédigé jusqu'à maintenant à ne pas utiliser ce terme qui peut être parfois péjoratif. Mais c'est vrai qu'à l'oral je fais moins attention.

IDE 1 : Tu vois il faut aussi avoir conscience que toi tu n'es là que pour quelques heures et qu'après eux vont partir dans quelque chose complètement autre sur lequel tu n'auras plus la main, la suite ne nous appartient plus. Il faut développer ses cinq sens pour observer et être attentif à l'ensemble de la situation. Cela te sert aussi pour rédiger tes transmissions qui doivent, je le rappelle, être factuelles : comment l'enfant est arrivé, comment les parents ont expliqué la situation et cetera. On note des faits. Un "rapport" d'un soignant ce sont des faits. Il faut se contenter des faits et être le plus bienveillant possible dans l'accompagnement de l'enfant et de son parent.

Etudiante : Et du coup, est-ce que la place du parent va être différente que celle d'un parent qui vient avec son enfant pour une maladie « plus conventionnelle » ?

IDE 1 : Bien sûr, dans les faits elle va forcément être différente parce que la suspicion de maltraitance est tout de suite abordée. Ce n'est pas une chambre dans laquelle on va rentrer et sortir la première blague comme ça. On ne rentre pas dans une chambre de la même manière que pour un enfant qui a par exemple une pyélonéphrite et qui sortira dans 3 jours avec son antibiotique. Cependant, on reste soignant et on est là pour apporter de la bienveillance à l'enfant. Je te dis moi je ne suis pas enquêteur et je reste à ma place mais j'ai le droit de penser ce que je pense, ça reste dans ma tête. Je pense des choses parce que je suis une maman, que je suis une femme et j'ai envie de repartir avec le gamin, mais non.

Etudiante : La question que j'avais oublié tout à l'heure me revient, on m'avait dit ça lors de mon stage en pédiatrie, le rôle des soignants était d'assurer la sécurité de l'enfant et ses besoins physiologiques mais que tout le reste notamment l'affection c'était aux parents de l'apporter est-ce que vous êtes d'accord avec ça ?

IDE 1 : Alors ça, non non non non non c'est une grosse bêtise !!!

Etudiante : Je trouvais ça hyper dur de se dire qu'on ne pouvait pas leur apporter de l'affection et du réconfort...

IDE 1 : Ben non mais une infirmière ce n'est pas une machine parce que sinon on forme avec l'intelligence artificielle et ce sont des robots qui poseront les perfusions qui donneront les biberons... Est-ce que c'est ça être soignant ?

Etudiante : Non pas du tout

IDE 1 : Tu vois sinon on met des robots et tout sera plus simple, moi je suis pas un robot de soins, je suis une soignante, un être humain, qui accompagne l'enfant et ses parents dans le soin, dans les soins. On apporte aussi un support affectif et on a le droit de câliner les enfants. Maintenant, c'est un câlin d'infirmière, ce n'est pas un câlin d'une maternel, on est bien d'accord, Moi je ne suis pas un robot de soin. Au secours. Tu vois un bébé en néonate qui a fini son biberon, je fais quoi ? Bah je le prends dans mes bras, je le garde contre moi, je ne vais pas le remettre tout de suite dans son lit.

Etudiante : Ca paraît tellement logique et simple la manière dont vous le dites !

IDE 1 : Et je reviens sur le fait qu'il y ait la nourriture diététique et la nourriture affective qui rentre en jeu. Si la maman, ou le papa d'ailleurs, si les parents ne sont pas là, il faut bien que quelqu'un apporte un petit peu d'affection, du réconfort, de la réassurance à cet enfant mais bien en tant qu'infirmière et non en tant que parents. Ils ont besoin du toucher, de la chaleur, on revient au 5 sens.

Etudiante : C'est chouette, vous parlez beaucoup des cinq sens, vous insistez beaucoup dessus, je n'en avais jamais entendu parler comme ça, et ça me permet de mesurer l'importance qu'ils ont à être développés et utilisés en pédiatrie et j'imagine dans tous les services de soins. Ça me permet de donner aussi du sens à certaines choses que j'ai pu faire en pédiatrie et de comprendre le pourquoi du comment...

IDE 1 : Tu me fais super plaisir en tant qu'élève à me dire que ça donne du sens à ce que tu as pu faire c'est tellement important de donner du sens à ce que l'on fait dans notre métier c'est merveilleux.

(...)

Etudiante : Alors pour la question suivante, on y a déjà un petit peu répondu parce que c'est vrai que c'est une question un petit peu basique. C'est : est-ce que vous voyez une différence entre le prendre soin d'un enfant malade et le prendre soin d'un enfant maltraité et notamment sur le plan relationnel ? Par cette question j'entends vraiment juste dans la relation avec l'enfant en mettant "les parents un petit peu de côté".

IDE 1 : Non, il faut toujours avoir en tête l'accompagnement et la bienveillance, pour moi il n'y a pas vraiment de différence du moins, dans nos faits. Bien sûr que dans notre tête c'est différent, mais il faut absolument rester à notre place de soignant et ne pas devenir enquêtrice ni juge.

Etudiante : C'est une question qui peut paraître très simple mais j'avoue, que je ne savais pas du tout quelle réponse vous alliez apporter dans le sens où j'avais des idées pour le oui et des idées pour le non.

IDE 1 : En fait, c'est notre ressenti qui va être différent bien sûr je ne vais pas rentrer dans la chambre dans le même état d'esprit que quand je rentre dans celle d'un enfant qui est là pour une maladie comme une pyélo. Mon accompagnement et mon apport de bienveillance seront les mêmes mais c'est vrai que dans ma tête il ne se passe vraiment pas la même chose.

Etudiante : Je vois ce que vous voulez dire. Tout ça nous emmène vers la troisième partie de cet entretien et de mon mémoire. Qu'est-ce que vous ressentez quand vous entrez dans la chambre d'un enfant qui est là pour une suspicion de maltraitance, qu'est-ce qu'il se passe dans votre tête, et sur le plan émotionnel ? Ensuite, comment gérez-vous ça dans votre relation avec l'enfant ?

IDE 1 : Bon alors blanche c'est compliqué de répondre à cette question parce que chaque situation est différente. Je ne voudrais pas généraliser c'est vraiment du cas par cas après, je me dis qu'il y a dû y avoir un manque quelque part, je ne sais pas qui est responsable mais à la rigueur, c'est secondaire. Tu vois, j'évite de réfléchir à comment on a pu en arriver là parce que ce n'est pas à moi de le faire, je n'en ai pas les compétences et je ne suis pas là pour ça. Mon rôle c'est vraiment d'accompagner de soigner le tout dans la bienveillance, le reste, ce n'est pas moi. Je suis infirmière puéricultrice, pas enquêtrice sociale.

Etudiante : D'accord, ok.

IDE 1 : Chacun a un travail, chacun a des compétences et tu sais bien que quand ils sont là c'est qu'ils sont rentrés dans le cercle administratif judiciaire (...). Une fois que le signalement est fait ce n'est plus

entre tes mains, chacun son métier. Il faut communiquer entre l'assistante sociale, le gendarme qui vient faire son enquête et d'autres intervenants mais je communique des faits.

Etudiante : Ca vous est peut-être déjà arrivé de vous sentir en difficulté face à ces situations, enfin, vous rentrez dans la chambre pour faire un soin et là vous vous dites mince je suis complètement en difficultés ?

IDE 1 : Ce serait plus un enfant qui est chez nous pour une OPP, (Ordonnance de Placement Provisoire) c'est-à-dire que là, il y a une forte suspicion et donc l'enfant est plus ou moins placé provisoirement en pédiatrie. Le droit de visite des parents est autorisé ou non et oui là c'est dur de laisser l'enfant seul dans sa chambre alors qu'il a besoin d'affection de câlins de tout ce que tu veux. Là en tant que soignant effectivement c'est compliqué et là souvent on les a avec nous par exemple en transmission dans nos bras pour qu'ils soient le moins seul possible.

C'est surtout quand il y a une absence des parents ou un parent présent qui n'apporte pas d'affection. Là c'est compliqué. Un parent peut être présent physiquement mais à la fois complètement absent dans l'échange avec son enfant. C'est dans ces moments que c'est difficile pour moi de fermer la porte et de laisser l'enfant seul même si l'adulte est là, parce que, je suis tellement convaincu qu'après le biberon, l'enfant a besoin d'autre chose mais que je ne peux pas lui apporter et que je n'ai pas le temps parce que j'ai d'autres enfants à m'occuper.

Dans le service, on a des poussettes donc souvent quand un enfant est seul on le prend avec nous en poussette dans le couloir, en salle de jeux... parce qu'on ne veut pas le laisser seul. C'est vraiment plutôt dans ce sens là que c'est compliqué émotionnellement de laisser un enfant seul, voilà.

Etudiante : Est-ce qu'en équipe vous discutez de tout ça ? L'équipe doit probablement être ressource ?

IDE 1 : Bien sûr, bien sûr, bien sûr, l'équipe est totalement ressource dans ces situations, par exemple tu vois à la fin des transmissions on ne va pas coucher l'enfant on le donne à une collègue parce que ça nous fait tous mal au cœur de laisser un enfant seul dans sa chambre.

Etudiante : C'est vrai que je me souviens que ça nous est arrivé de le faire pendant mon stage. J'imagine que oui, mais la prise en charge d'un enfant potentiellement victime de maltraitance doit être différente selon son âge mais comme toute prise en charge d'ailleurs.

IDE 1 : Et bien oui en effet, les besoins varient et nous nous adaptons à chacun. Par exemple, on ne va pas proposer le même accompagnement à un enfant qui est autonome dans la marche et dans ses déplacements qu'à celui qui n'en est pas capable, qui ne sait pas encore faire. On ne s'en occupe pas de

la même façon. Ça dépend aussi par exemple si l'enfant est scapé ou non. C'est vraiment du cas par cas.

Etudiante : Je reviens un petit peu en arrière dans la conversation que l'on a pu avoir sur l'attachement des soignants envers les enfants, est-ce que ce n'est pas difficile quand ils partent, ma question n'est pas très bien tournée ?!

IDE 1 : Ça dépend aussi de l'hospitalisation, de combien de temps il reste, si c'est une OPP de 48 heures ça va. S'il reste un mois c'est plus compliqué. Ça dépend aussi par exemple si on voit une famille d'accueil top qui arrive et que l'enfant repart avec.

On a des staffs mensuels pendant lesquels on peut demander au pédiatre s'il a des nouvelles, pour savoir ce que devient l'enfant, s'il a été placé, s'il est retourné avec ses parents, est-ce qu'il a des séquelles. Et bien sûr, tu vois, on a tous des enfants qui nous marquent plus que d'autres on n'a pas tous les mêmes attachements envers certains enfants parce que ça nous renvoie à nos propres histoires de vie et à nos souvenirs personnels. Souvent, quand on a accueilli l'enfant aux urgences, on reste, quand on a commencé le suivi, on aime bien continuer, on devient souvent un peu sa référente.

(...)

Bien sûr que l'on s'attache, nous ne sommes pas des robots et heureusement tu vois un bébé qui reste 3 mois en néonatalogie bien sûr qu'on s'y est attaché.

Etudiante : Et ce n'est pas trop dur de les voir partir ?

IDE 1 : Moi je ne suis jamais déçue, une sortie c'est souvent une victoire pour la pédiatrie. Enfin voilà il peut sortir d'un service de soins, bon sauf si à défaut de preuves et que nous on en est plus ou moins convaincu, il retourne chez son parents et là on se dit que tout n'est pas forcément fait. Mais si c'est un enfant qui va en famille d'accueil, on voit que ça s'est bien passé l'intégration, on se dit que sa nouvelle vie commence, c'est super ! La pédiatrie n'est pas une fin en soi, notre objectif est que les enfants sortent dans les meilleures conditions possibles. Une OPP chez nous, ce n'est jamais une grande victoire parce que nous nous ne sommes pas une maison d'accueil, on n'est pas un foyer, on a pas le temps. Donc une OPP chez nous c'est compliqué, car on n'est pas une famille, on ne va pas lui apporter ce qu'une famille pourrait lui apporter.

(...)

Etudiante : Bon, nous sommes arrivées à la fin de l'entretien que j'avais préparé, c'était vraiment chouette de partager ce moment avec vous, nous avons pu balayer plein de sujets que je n'avais pas prévu d'aborder. Merci beaucoup pour votre temps !

Annexe VI - Entretien 2 : Mme B

Avant l'entretien, par échange de messages, nous avons convenu que je pouvais enregistrer l'entretien et que ce dernier était anonyme.

Au début de l'entretien, nous avons abordé toutes sortes de sujets en lien avec la pédiatrie mais sans rapport avec notre travail. Il ne semblait pas pertinent de le retranscrire.

(...)

Etudiante : Si tu veux, on peut commencer le guide d'entretien que j'avais préparé. En gros, mon cadre théorique est fait en trois parties, la maltraitance infantile ensuite comment on prend en charge l'enfant avec suspicion de maltraitance et la place de ses parents et je termine par les émotions des soignants, quelle place vont-elles avoir dans la prise en charge de l'enfant ?

Dans mes situations d'appels, je ne parle que d'enfant de 0 à 6 mois donc globalement c'est à cette tranche d'âge que je m'intéresse.

IDE 2 : Ok top

Etudiante : Bon alors, d'abord, la première question est hyper simple : peux-tu définir la maltraitance infantile ?

IDE 2 : Pour moi la maltraitance infantile, elle peut être physique ou verbale, c'est-à-dire au niveau physique ça peut être secouer l'enfant, lui donner des coups, le taper ou par exemple lui donner un bain trop chaud ou trop froid, des choses comme ça. Ça peut être verbal, ça peut être des insultes, ça peut être aussi une forme de pression auprès de l'enfant, des punitions, certaines formes de punitions...

Etudiante : C'est-à-dire des punitions qui ne sont pas adaptées ou abusives ?

IDE 2 : Ouais c'est ça. Ça peut être aussi le fait qu'il n'ait pas de prise en soin. Par exemple, ne pas l'envoyer chez le médecin ou qu'il n'ait pas recours à une hospitalisation s'il en a besoin. Je dirais aussi s'il ne va pas à l'école.

Etudiante : S'il n'a pas les apports nécessaires pour son développement ?!

IDE 2 : Ouais, exactement.

Etudiante : Et est-ce que tu fais une différence entre la maltraitance et la négligence ?

IDE 2 : Je pense que certaines familles ne peuvent pas forcément voir la différence entre les deux. Alors qu'en soit, s'il y a de la négligence je pense que ça aboutit forcément à de la maltraitance. En gros, la négligence, c'est une part de maltraitance mais, je mets des gros guillemets, "la négligence peut être minime" par rapport à la maltraitance.

Etudiante : Oui, je comprends ce que tu veux dire ne t'inquiète pas.

IDE 2 : Pour moi, c'est la première étape dans le processus de la maltraitance.

Etudiante : Ok, et du coup pour revenir sur l'apport des besoins de l'enfant, comme on en parlait, quels sont pour toi les besoins qui sont vraiment importants pour les enfants entre 0 et 6 mois ?

IDE 2 : Alors déjà je vois la présence de ses parents, de ces représentants légaux, les deux papas, les deux mamans, le papa, la maman, l'un ou l'autre peu importe une autorité parentale, mais qui est aussi un contact, parce que les bébés ont besoin de contact pour pouvoir évoluer. Ils ont besoin d'être nourris, d'avoir une bonne alimentation. Ca peut être dans les deux cas, soit ils sont dénutris parce qu'ils n'ont pas assez à manger, soit l'alimentation peut être par exemple trop riche et pour moi c'est aussi une forme de maltraitance. Donc vraiment l'un des besoins fondamentaux c'est une nourriture saine et adaptée à l'âge de l'enfant. Un suivi de santé.

Etudiante : Par suivi de santé j'imagine que tu entends les rendez-vous médicaux, les vaccins et cetera ?

IDE 2 : Oui. Après au niveau des besoins il y a aussi les moyens de pouvoir s'éveiller, un bon cadre de vie que ce soit chez une assistante maternelle, en crèche, ou à domicile, il ne faut pas que l'enfant reste dans son coin à ne rien faire, il faut l'aider à se développer par exemple avec des jouets.

Etudiante : Et tu vois tu parles du domicile, est-ce qu'un enfant entre 0 et 6 mois selon toi il a besoin d'avoir des interactions sociales avec d'autres enfants de son âge ou pas ?

IDE 2 : Je ne sais pas si entre 0 et 6 mois c'est trop grave s'ils n'en ont pas, par exemple les parents qui gardent leurs enfants eux-mêmes jusqu'à ce qu'ils aillent à l'école, les enfants n'ont pas forcément d'interactions avec d'autres enfants de leur âge au quotidien. Par contre, au-delà, je dirais que oui. Ne serait-ce que pour apprendre tout ce qui est normes sociales, apprendre à vivre en société...

Etudiante : Oui, apprendre à vivre avec les autres.

IDE 2 : Maintenant, je pense que c'est aussi bien que petit, l'enfant soit habitué à vivre en communauté. A mon avis, ça peut engendrer des soucis s'il n'est pas habitué tôt. Un exemple tout bête : prêter ses jouets peut être compliqué s'il n'en a pas l'habitude.

Etudiante : Ah oui, forcément, s'il n'a pas l'habitude d'être avec d'autres, ça peut être compliqué. Il peut ne pas comprendre ce qu'on lui demande, pourquoi on lui demande alors qu'un enfant qui en a l'habitude ce sera beaucoup plus simple pour lui.

IDE 2 : Je pense que ça a une incidence ouais.

(...)

Etudiante : Est-ce que tu as déjà eu des situations de maltraitance où tu as dû prendre en soin des enfants, des petits, des nourrissons ?

IDE 2 : Ouais alors, au tout début de ma prise de poste on a eu une vague d'enfants maltraités assez importante. Je pense que tu connais, parce que tu as fait un stage aux nourrissons c'est ça ?!

Etudiante : Oui.

IDE 2 : Et ben je vais te parler des dossiers CASED. Je ne sais pas si tu en parles ou si tu le définis un petit peu dans ton mémoire ?!

Etudiante : Je l'évoque lors de mes situations d'appel mais sans plus parce que c'est très spécifique au CHU de Rennes.

IDE 2 : Ah oui d'accord. Pour t'expliquer un peu ce que c'est, la CASED c'est l'aide de protection à l'enfance, ce sont les personnes qui nous viennent en aide quand on a des situations qui se présentent dans lesquelles on a des doutes sur de la maltraitance. Dès qu'on a un doute, on appelle la CASED, et il y a tout un protocole après grâce auquel on peut faire des IP, des OPP...

Etudiante : Ce sont les infirmiers ou les médecins qui les appellent en premier, qui les mettent dans la boucle ?

IDE 2 : Normalement ce sont les médecins mais nous on peut tout à fait les appeler de manière informelle pour avoir des conseils, discuter avec eux une fois que le premier contact a été établi. Si moi en tant qu'infirmière, j'ai des questions je peux les appeler sans pour autant enfreindre ou lancer un protocole. Donc dans la CASED, tu as un médecin, un infirmier et un interne. Et pour répondre à ta question, oui j'ai déjà eu des situations de maltraitance dans mon service c'est souvent sur les TC (traumatisme crânien). En fait, dès qu'un bébé qui a entre 0 et 6 mois se présente aux urgences pour traumatisme crânien, c'est qu'en général on l'a fait tomber...

Etudiante : C'est que c'est volontaire ou un accident...

IDE 2 : Oui c'est ça. Sur les traumatismes crâniens, il peut y avoir des hémorragies, qui seront vu aux imageries, des fractures en fonction de la situation, de comment elle est racontée par les parents. On veut toujours s'assurer qu'il n'y ait pas de maltraitance derrière. Là j'en ai eu un dernièrement, la maman est tombée avec son bébé qu'elle portait en écharpe devant elle. Du coup le petit a eu un trauma crânien avec une hémorragie. Il n'y avait pas de lésions particulières, il était juste en surveillance dans le service mais la maman a quand même dû voir l'équipe de la CASED pour s'assurer que c'était bien un accident ce qu'il s'est passé. Le but n'est pas de les accuser d'être de mauvais parents mais bien de s'assurer de la bonne sécurité de l'enfant. Ça va être juste une conversation avec la médecin.

Etudiante : Et est-ce que la maman dans cette situation savait qui était « réellement » la médecin, pourquoi elle était là ?

IDE 2 : Dans cette situation oui, en fonction de comment ça s'est passé, comment s'est déroulée la situation, nous on leur explique. C'est toujours un peu délicat.

Etudiante : Oui j'imagine que ça ne doit pas être facile.

IDE 2 : En fait, il faut leur expliquer qu'ils vont venir discuter avec eux. On ne va pas retirer votre enfant, c'est-à-dire que ce n'est pas parce que le CASED intervient que leur enfant va être enlevé. C'est un protocole par mesure de sécurité. Voilà l'enfant a eu telle lésion donc dans le protocole vous devrez... Parfois, ça passe, parfois ça passe moins parce qu'ils peuvent être plus stressés. Dans cette situation, le papa était présent aussi, et vraiment il n'accusait pas du tout sa femme, au contraire, il la rassurait.

Etudiante : Et j'imagine, qu'il y a des situations où ça se passe moins bien...

IDE 2 : Ouais, l'autre situation que je peux te raconter, ça devait être en septembre 2021, quelque chose comme ça. Celle-là, elle m'a beaucoup beaucoup marqué parce que je me suis retrouvée dans une situation un peu compliquée. En gros, le petit a dû tomber dans les escaliers où je sais plus, bref il avait des lésions qui étaient un petit peu bizarres et là pour le coup les parents étaient accusés contrairement à l'autre où vraiment on faisait confiance aux parents et on les croyait, surtout le papa parce qu'il avait déjà un passif judiciaire. Donc ils avaient déjà vu la médecin de la CASED et pour continuer dans la procédure, il y a une batterie d'examens vraiment énorme : la radio du corps entier, plein de bilans à faire sauf que parfois les parents ne sont pas au courant. Du coup toi tu arrives dans la chambre avec tes 10 tubes “ bonjour je viens faire une prise de sang”. C'est là que parfois c'est un peu dur parce qu'on ne peut pas toujours tout leur dire, on a pas le droit ce n'est pas à nous de le faire.

Etudiante : Ah oui, parfois on peut faire des soins sans expliquer le pourquoi du comment aux parents ?

IDE 2 : En fait si le médecin ne leur a pas expliqué, ce n'est pas moi, Manon petite infirmière qui vais leur dire “je vais vous faire une prise de sang parce qu'on vous accuse d'être maltraitant avec votre enfant”. Et ça tu vois, c'est super dur parce que tu dois mentir aux parents sans vraiment leur mentir non plus. Tu leur expliques que c'est la prise en soin de l'enfant, qu'au vu de ses lésions on veut s'assurer qu'il n'y a pas plus de dégâts, qu'il n'y a pas autre chose. Et dans cette situation là, au niveau judiciaire il y a dû y avoir un signalement et une OPP aussi je ne sais plus trop. Ils étaient de la région des Côtes-d'Armor donc c'est le magistrat de Saint-Brieuc qui gérait ce dossier. Un soir, mes collègues ont eu un appel téléphonique des policiers. Ils disaient qu'ils allaient venir chercher les parents d'ici peu de temps et pour que ça ne fasse pas de drame dans le service, que ça génère pas de tensions supplémentaires, il fallait faire sortir les parents du service. Parce qu'en fait, ils venaient chercher les parents pour les emmener avec eux. Donc j'ai dû aller dire aux parents qu'ils devaient venir avec moi, sortir du service pour aller dans une autre pièce pour discuter avec un médecin. Je n'allais pas leur dire “ venez avec moi la police arrive”. J'avais 3 mois de diplôme donc pas facile.

Etudiante : Mais super dur à gérer comme situation, tu leur a dit quoi du coup ?

IDE 2 : Bah c'est super dur parce que tu as l'impression que c'est toi qui enlève les parents à l'enfant. Je leur ai dit qu'ils devaient voir un médecin, c'est comme ça que j'ai réussi à sortir les parents de la chambre et à les emmener dans le bureau. Et ensuite, la police est arrivée pour voir les parents.

(...)

Etudiante : J'imagine que tu as dû te sentir hyper en difficulté, est-ce que tu as pu après en discuter avec tes collègues ?

IDE 2 : Oui oui oui oui oui , j'ai pu en discuter avec des collègues, la situation en elle-même avait été très compliquée. Après tu vois, quand on a ce genre de situations qui reviennent, on peut changer de secteur.

Etudiante : Oui, ça permet de ne pas toujours avoir les mêmes enfants, de changer un petit peu de prise en soin...

IDE 2 : Tu as aussi la psychologue, après on ne fait pas trop appel à elle pour ce genre de situation là, c'est plus pour les parents, maintenant si tu en as besoin elle sera tout à fait ouverte à discuter avec toi.

Etudiante : Et cette psychologue est toujours là dans le service ?

IDE 2 : Non, elle a des plages définies sur lesquelles elle est avec nous dans le service. Je crois que c'est le mardi, le jeudi et le vendredi matin.

Etudiante : C'est chouette, elle est assez présente contrairement à d'autres services qui n'en n'ont pas forcément.

(...)

Etudiante : Et le cadre, il n'était pas là au moment de l'arrivée de la police, où il a fallu faire sortir les parents ? Le cadre du service, ou le cadre de garde, genre pour prendre le relais...

IDE 2 : Bah non tu sais le soir il y a un laps de temps où il n'y a pas de cadre, parce qu'on est entre 2, les cadres de la journée sont partis, et le cadre de la nuit pas encore arrivé. Par contre dans d'autres situations, à d'autres moments, quand on a des situations compliquées avec des parents qui ne respectent pas les droits de visite par exemple, là pour le coup on fait intervenir la cadre. Parfois même ça nous arrive d'appeler la sécurité ils nous sont d'une grande aide, on se rend pas compte comme ça mais ils ont plein de missions.

Etudiante : C'est "marrant", je n'avais jamais pensé à la sécurité.

IDE 2 : Bah c'est vrai que ça arrive souvent donc quand il n'y a pas d'autres moyens, ça nous arrive de les appeler. Pour te donner un exemple tout bête, le refus de soin, les parents veulent partir... avec

l'enfant... Ben non, on appelle la sécurité si jamais il n'y a pas de cadre, ou quand il y a un risque de fugue, ou quand les parents mettent en danger leur enfant au sein même du service, là les gars de la sécu peuvent bloquer les portes.

Etudiante : Ah oui, ils interviennent quand même sur pas mal de choses, sur pas mal de situations.

IDE 2 : On ne s'en rend pas compte du tout mais ils sont là souvent quand même.

Etudiante : Et sur ce type de situation, ou par exemple sur celle où la maman est tombée avec son bébé, comment vous accompagnez les parents ? Enfin, c'est quoi leur place parce que du coup il y a l'enfant qui j'imagine n'a pas la même place qu'un enfant pour une hospitalisation disons plus conventionnelle, tu ne vas pas avoir le même comportement avec eux ?!

IDE 2 : Alors déjà, je pense que tu veilles à la sécurité de l'enfant quand tu le vois avec le parent, sans faire tout à la place du parent parce que tu ne sais pas ce qu'il s'est passé réellement, même si tu sais pourquoi ils sont là, il faut faire un peu comme si tu ne savais pas et en même temps, au niveau du contact bah tu fais attention à chaque faits et gestes aussi auprès de l'enfant parce que c'est ton œil de soignant qui peut aussi parfois impacter la suite. Donc tu essayes d'accompagner au mieux les parents, de quand même les laisser faire surtout chez les tout-petits. On essaie aussi d'apporter des conseils mais ça c'est pour tous les parents sur le développement de l'enfant comment il dort, comment il mange, comment on peut améliorer sa qualité de vie... comment éviter la mort subite du nourrisson, on fait un peu de la prévention, mais ça c'est vraiment quelque chose qu'on fait avec tous les parents. Là, dans le cadre des suspicions de maltraitance, quand il y a des examens à passer on va essayer d'expliquer mais sans trop expliquer pourquoi, en fait, le pourquoi on fait les choses mais on se doit quand même de les rassurer.

Etudiante : De leur expliquer ce qu'il va se passer, pour leur enfant..

IDE 2 : Et qu'il va falloir "prendre son mal en patience", qu'il faut voir au jour le jour, que ça peut aller très vite comme ça peut être long, il faut juste être patient, mais vraiment les rassurer et leur expliquer c'est important.

Etudiante : Et du coup, le contact avec eux est différent ou pas ?

IDE 2 : En fait ça c'est vraiment un ressenti. Ça dépend des situations c'est du cas par cas. Parfois ça arrive qu'on s'entende très bien avec les parents, malgré le fait qu'ils soient maltraitants avec leur enfant, parfois ça ne va pas "avec la tête du client" entre guillemets. Et même si tu ne veux pas juger

les parents parfois c'est humain et dans ton comportement ça peut se ressentir même si en tant que soignante tu ne dois pas le montrer. Par exemple, la maman qui est tombée avec son enfant, bah elle, j'étais assez proche dans mon contact avec elle parce que je la croyais.

Etudiante : Oui donc, ça influence forcément le tout...

IDE 2 : Bah oui, on est humain et même s'il ne faut pas, tu ne peux pas être impartial tu penses quand même...

Etudiante : Ca doit être vraiment difficile de ne pas pouvoir leur dire que tout va bien se passer parce qu'on n'en sait rien devant des parents que l'on croit, qui nous disent qu'ils sont innocents.

IDE 2 : Oui, et d'un autre côté nous on ne sait pas. Donc c'est aussi ce qui nous aide en disant aux parents “je ne sais pas, ce n'est pas moi qui ai la main, ce n'est pas moi qui décide, moi je suis là pour faire des soins auprès de l'enfant” c'est aussi ce qui facilite notre position.

Étudiante : C'est pas à moi de ... chacun son travail quoi.

IDE 2 : Oui c'est exactement ça.

Etudiante : Donc restez neutre, ça doit être quand même un sacré travail.

IDE 2 : Oui c'est dur. Dans certaines situations les parents ne vont pas comprendre, parce qu'ils savent que ça n'est pas eux et parfois c'est aussi compliqué parce qu'ils font tout pour te montrer qu'ils n'ont rien fait, et ça peut être de très très bons acteurs, on le sait, on le voit et quand tu as des doutes, c'est là que dans ta prise en soins tu as plus envie de faire des choses avec l'enfant, de “remplacer les parents” et de moins les laisser faire sauf que c'est quand même leur enfant donc c'est à eux de faire, tant qu'il n'y a pas eu de décision.

(...)

IDE 2 : Vraiment, la relation avec les parents va dépendre de la situation, du premier contact, de ton état d'esprit, de vraiment plein de choses, de ton vécu en tant que soignante. Dans ces cas-là nous on peut passer le relais tu vas dire à ton collègue d'y aller à ta place en fait, si tu peux pas, c'est pas grave se rendre compte que tu n'es pas capable de le faire c'est déjà beaucoup parce qu'après ça te permet de travailler dessus. Il vaut mieux ça que de rentrer et de briser la relation qui a plus ou moins été installée avec les parents.

Etudiante : Toi ça t'est déjà arrivé de passer le relais comme ça ?

IDE 2 : Oui, ou même qu'on me le dise. Mais oui ça arrive, parfois quand mes collègues voient que j'en peux plus, ils vont me le proposer, et tu vois c'est pas forcément dans le cadre de la maltraitance ça peut être dans toute situation. Une fois, il y a un enfant qui m'a manqué de respect et la maman ne suivait pas. Sauf que le petit, il avait quand même 12-13 ans, il a mis sa vie en danger.

(...)

Etudiante : Je pense qu'on n'a pas le même seuil de tolérance, que le vase n'est pas toujours plein au même moment et heureusement parce que ça permet vraiment de pouvoir s'accorder en équipe, de pouvoir s'entraider et de se soutenir.

IDE 2 : Oui, heureusement qu'on a pas toujours besoin en même temps, que le vase émotionnel n'est pas toujours plein au même moment !

Etudiante : C'est trop chouette de pouvoir passer le relais et de pouvoir savoir qu'on peut compter sur ses collègues, que si jamais ça ne va pas il y aura toujours quelqu'un pour rattraper la situation.

IDE 2 : C'est pour ça que je trouve ça important de bien s'entendre avec ses collègues, d'avoir confiance en eux. C'est pour ça que je n'aimerais pas travailler en libéral, j'ai trop besoin de mon équipe, trop besoin d'être entourée, trop besoin d'avoir des gens sur qui compter et inversement.

Etudiante : Je trouve ça tellement important d'avoir une bonne équipe de travail, c'est vraiment un gros plus dans notre métier.

IDE 2 : Ca m'est déjà arrivé de dire à mes collègues “laisse tomber je m'en occupe”, et comme ça de prendre le relais.

Etudiante : C'est vraiment chouette de pouvoir compter là-dessus de ne pas être tout seul.

IDE 2 : Et tu vois la situation que je te racontais ce serait passé à un autre moment ça n'aurait pas du tout été la même chose et d'autres choses, d'autres situations qui se sont super bien passées auraient pu complètement déraiper si les circonstances n'avaient pas été les mêmes.

Etudiante : Aaaah bah oui, le contexte influe beaucoup.

IDE 2 : Et c'est important de savoir dire les choses, de ne pas rester sur des non-dits.

Etudiante : Que ce soit une atmosphère où on peut s'exprimer en toute liberté, je vois carrément ce que tu veux dire.

IDE 2 : Et tu vois, bien connaître ses collègues ça passe aussi par se voir parfois en dehors du travail. Par exemple, ce soir, on va boire un verre. Ça peut nous permettre de décompresser, de discuter de situations qui nous ont marqué de manière beaucoup plus simple et surtout beaucoup plus informelle. Si admettons tu pleures devant tes collègues en dehors du service, bah c'est pas grave, ça aura beaucoup moins de répercussions que si tu pleurais dans le service. Et en plus, ça nous permet d'apprendre à bien nous connaître.

Etudiante : C'est vrai que parfois les gens autour de nous qui ne sont pas dans le milieu soignant ne peuvent pas toujours comprendre ce que l'on ressent, ce qui nous questionne...

IDE 2 : Oui et c'est normal, ils ne peuvent pas savoir ce que l'on vit donc c'est pour ça que c'est important d'avoir de vraies relations avec les collègues.

(...)

Etudiante : Et est-ce que, à part la cadre, la psychologue, l'équipe et tout, il y a d'autres personnes au travail qui peuvent être ressources ?

IDE 2 : Les médecins, après je vois pas trop qui d'autre au travail.

Etudiante : Et est-ce que la cadre va organiser des trucs d'équipe pour débriefer de certaines situations compliquées ?

IDE 2 : Bah ça tu vois dans notre service, c'est la psychologue qui s'en occupe.

Etudiante : Ah mais c'est trop bien ! Ça se passe comment du coup ?

IDE 2 : Alors en fait, en chirurgie pédiatrique, la psychologue nous propose un horaire et une date sur lesquels on peut s'inscrire, selon si on veut être présent ou pas, quand il y a une situation difficile. C'est vraiment la psychologue d'elle-même, qui va dire quand il y a une situation difficile là on va prendre un temps sur la base du volontariat, pour ceux qui veulent. Pour en avoir déjà fait un ou deux, en gros

on se réunit dans une pièce en général c'est la salle de staff et on discute en équipe de ce qui a été difficile, qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour que ça se passe mieux la fois suivante... et en général ce qui ressort le plus c'est le passage de relais.

Etudiante : C'est vraiment chouette qu'il y ait des choses organisées comme ça dans ton service, j'avais lu quelques articles qui parlaient de ces temps justement...

IDE 2 : Je pense que ça dépend. Ça dépend des services, ça dépend si la psychologue a des temps vraiment dédiés au service...

Etudiante : Parce que vous la psychologue est vraiment affectée dans votre service ?!

IDE 2 : Alors pas toute la semaine, mais elle a des heures et des jours où elle est là je crois que c'est le mardi, le jeudi et le vendredi matin.

Etudiante : C'est vrai tu me l'as dit tout à l'heure. C'est bien qu'il y ait vraiment des jours définis où elle est là et elle est vraiment là pour vous, pour l'équipe, pour les parents, pour le service en général.

IDE 2 : Le mieux, ce serait d'avoir une psy à temps plein dans le service, ce serait exceptionnel !

Etudiante : Ce serait trop bien !!!

(...)

Etudiante : Pour revenir un peu sur le sujet, parce qu'on s'est carrément éloignée, est-ce que l'attachement avec les enfants ça peut être compliqué ?

IDE 2 : Ouais, dans un sens comme dans l'autre, trop attaché ou pas assez attaché. J'ai une situation en tête de quelqu'un avec qui je n'avais aucune attache. J'ai un peu de mal avec les enfants qui sont polyhandicapés c'est un de mes soucis au niveau du contact et de la relation avec eux. C'est que quand je n'arrive pas à voir le feedback de l'enfant sur son ressenti savoir au niveau de la douleur comment il se sent, s'il est bien installé, des choses comme ça j'ai un peu de mal à me mettre à fond dans la relation et à créer justement cette relation de confiance. Dans ces cas-là, je peux perdre patience et ne plus être la bonne soignante que je voudrais être, je vais peut-être passer moins de temps dans la chambre...

Etudiante : Du coup pour toi l'attachement fait quand même partie de la prise en soin ?

IDE 2 : Oui mais du coup il faut y faire attention parce que tu peux avoir des cas où avec des enfants c'est chaud parce que parfois les enfants peuvent beaucoup s'attacher à toi aussi. Ca c'est plus dur à gérer pour eux que pour nous parce que nous on a l'expérience, alors qu'eux ils n'y connaissent rien.

Etudiante : Est-ce que quand l'enfant est là pour suspicion maltraitance, ça influe sur le fait qu'on va s'attacher plus ou moins ou pas ?

IDE 2 : Oui je pense. J'ai certains collègues qui le disent, c'est surtout ceux qui ont des enfants, moi j'en ai pas donc moins tu vois. J'ai des collègues qui vont se dire "oh le pauvre, c'est abusé". C'est entre l'empathie la pitié et tout ça c'est vraiment quelque chose à part mais je ne sais pas trop comment l'expliquer.

Etudiante : Je vois ce que tu veux dire l'autre infirmière avec qui j'ai discuté m'en a aussi parlé un petit peu.

IDE 2 : Mais oui je pense, tu vois genre par exemple, c'est souvent des enfants qui sont tout seul donc c'est ceux qu'on va avoir le plus souvent dans les bras. Donc forcément quand tu es plus en contact avec un bébé ou un enfant, ton lien d'attachement se fait plus facilement.

Etudiante : Oui c'est logique

IDE 2 : Du coup tu vois si ça sonne, peut-être que tu vas y aller plus vite, peut-être que tu vas y rester plus longtemps...

Etudiante : Ouais donc ça peut vraiment être source de difficultés et à la fois une ressource dans la prise en soin, selon s'il y a assez, pas assez trop d'un côté de l'autre... C'est vraiment un juste équilibre à trouver entre les deux.

IDE 2 : Et c'est là qu'il faut équilibrer entre la relation de confiance et l'attachement. Après, avec un enfant, l'attachement est ce qu'il va te permettre de créer cette relation de confiance, c'est vraiment très lié.

(...)

Etudiante : Trop bien et ben en tout cas mille mercis pour ce moment c'était chouette de pouvoir discuter avec toi, même si on a pas parlé que du mémoire c'est vraiment chouette de pouvoir discuter

de plein d'autres choses parce que je sais que ça peut être bénéfique et que ça me sera utile aujourd'hui ou plus tard c'était chouette que ce soit pas un entretien vraiment question réponse et qu'on est vraiment discuté de plein de choses.

(...)

Annexe VII - Tableau d'analyse des entretiens

Question de départ : Dans quelles mesures le motif d'hospitalisation de “maltraitance infantile” influe la prise en soins de l'enfant ?

Catégorie	Thème	Sous-thème	Sous-sous-thème	Items
La maltraitance infantile	L'enfant	Définition		
		Ses besoins		- <i>IDE 1</i> : “il faut apprendre à écouter son enfant pour répondre à ses besoins”
			Physiologiques	- <i>IDE 1</i> : “Alors on a déjà l'alimentation ça c'est sûr, l'hygiène.” - <i>IDE 1</i> : “Pour un enfant, il y a la nourriture disons diététique...” - <i>IDE 2</i> : “Ils ont besoin d'être nourris, d'avoir une bonne alimentation. Ca peut être dans les deux cas soit ils sont dénutris parce qu'ils n'ont pas assez à manger, soit l'alimentation peut-être par exemple trop riche et pour moi c'est aussi une forme de maltraitance. Donc vraiment l'un des besoins fondamentaux c'est une nourriture saine et adaptée à l'âge de l'enfant.”
			Psychoaffectifs	- <i>IDE 1</i> : “Et puis vraiment j'appuie dessus, l'interaction et l'attachement.” - <i>IDE 1</i> : “C'est-à-dire qu'un enfant a besoin d'être porté, un enfant a besoin d'être câliné, un enfant a besoin d'être écouté, un enfant a besoin d'être regardé, un enfant a besoin qu'on soit en interaction permanente avec lui...” - <i>IDE 1</i> : “Oui c'est tout à fait ça. Et bien tu vois, je suis convaincue personnellement avec mes enfants et professionnellement de cette théorie. C'est-à-dire plus un enfant est attaché, plus il se détachera facilement.”

				- <i>IDE 1</i> : “Et plus il se sentira en sécurité avec son parent moins il y aura de souci quand il devra se détacher.” - <i>IDE 1</i> : “ Un enfant ne sera jamais trop câliné. Un enfant un bébé de 0 à 6 mois a besoin d'être avec ses parents, dans leurs bras...” - <i>IDE 1</i> : “mais la nourriture affective qui est tout aussi importante.” - <i>IDE 1</i> : “Un enfant peut tout à fait arrêter de grandir et de grossir s'il manque d'affection, on parle d'anorexie du nourrisson et j'en ai vu des situations comme ça.” - <i>IDE 1</i> : “Je t'invite vraiment à utiliser cette expression de nourriture affective, on a tendance à l'oublier dans notre société de consommation.” - <i>IDE 1</i> : “Et je reviens sur le fait qu'il y ait la nourriture diététique et la nourriture affective qui rentre en jeu. Si la maman, ou le papa d'ailleurs, si les parents ne sont pas là, il faut bien que quelqu'un apporte un petit peu d'affection, du réconfort, de la réassurance à cet enfant mais bien en tant qu'infirmière et non en tant que parents. Ils ont besoin du toucher, de la chaleur, on revient au 5 sens.” - <i>IDE 2</i> : “Alors déjà je vois la présence de ses parents, de ces représentants légaux, les deux papas, les deux mamans, le papa, la maman, l'un ou l'autre peu importe une autorité parentale, mais qui est aussi un contact, parce que les bébés ont besoin de contact pour pouvoir évoluer.”
			Attachement : théorie de Piaget	- <i>IDE 1</i> : “Moi je suis une passionnée de la théorie de l'attachement” - <i>IDE 1</i> : “Un enfant quand il sort du ventre de sa mère, il faut que tu ailles assister à un accouchement, la première chose qu'il capte c'est le regard de sa mère et il comprend que c'est sa mère.”
			Communication	- <i>IDE 1</i> : “a besoin (...) d'être écouté , d'être regardé. Il faut lui parler”

				- <i>IDE 1</i> : “Ah, mais ce n'est pas de quelques semaines C'est un bébé de quelques minutes, de quelques heures, de quelques jours dès la naissance ! C'est même dans le ventre de sa mère. L'enfant il comprend. Il va comprendre avec ses propres capacités donc il ne va pas comprendre ce que nous on comprend mais il comprend très bien la situation.” - <i>IDE 1</i> : “Moi un bébé en néonate je lui explique ce que je fais, je lui explique la situation par exemple ta maman elle est en bas elle ne peut pas monter mais elle pense très fort à toi.” - <i>IDE 1</i> : “Donc oui oui oui oui oui oui un enfant comprend mais ne comprend pas à notre façon adulte mais vraiment il comprend plein de choses. J'ai envie de dire, il ne faut pas lui parler mais communiquer avec lui avec le verbal mais aussi avec le non-verbal, le toucher, l'ouïe, la vue, les cinq sens en fait”
			Eveil	- <i>IDE 1</i> : “Un enfant a besoin d'être sollicité dans ses cinq sens.” - <i>IDE 2</i> : “Après au niveau des besoins il y a aussi les moyens de pouvoir s'éveiller, un bon cadre de vie (...) il faut l'aider à se développer par exemple avec des jouets.”
			Sécurité	- <i>IDE 2</i> : “Un suivi de santé.”
			Interactions sociales	- <i>IDE 2</i> : “Je ne sais pas si entre 0 et 6 mois c'est trop grave s'ils n'en ont pas, par exemple les parents qui gardent leurs enfants eux-mêmes jusqu'à ce qu'ils aillent à l'école, les enfants n'ont pas forcément d'interactions avec d'autres enfants de leur âge au quotidien. Par contre, au-delà, je dirais que oui. Ne serait-ce que pour apprendre tout ce qui est normes sociales, apprendre à vivre en société...” - <i>IDE 2</i> : “Maintenant, je pense que c'est aussi bien que petit, l'enfant soit habitué à vivre en communauté. A mon avis, ça peut engendrer des soucis s'il n'est pas habitué tôt. Un exemple tout bête : prêter ses jouets peut être compliqué s'il n'en a pas l'habitude.”

				- <i>IDE 2</i> : “...un bon cadre de vie que ce soit chez une assistante maternelle, en crèche, ou à domicile, il ne faut pas que l'enfant reste dans son coin à ne rien faire,...”
	Maltraitance	Types de maltraitance	Physique	- <i>IDE 2</i> : “Pour moi la maltraitance infantile, elle peut être physique” - <i>IDE 2</i> : “c'est-à-dire au niveau physique ça peut être secouer l'enfant, lui donner des coups, le taper ou par exemple lui donner un bain trop chaud ou trop froid, des choses comme ça.”
			Psychologie / Verbale	- <i>IDE 2</i> : “Ça peut être verbal, ça peut être des insultes, ça peut être aussi une forme de pression auprès de l'enfant, des punitions, certaines formes de punitions...” - <i>IDE 2</i> : “Pour moi la maltraitance infantile, elle peut être (..) ou verbale
			Négligence	- <i>IDE 1</i> : “Donc la maltraitance ça peut être (...), dans la négligence” - <i>IDE 1</i> : “la négligence est dramatique tout comme la maltraitance La négligence c'est un enfant qui se fait oublier et qui oublie après de vivre. La négligence c'est de la maltraitance pure et simple. Il ne faut pas mettre sur une échelle de petite et grande violence, ce n'est pas possible” - <i>IDE 2</i> : “Je pense que certaines familles ne peuvent pas forcément voir la différence entre les deux [maltraitance et négligence]. Alors qu'en soit, s'il y a de la négligence je pense que ça aboutit forcément à de la maltraitance. En gros, la négligence, c'est une part de maltraitance mais, je mets des gros guillemets, “ la négligence peut être minime” par rapport à la maltraitance.”
			Défaut de soins	- <i>IDE 1</i> : “c'est un enfant pour qui tous ces besoins ne sont pas satisfaits, ne sont pas pris en compte (...) ça peut être dans les faits mais aussi dans les non faits”

				- <i>IDE 2</i> : “[Etudiante : S'il n'a pas les apports nécessaires pour son développement ?!] Ouais, exactement.” - <i>IDE 2</i> : “Ça peut être aussi le fait qu'il n'est pas de prise en soin. Par exemple, ne pas l'envoyer chez le médecin ou qu'il n'ait pas recours à une hospitalisation s'il en a besoin. Je dirais aussi s'il ne va pas à l'école.”
		Fréquence		- <i>IDE 2</i> : “au tout début de ma prise de poste on a eu une vague d'enfants maltraités assez importante.”
La prise en soin de l'enfant avec ses parents	La prise en soin de l'enfant s'appuie sur les éléments contextuels et nécessite une adaptation à/au(x)...	Contexte	Hospitalisation pour maltraitance	- <i>IDE 1</i> : “...s' il y a un motif d'envoi aux urgences de la part de la PMI, s'il y a déjà des doutes. Parfois la maltraitance est le motif même de l'hospitalisation aux urgences et parfois celle-ci est découverte fortuitement au fur et à mesure des examens.” - <i>IDE 2</i> : “j'ai déjà eu des situations de maltraitance dans mon service c'est souvent sur les TC (traumatisme crânien). En fait, dès qu'un bébé qui a entre 0 et 6 mois se présente aux urgences pour traumatisme crânien, c'est qu'en général on l'a fait tomber...”
			Découverte fortuite	- <i>IDE 1</i> : “j'ai accueilli un enfant pour pleurs continus. Bon et bien je l'ai déshabillé pour l'examiner et là je me suis aperçu d'un hématome à la cuisse qui pouvait être apparenté à une fracture du fémur alors j'ai demandé à l'interne de regarder. Il a prescrit une radio et en effet c'était une fracture du fémur. Or chez un enfant de 4 ou 5 mois il ne veut pas s'être cassé un os comme ça tout seul dans son lit.”
		Particularités	Individualisation	- <i>IDE 1</i> : “chaque situation est différente. Je ne voudrais pas généraliser c'est vraiment du cas par cas” - <i>IDE 2</i> : “[Etudiante : Et du coup, le contact avec eux est différent ou pas ?] En fait ça c'est vraiment un ressenti. Ça dépend des situations c'est du cas par cas.”
			Âge	- <i>IDE 1</i> : “Et bien oui en effet, les besoins varient et nous nous adaptons à chacun. Par exemple, on ne va pas proposer le même accompagnement à un enfant qui est autonome dans la marche et

				dans ses déplacements qu'à celui qui n'en est pas capable, qui ne sait pas encore faire. On ne s'en occupe pas de la même façon. Ça dépend aussi par exemple si l'enfant est scoté ou non. C'est vraiment du cas par cas"
			Précision des faits	- IDE 2 : "Dans cette situation (...) en fonction de comment ça s'est passé (...) comment s'est déroulée la situation"
			Déterminer les circonstances	- IDE 1 : "Donc là il y a la question maltraitance ou accident" - IDE 1 : "Mais les parents comprennent vite, ça peut-être un accident, des parents ou de quelqu'un d'autre, de la maltraitance également des parents ou de quelqu'un d'autre de la famille un proche la nounou." - IDE 2 : "Et tu vois la situation que je te racontais ce serait passé à un autre moment ça n'aurait pas du tout été la même chose et d'autres choses, d'autres situations qui se sont super bien passées auraient pu complètement déraiper si les circonstances n'avaient pas été les mêmes."
		Objectif de l'hospitalisation	Poser un diagnostic	- IDE 2 : "qu'au vu de ses lésions on veut s'assurer qu'il n'y a pas plus de dégâts, qu'il n'y a pas autre chose." - IDE 2 : "On veut toujours s'assurer qu'il n'y ait pas de maltraitance derrière."
			Surveillance spécifique de l'enfant	- IDE 2 : "Il n'y avait pas de lésions particulières, il était juste en surveillance dans le service mais la maman a quand même dû voir l'équipe de la CASSED pour s'assurer que c'était bien un accident ce qu'il s'est passé. Le but n'est pas de les accuser d'être de mauvais parents mais bien de s'assurer de la bonne sécurité de l'enfant. Ça va être juste une conversation avec la médecin."
	La prise en soin de l'enfant repose	Relation soignant/enfant	Valeurs soignantes	- IDE 1 : "Non, il faut toujours avoir en tête l'accompagnement et la bienveillance, pour moi il n'y a pas vraiment de différence du moins, dans nos faits."

	sur...			- <i>IDE 1</i> : “être le plus bienveillant possible dans l'accompagnement de l'enfant et de son parent.” - <i>IDE 1</i> : “Cependant, on reste soignant et on est là pour apporter de la bienveillance à l'enfant.” - <i>IDE 1</i> : “Mon rôle c’est vraiment d'accompagner de soigner le tout dans la bienveillance, le reste, ce n’est pas moi. Je suis infirmière puéricultrice, pas enquêtrice sociale.”
	L’attache ment	Avec les soignants		- <i>IDE 1</i> : “Ben non mais une infirmière ce n'est pas une machine parce que sinon on forme avec l'intelligence artificielle et ce sont des robots qui poseront les perfusions qui donneront les biberons... Est-ce que c'est ça être soignant ?” - <i>IDE 1</i> : “Tu vois sinon on met des robots et tout sera plus simple, moi je suis pas un robot de soins, je suis une soignante, un être humain, qui accompagne l’enfant et ses parents dans le soin, dans les soins. On apporte aussi un support affectif et on a le droit de câliner les enfants. Maintenant, c'est un câlin d’infirmière, ce n'est pas un câlin d'une maman, on est bien d’accord, Moi je ne suis pas un robot de soin. Au secours. Tu vois un bébé en néonate qui a fini son biberon, je fais quoi ? Bah je le prends dans mes bras, je le garde contre moi, je ne vais pas le remettre tout de suite dans son lit.” - <i>IDE 1</i> : “Ça dépend aussi de l'hospitalisation, de combien de temps il reste, si c'est une OPP de 48 heures ça va. S'il reste un mois c'est plus compliqué. Ça dépend aussi par exemple si on voit une famille d'accueil top qui arrive et que l'enfant repart avec.” - <i>IDE 1</i> : “Et bien sûr, tu vois, on a tous des enfants qui nous marquent plus que d'autres on n'a pas tous les mêmes liens d’attachement envers certains enfants parce que ça nous renvoie à nos propres histoires de vie et à nos souvenirs personnels. Souvent, quand on a accueilli l'enfant aux urgences, on reste, quand on a

			commencé le suivi, on aime bien continuer, on devient souvent un peu sa référente.” - <i>IDE 2</i> : “dans un sens comme dans l'autre, trop attaché ou pas assez attaché” - “une situation en tête de quelqu'un avec qui je n'avais aucune attache” - <i>IDE 2</i> : “c'est souvent des enfants qui sont tout seul donc c'est ceux qu'on va avoir le plus souvent dans les bras. Donc forcément quand tu es plus en contact avec un bébé ou un enfant, ton lien d'attachement se fait plus facilement.” - <i>IDE 2</i> : “C'est que quand je n'arrive pas à voir le feedback de l'enfant sur son ressenti savoir au niveau de la douleur comment il se sent, s'il est bien installé, des choses comme ça j'ai un peu de mal à me mettre à fond dans la relation et à créer justement cette relation de confiance.”
		La juste distance	- <i>IDE 2</i> : “[Étudiante : Du coup pour toi l'attachement fait quand même partie de la prise en soin ?] Oui mais du coup il faut y faire attention parce que tu peux avoir des cas où avec des enfants c'est chaud parce que parfois les enfants peuvent beaucoup s'attacher à toi aussi. Ca c'est plus dur à gérer pour eux que pour nous parce que nous on a l'expérience, alors qu'eux ils n'y connaissent rien.” - <i>IDE 2</i> : “Et c'est là qu'il faut équilibrer entre la relation de confiance et l'attachement. Après, avec un enfant, l'attachement est ce qu'il va te permettre de créer cette relation de confiance, c'est vraiment très lié.”
	L'accompagnement des parents	Créer une relation de confiance	- <i>IDE 1</i> : “tu sais bien que quand ils sont là c'est qu'ils sont rentrés dans le cercle administratif judiciaire” - <i>IDE 2</i> : “Parfois ça arrive qu'on s'entende très bien avec les parents, malgré le fait qu'ils soient maltraitants avec leur enfant, parfois ça ne va pas avec la tête du client entre guillemets.”

				- <i>IDE 2</i> : “mais vraiment les rassurer et leur expliquer c'est important.”
		Information à la famille		- <i>IDE 1</i> : “puis d'informer les parents” - <i>IDE 1</i> : “Choses importantes à avoir en tête, les parents sont parfois loin de se douter, ce n'est pas forcément eux les responsables, ça peut être la nourrice, la famille...” - <i>IDE 2</i> : “Là, dans le cadre des suspicions de maltraitance, quand il y a des examens à passer on va essayer d'expliquer mais sans trop expliquer pourquoi, en fait, le pourquoi on fait les choses mais on se doit quand même de les rassurer.”
			Rôle de chacun : la police	- <i>IDE 2</i> : “Je leur ai dit qu'ils devaient voir un médecin, c'est comme ça que j'ai réussi à sortir les parents de la chambre et à les emmener dans le bureau. Et ensuite, la police est arrivée pour voir les parents.”
			Rôle de chacun : les médecins	- <i>IDE 2</i> : “En fait si le médecin ne leur a pas expliqué, ce n'est pas moi, Manon petite infirmière qui vais leur dire “je vais vous faire une prise de sang parce qu'on vous accuse d'être maltraitant avec votre enfant”.” - <i>IDE 2</i> : “En fait, il faut leur expliquer qu'ils vont venir discuter avec eux. On ne va pas retirer votre enfant, c'est-à-dire que ce n'est pas parce que le CASSED intervient que leur enfant va être enlevé. C'est un protocole par mesure de sécurité. Voilà l'enfant a eu telle lésion donc dans le protocole vous devrez...” - <i>IDE 2</i> : “Donc il avait déjà vu la médecin de la CASSED et pour continuer dans la procédure, il y a une batterie d'examens vraiment énorme : la radio du corps entier, plein de bilans à faire sauf que parfois les parents ne sont pas au courant.”
			Rôle de chacun : l'IDE	- <i>IDE 2</i> : “[Étudiante : Et est-ce que la maman dans cette situation savait qui était « réellement » la médecin, pourquoi elle était là ?] Dans cette situation oui, en fonction de comment ça s'est passé,

			comment s'est déroulée la situation nous, on leur explique. C'est toujours un peu délicat.”
			- IDE 2 : “Tu leur expliques que c'est la prise en soin de l'enfant”
	Annonce		- IDE 1 : “c'est l'interne qui a fait l'annonce de la fracture et de la suspicion, de l'enquête de pourquoi est-ce qu'il y a cette fracture.”
	Leur laisser leur place	Une vigilance accrue, particulière	- IDE 1 : “Bien sûr, dans les faits elle [la place] va forcément être différente parce que la suspicion de maltraitance est tout de suite abordée. Ce n'est pas une chambre dans laquelle on va rentrer et sortir la première blague comme ça. On ne rentre pas dans une chambre de la même manière que pour un enfant qui a par exemple une pyélonéphrite et qui sortira dans 3 jours avec son antibiotique.” - IDE 2 : “sans faire tout à la place du parent parce que tu ne sais pas ce qu'il s'est passé réellement, même si tu sais pourquoi ils sont là,” - IDE 2 : “de moins les laisser faire sauf que c'est quand même leur enfant donc c'est à eux de faire, tant qu'il n'y a pas eu de décision.” - IDE 2 : “je pense que tu veilles à la sécurité de l'enfant” - IDE 2 : “au niveau du contact bah tu fais attention à chaque faits et gestes aussi auprès de l'enfant parce que c'est ton œil de soignant qui peut aussi parfois impacter la suite.”
	Bénéfice du doute		- IDE 1 : “Si ça se trouve, la maman qui amène l'enfant n'en sait rien et ça s'est passé pendant la journée avec la nounou” - IDE 2 : “[Étudiante : C'est que c'est volontaire ou un accident] Oui c'est ça” - IDE 2 : “il avait des lésions qui étaient un petit peu bizarres et là pour le coup les parents étaient accusés (...) surtout le papa parce qu'il avait déjà un passif judiciaire”

				- <i>IDE 2</i> : “Dans certaines situations les parents ne vont pas comprendre, parce qu'ils savent que ça n'est pas eux et parfois c'est aussi compliqué parce qu'ils font tout pour te montrer qu'ils n'ont rien fait, et ça peut être de très très bons acteurs, on le sait, on le voit et quand tu as des doutes, c'est là que dans ta prise en soins tu as plus envie de faire des choses avec l'enfant, de “remplacer les parents”.”
		Préserver leur présence	Parents présents	- <i>IDE 1</i> : “on fait tout pour qu'ils restent” - <i>IDE 1</i> : “on essaie de faire en sorte de tout mettre en œuvre pour qu'ils aient leur place et qu'ils puissent rester.”
			Parents absents	- <i>IDE 1</i> : “ce sont les parents qui décident, selon leur situation professionnelle, il y a plein de raisons pour lesquelles ils ne pourraient pas être présents à l'hôpital...” - <i>IDE 1</i> : “Sauf bien sûr avec une décision judiciaire qui expliquerait que les parents n'ont pas le droit d'être présents. Là, on n'a pas le choix.” - <i>IDE 1</i> : “Le droit de visite des parents est autorisé ou non” - <i>IDE 1</i> : “Un parent peut être présent physiquement mais à la fois complètement absent dans l'échange avec son enfant.”
	Le rôle IDE	Ses missions	Soins relationnels	- <i>IDE 1</i> : “Je suis la soignante pour gérer la douleur et accueillir les émotions de chacun.” - <i>IDE 1</i> : “Mais notre rôle c'est de les accueillir, de les écouter, de soigner. Plutôt que prise en charge, tu peux vraiment utiliser le mot accompagner.”
			Raisonnement clinique et Traçabilité	- <i>IDE 1</i> : “Nous on est dans les faits” - <i>IDE 1</i> : “Il faut développer ses cinq sens pour observer et être attentif à l'ensemble de la situation. Cela te sert aussi pour rédiger tes transmissions qui doivent, je le rappelle, être factuelles : comment

			é	l'enfant est arrivé, comment les parents ont expliqué la situation et cetera.” - <i>IDE 1</i> : “On note des faits. Un “rapport” d'un soignant ce sont des faits. Il faut se contenter des faits...”
			Aspect médico-légal	- <i>IDE 1</i> : “Il faut que l'on ait un raisonnement factuel. Et puis on accueille les émotions des parents telles qu'on nous les donne, on note tout bien sûr on sait que notre écrit aura une valeur pour plus tard...”
			Education à la santé	- <i>IDE 2</i> : “Donc tu essayes d'accompagner au mieux les parents, de quand même les laisser faire surtout chez les tout-petits. On essaie aussi d'apporter des conseils mais ça c'est pour tous les parents sur le développement de l'enfant comment il dort, comment il mange, comment on peut améliorer sa qualité de vie... comment éviter la mort subite du nourrisson, on fait un peu de prévention, mais ça c'est vraiment quelque chose qu'on fait avec tous les parents.”
		Besoin de travailler en pluriprofessionnalité		- <i>IDE 1</i> : “Une fois que le signalement est fait ce n'est plus entre tes mains, chacun son métier. Il faut communiquer entre l'assistante sociale, le gendarme qui vient faire son enquête et d'autres intervenants mais je communique des faits.” - <i>IDE 1</i> : “Une chose est sûre, ce n'est pas à nous de faire une analyse et encore moins une conclusion de la situation.” - <i>IDE 1</i> : “mais ce n'est pas à nous soignants de mener l'enquête.” - <i>IDE 1</i> : “Je te dis moi je ne suis pas enquêteur” - <i>IDE 2</i> : “Normalement ce sont les médecins” [qui contactent la CASED pour débiter un protocole]
Le travail émotionnel du	Posture professionnelle	Rester neutre		- <i>IDE 1</i> : “Bien sûr que dans notre tête c'est différent, mais il faut absolument rester à notre place de soignant et ne pas devenir enquêtrice ni juge.”

professionnel				- IDE 2 : “il faut faire un peu comme si tu savais pas” - IDE 2 : “j'étais assez proche dans mon contact avec elle parce que je la croyais.” - IDE 2 : “Bah oui, on est humain et même s'il ne faut pas, tu ne peux pas être impartial tu penses quand même...” - IDE 2 : “[Etudiante : Donc restez neutre, ça doit être quand même un sacré travail.] Oui c'est dur.”
	Non-jugement			- IDE 1 : “Et même s'il y a maltraitance, qui sommes-nous pour juger qui sommes-nous pour avoir un comportement qui va dans le sens du jugement ?” - IDE 1 : “je me dis qu'il y a dû y avoir un manque quelque part, je ne sais pas qui est responsable mais à la rigueur, c'est secondaire. Tu vois j'évite de réfléchir à comment on a pu en arriver là parce que ce n'est pas à moi de le faire, je n'en ai pas les compétences et je ne suis pas là pour ça.” - IDE 2 : “Et même si tu ne veux pas juger les parents parfois c'est humain et dans ton comportement ça peut se ressentir même si en tant que soignante tu ne dois pas le montrer.”
	Émotions / ressentis			- IDE 1 : “c'est notre ressenti qui va être différent bien sûr je ne vais pas rentrer dans la chambre dans le même état d'esprit que quand je rentre dans celle d'un enfant qui est là pour une maladie comme une pyélo.” - IDE 2 : “Celle-là, elle m'a beaucoup beaucoup marqué parce que je me suis retrouvée dans une situation un peu compliquée.” - IDE 2 : “Bah c'est super dur parce que tu as l'impression que c'est toi qui enlève les parents à l'enfant.”

				- IDE 2 : “Parfois, ça passe, parfois ça passe moins parce qu'ils [les parents] peuvent être plus stressés.”
			Intelligence émotionnelle	- IDE 2 : “si tu peux pas, c'est pas grave se rendre compte que tu n'es pas capable de le faire c'est déjà beaucoup parce que après ça te permet de travailler dessus. Il vaut mieux ça que de rentrer et de briser la relation qui a plus ou moins été installée avec les parents.”
		Mécanismes de défense	Le transfert	- IDE 2 : “[Étudiante : Est-ce que quand l'enfant est là pour suspicion maltraitance, ça influe sur le fait qu'on va s'attacher plus ou moins ou pas] Oui je pense. J'ai certains collègues qui le disent, c'est surtout ceux qui ont des enfants, moi j'en ai pas donc moins tu vois. J'ai des collègues qui vont se dire “oh le pauvre c'est abusé”. C'est entre l'empathie la pitié et tout ça c'est vraiment quelque chose à part mais je sais pas trop comment l'expliquer.”
			Identification projective	- IDE 1 : “je reste à ma place mais j'ai le droit de penser ce que je pense, ça reste dans ma tête. Je pense des choses parce que je suis une maman que je suis une femme et j'ai envie de repartir avec le gamin, mais non”
		Envahissement émotionnel - reminiscence		- IDE 1 : “dans ta tête tu ne peux pas dissocier les deux et la question de comment ça s'est passé est omniprésente dans la prise en soin de cet enfant. Tu ne penses qu'à ça...”
				- IDE 1 : “on y pense tout le temps” - IDE 1 : “Il y a vraiment des situations qui nous marquent beaucoup plus que d'autres. Parfois ils arrivent et tu sais tout de suite que c'est mal barré pour tout le monde.” - IDE 1 : “Mon accompagnement et mon apport de bienveillance seront les mêmes mais c'est vrai que dans ma tête il ne se passe vraiment pas la même chose.” - IDE 2 : “C'est toujours un peu délicat.”

	Les ressources	Une équipe pluriprofessionnelle	L'équipe soignante (infirmiers et aides-soignants)	- <i>IDE 1</i> : “Bien sûr, bien sûr, bien sûr, l'équipe est totalement ressource dans ces situations” - <i>IDE 2</i> : “Oui oui oui oui oui , j'ai pu en discuter avec des collègues, la situation en elle-même avait été très compliquée.” - <i>IDE 2</i> : “C'est pour ça que je trouve ça important de bien s'entendre avec ses collègues, d'avoir confiance en eux.” - “j'ai trop besoin de mon équipe, trop besoin d'être entouré, trop besoin d'avoir des gens sur qui compter et inversement.” - <i>IDE 2</i> : “bien connaître ses collègues ça passe aussi par se voir parfois en dehors du travail. Par exemple, ce soir, on va boire un verre. Ça peut nous permettre de décompresser, de discuter de situations qui nous ont marqué de manière beaucoup plus simple et surtout beaucoup plus informelle.” - <i>IDE 2</i> : “Si admettons tu pleures devant tes collègues en dehors du service, bah c'est pas grave, ça aura beaucoup moins de répercussions que si tu pleurais dans le service. Et en plus, ça nous permet d'apprendre à bien nous connaître.”
			Permet le passage de relais	- <i>IDE 2</i> : “Après tu vois, quand on a ce genre de situations qui reviennent, on peut changer de secteur.” - <i>IDE 2</i> : “Dans ces cas-là nous on peut passer le relais tu vas dire à ton collègue d'y aller à ta place en fait” - “et tu vois c'est pas forcément dans le cadre de la maltraitance ça peut être dans toutes situations.” - <i>IDE 2</i> : “Ca m'est déjà arrivé de dire à mes collègues “laisse tomber je m'en occupe”, et comme ça de prendre le relais.” - <i>IDE 2</i> : “et en général ce qui ressort le plus c'est le passage de relais.”

				- <i>IDE 2</i> : “Oui, heureusement qu'on a pas toujours besoin en même temps, que le vase émotionnel n'est pas toujours plein au même moment !”
			Les médecins	- <i>IDE 1</i> : “On a des staffs mensuels pendant lesquels on peut demander au pédiatre s'il a des nouvelles, pour savoir que devient l'enfant, s'il a été placé, s'il est retourné avec ses parents, est-ce qu'il y a des séquelles.” - <i>IDE 2</i> : “Les médecins”
			L'aide de protection à l'enfance	- <i>IDE 2</i> : “Pour t'expliquer un peu ce que c'est, la CASED c'est l'aide de protection à l'enfance, ce sont les personnes qui nous viennent en aide quand on a des situations qui se présentent dans lesquelles on a des doutes sur de la maltraitance. Dès qu'on a un doute, on appelle la CASED, et il y a tout un protocole après grâce auquel on peut faire des IP, des opp...” - <i>IDE 2</i> : “nous on peut tout à fait les appeler de manière informelle pour avoir des conseils, discuter avec eux une fois que le premier contact a été établi. Si moi en tant qu'infirmière, j'ai des questions je peux les appeler sans pour autant enfreindre ou lancer un protocole.” - “Donc dans la CASED, tu as un médecin, un infirmier et un interne.”
			Les cadres de santé	- <i>IDE 2</i> : “Par contre dans d'autres situations, à d'autres moments, quand on a des situations compliquées avec des parents qui ne respectent pas les droits de visite par exemple, là pour le coup on fait intervenir la cadre.”
			Les psychologues, des temps pour s'exprimer	- <i>IDE 2</i> : “Tu as aussi la psychologue, après on ne fait pas trop appel à elle pour ce genre de situation là, c'est plus pour les parents, maintenant si tu en as besoin elle sera tout à fait ouverte à discuter avec toi.” - “elle a des plages définies sur lesquelles elle est avec nous dans le service. Je crois que c'est le mardi, le jeudi et le vendredi matin.”

			librement	- <i>IDE 2</i> : “C'est vraiment la psychologue d'elle-même, qui va dire quand il y a une situation difficile là on va prendre un temps sur la base du volontariat, pour ceux qui veulent. Pour en avoir déjà fait un ou deux, en gros on se réunit dans une pièce en général c'est la salle de staff et on discute en équipe de ce qui a été difficile, qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour que ça se passe mieux la fois suivante...”
			La sécurité	- <i>IDE 2</i> : “Parfois même ça nous arrive d'appeler la sécurité ils nous sont d'une grande aide, on se rend pas compte comme ça mais ils ont plein de missions.” - “Pour te donner un exemple tout bête, le refus de soin, les parents veulent partir... avec l'enfant... Ben non on appelle la sécurité si jamais il n'y a pas de cadre, ou quand il y a un risque de fugue, ou quand les parents mettent en danger leurs enfants au sein même du service, là les gars de la sécu peuvent bloquer les portes.”
		Le positionnement IDE		- <i>IDE 1</i> : “Moi je ne suis jamais déçu, une sortie c'est souvent une victoire pour la pédiatrie.” - <i>IDE 1</i> : “si c'est un enfant qui va en famille d'accueil, on voit que ça s'est bien passé l'intégration, on se dit que sa nouvelle vie commence, c'est super ! La pédiatrie n'est pas une fin en soi, notre objectif est que les enfants sortent dans les meilleures conditions possibles.” - <i>IDE 2</i> : “Oui, et d'un autre côté nous on ne sait pas. Donc c'est aussi ce qui nous aide en disant aux parents “je ne sais pas, ce n'est pas moi qui ai la main, ce n'est pas moi qui décide, moi je suis là pour faire des soins auprès de l'enfant” c'est aussi ce qui facilite notre position.”
		Pour vaincre des ressentis		- <i>IDE 1</i> : “Dans le service, on a des poussettes donc souvent quand un enfant est seul on le prend avec nous en poussette dans le couloir, en salle de jeux... parce qu'on ne veut pas le laisser seul. C'est vraiment plutôt dans ce sens là que c'est compliqué émotionnellement de laisser un enfant seul voilà”

				- <i>IDE 1</i> : “par exemple tu vois à la fin des transmissions on ne va pas coucher l'enfant on le donne à une collègue parce que ça nous fait tous mal au cœur de laisser un enfant seul dans sa chambre”
	Les difficultés	En lien avec les décisions judiciaires	Une place inadaptée pour l'enfant	- <i>IDE 1</i> : “Ce serait plus un enfant qui est chez nous pour une OPP, (ordonnance de placement provisoire) c'est-à-dire que là, il y a une forte suspicion et donc l'enfant est plus ou moins placé provisoirement en pédiatrie.” - <i>IDE 1</i> : “Une OPP chez nous, ce n'est jamais une grande victoire parce que nous nous ne sommes pas une maison d'accueil, on n'est pas un foyer, on a pas le temps. Donc une OPP chez nous c'est compliqué, car on n'est pas une famille, on ne va pas lui apporter ce qu'une famille pourrait lui apporter.” - <i>IDE 1</i> : “bon sauf si à défaut de preuves et que nous on en est plus ou moins convaincu, il retourne chez son parents et là on se dit que tout n'est pas forcément fait.”
			Rôle IDE	- <i>IDE 2</i> : “un appel téléphonique des policiers. Ils disaient qu'ils allaient venir chercher les parents d'ici peu de temps et pour que ça ne fasse pas de drame dans le service, que ça génère pas de tensions supplémentaires, il fallait faire sortir les parents du service. Parce qu'en fait, ils venaient chercher les parents pour les emmener avec eux.”
			En lien avec les protocoles de justice	- <i>IDE 2</i> : “Ils étaient de la région des Côtes-d'Armor donc c'est le magistrat de Saint-Brieuc qui gère ce dossier.”
		Les parents	Information et communication	- <i>IDE 2</i> : “[situation dans laquelle les parents ne sont pas au courant] Du coup toi tu arrives dans la chambre avec tes 10 tubes “ bonjour je viens faire une prise de sang”. C'est là que parfois c'est un peu dur

				parce qu'on ne peut pas toujours tout leur dire, on a pas le droit ce n'est pas à nous de le faire.” - <i>IDE 2</i> : “Et ça tu vois, c'est super dur parce que tu dois mentir aux parents sans vraiment leur mentir non plus.” - <i>IDE 2</i> : “Donc j'ai dû aller dire aux parents qu'ils devaient venir avec moi, sortir du service pour aller dans une autre pièce pour discuter avec un médecin. Je n'allais pas leur dire” venez avec moi la police arrive”. J'avais 3 mois de diplôme donc pas facile.”
			Absence	- <i>IDE 1</i> : “C'est surtout quand il y a une absence des parents”
			Assurer les besoins de l'enfant	- <i>IDE 1</i> : “un parent présent qui n'apporte pas d'affection. Là c'est compliqué.” - <i>IDE 1</i> : “C'est dans ces moments que c'est difficile pour moi de fermer la porte et de laisser l'enfant seul même si l'adulte est là, parce que, je suis tellement convaincu qu'après le biberon, l'enfant a besoin d'autre chose mais que je ne peux pas lui apporter et que je n'ai pas le temps parce que j'ai d'autres enfants à m'occuper.”
		Organisationnelles		- <i>IDE 2</i> : “Bah non tu sais le soir il y a un laps de temps où il n'y a pas de cadre, parce qu'on est entre 2, les cadres de la journée sont partis, et le cadre de la nuit pas encore arrivé.”
		Attachement	Soignants	- <i>IDE 1</i> : “oui là c'est dur de laisser l'enfant seul dans sa chambre alors qu'il a besoin d'affection de câlins de tout ce que tu veux. Là en tant que soignant effectivement c'est compliqué et là souvent on les a avec nous par exemple en transmission dans nos bras pour qu'ils soient le moins seul possible.” - <i>IDE 2</i> : “Du coup tu vois si ça sonne, peut-être que tu vas y aller plus vite, peut-être que tu vas y rester plus longtemps...”
Ouverture sur d'autres	syndrome du bébé secoué			- <i>IDE 1</i> : “syndrome du bébé secoué parce que c'est vraiment la tranche d'âge 0- 6 mois qui est concernée”

sujets				- <i>IDE 1</i> : “ il y a vraiment une politique de communication actuelle pour éviter ça. Il faut absolument que tu en parles à un moment donné dans ton travail. Parce que là tu es dans l'âge où voilà un bébé pleure on ne sait pas pourquoi, le parent le prend le secoue et ça fait des hémorragies intracrâniennes, sans volonté de lui faire mal mais c'est après qu'on s'en aperçoit.”
--------	--	--	--	--

Annexe VIII - Abstract

NOM : MORISSON

PRÉNOM : BLANCHE

TITRE : La prise en soin d'un enfant maltraité

Présentation synthétique du travail en **Français** : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales

Ce travail porte sur l'influence du motif d'hospitalisation "maltraitance" sur la prise en soin d'un enfant hospitalisé, l'accompagnement de ses parents et les émotions des soignants. Pour répondre à la question posée, j'ai d'abord effectué une recherche littéraire. Puis, j'ai rencontré deux infirmières travaillant en pédiatrie. L'une est une jeune diplômée, l'autre à une vingtaine d'années d'expérience. A la suite de ces explorations théoriques et pratiques un certain nombre de réponses se sont dessinées. La prise en soin de l'enfant en tant que tel ne change pas, les soins lui sont prodigués de la même façon que pour un autre. Cependant, le temps de l'enquête judiciaire, la relation triangulaire est plus compliquée à mettre en place de part les circonstances, la place délicate que les parents occupent et les émotions soignantes. D'ailleurs, ces émotions demandent aux professionnels un travail sur eux-mêmes dont le but est de développer leur intelligence émotionnelle. Les infirmiers ont à leurs côtés de nombreuses ressources humaines et matérielles.

Ainsi, ce travail m'a amené à poser la question de recherche : dans quelles mesures les émotions des soignants trouvent-elles leur place au sein des prises en soins ?

Présentation synthétique du travail en **Anglais** : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales

This work is about the influence of the "abuse" a child can have during his hospitalization, the support of his parents and the caregivers' emotions. In order to answer the question asked, I firstly did a literary research. Then, I met two nurses working in pediatrics. One is a young graduate, the other has about twenty years of experience.

After those theoretical and practical observations, a few answers began to appear. The child is taken care of normally and the treatment is the same as any other child.

Nevertheless, during the time of the investigation, this emotional triangle is more complicated due to the circumstances, between the delicate place of the parents and caregivers' emotions. Besides, those emotions are a real work of their own for the professionals as they are asked to develop their emotional intelligence. The nurses have by their side multiple human and material resources.

Finally, this work brought me to ask this question : in what measures do caregivers' emotions find their place in the patient's care ?

MOTS CLÉS : Quatre à cinq mots clés en **Français**.

Enfant - maltraitance - prendre soin - parents - émotions

MOTS CLÉS : Quatre à cinq mots clés en **Anglais**.

Child - abuse - to care - parents - emotions